

RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA NOS SERVIÇOS DE  
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: ANÁLISE DAS ABORDAGENS E  
ATITUDES PROFISSIONAIS

BRASÍLIA, 2023

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA NOS SERVIÇOS DE  
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: ANÁLISE DAS ABORDAGENS E ATITUDES  
PROFISSIONAIS

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Título de Mestre em Saúde  
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Dais Rocha

BRASÍLIA

2023

RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA NOS SERVIÇOS DE  
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: ANÁLISE DAS ABORDAGENS E  
ATITUDES PROFISSIONAIS

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Título de Mestre em Saúde  
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Dais Gonçalves Rocha (presidente)  
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Gustavo Carvalho de Oliveira  
Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Profa. Dra. Dayde Lane Mendonça da Silva  
Universidade de Brasília – UnB

SUPLENTE

Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti  
Universidade de Brasília – UnB

*À minha família, que, desde cedo, me mostrou o valor da educação e a importância de investir em processos de formação como modo de crescimento pessoal e profissional e como uma oportunidade de contribuir com questões sociais relevantes.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Dais Gonçalves Rocha, pelo compartilhamento nesta caminhada, pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo de mestrado e por fazer parte desta construção científica. Sua orientação comprometida, humana, paciente e sensível foi crucial para me manter motivada e para que este processo fosse menos doloroso e mais prazeroso.

Aos professores da banca examinadora, Prof. Dr. Gustavo Carvalho e Profa. Dra. Dayde Lane, que também estiveram no exame de qualificação juntamente com a Profa. Dra. Larissa Polejack, pelo acolhimento do convite, disponibilidade, olhar criterioso e contribuições relevantes para o melhor desenvolvimento deste estudo.

A todos os meus professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília pelos ensinamentos e pela excelência na qualidade técnica de cada um.

Aos meus colegas do mestrado pelas trocas de ideias e pela ajuda mútua, pois juntos conseguimos avançar e ultrapassar muitos obstáculos.

Aos colegas do Núcleo de Saúde Mental do SAMU-DF, meu local de trabalho, sobretudo os amigos Gustavo Carvalho e Samita Vaz, pelo incentivo e apoio constante nos processos de formação e pelo compartilhamento de angústias, saberes e vivências no campo profissional e científico.

Ao SAMU-DF, em especial aos colegas do Núcleo de Educação em Urgências.

Aos colegas do SAMU de todos os estados do Brasil, que contribuíram com a realização deste trabalho de pesquisa.

Aos amigos e a todos que contribuíram direta e indiretamente para a conclusão deste trabalho.

## **RESUMO:**

O treinamento para profissionais de saúde vem sendo amplamente defendido como um caminho fundamental à prevenção do suicídio, devido às fragilidades nos processos formativos e às dificuldades dos profissionais de saúde no manejo das crises psíquicas. No contexto pós-pandêmico da covid-19, um maior número de pessoas tem vivenciado episódios de crise. O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel é uma das primeiras equipes de saúde a entrar em contato e acolher as pessoas que necessitam de atendimento imediato, e a atenção prestada pode influenciar diretamente o prognóstico do paciente com crise suicida. No Brasil, o Ministério da Saúde decidiu promover um curso de formação em emergências em saúde mental para profissionais dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) dos 26 estados e do Distrito Federal. Como relatos de avaliações desses processos formativos são escassos na literatura, este estudo visa a analisar as abordagens e atitudes dos profissionais dos SAMUs nos casos de comportamento suicida antes e após o referido curso de formação. O estudo analítico, de abordagem quanti-qualitativa, foi realizado durante o curso no segundo semestre de 2021. Na etapa qualitativa da pesquisa, a partir da videogravação das estações simuladas para manejo do comportamento suicida, foram categorizados os resultados mediante análise temática simples. As principais categorias foram: abordagem, aspectos facilitadores e dificultadores. Na etapa quantitativa foi aplicado um questionário a fim de mensurar as atitudes dos profissionais do SAMU diante do comportamento suicida. Após o curso de formação, os profissionais puderam apresentar um trabalho de atenção mais humanizado à pessoa em crise suicida, alternativo às práticas predominantes, que afastam a possibilidade de acolhimento e tratamento adequados. A análise de associação anterior e posterior ao curso apontou melhora no sentimento dos profissionais frente ao comportamento suicida e maior percepção da capacidade profissional para atendimentos dessa natureza. Assim, é possível inferir que a educação permanente em saúde oportuniza a análise crítica e a ação transformadora dos profissionais e de seus contextos sociais. É necessário investir em formações pautadas nas estratégias de cuidado baseadas na atenção psicossocial e em tecnologias leves para os profissionais do SAMU.

Palavras-chave: Comportamento suicida; Serviços de emergência; Atendimento de emergência pré-hospitalar; Educação profissional em saúde pública; Atitude do pessoal de saúde.

## ABSTRACT

Training for health professionals has been widely defended as a fundamental way to prevent suicide, given that there are weaknesses in the training processes and difficulties of health professionals in the management of psychic crises. In the post-pandemic context of COVID-19, the incidence of people with episodes of crisis has increased. The mobile prehospital care service is one of the first health teams to contact and user embracement who need immediate care, and the care provided can directly influence the prognosis of patients with a suicidal crisis. In Brazil, the Ministry of Health (MS) promoted a training course in mental health emergencies for professionals from the Mobile Emergency Care Services (SAMU) in the 26 states and the Federal District. The analytical study, with a quantitative and qualitative approach, was developed during the second half of 2021. In the qualitative phase, based on the video recording of the simulated stations for managing suicidal behavior, the results were categorized through simple thematic analysis. These were presented according to the main categories: approaches, facilitating and hindering aspects. In the quantitative moment, a questionnaire was applied in order to measure the attitudes of SAMU professionals towards suicidal behavior. After the training course, the professionals were able to provide a more humanized care to the person in a suicidal crisis, an alternative to the prevailing practices that rule out the possibility of adequate user embracement and treatment. The association analysis before and after the course pointed to an improvement in the professionals' feelings regarding suicidal behavior and a greater perception of professional capacity for care of this nature. Thus, it is possible to infer that permanent health education provides critical analysis and transforming action by professionals and their social contexts. It is necessary to invest in training based on psychosocial care and soft tech skills for SAMU professionals.

Keywords: Suicidal behaviour; Emergency service; Prehospital emergency care; Education public health professional; Attitude of health personnel.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APH	Atendimento pré-hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DISSAM	Diretoria de Serviços de Saúde Mental
DF	Distrito Federal
EAD	Educação à distância
EPS	Educação Permanente em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NUEDU	Núcleo de Educação em Urgências
NUSAM	Núcleo de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
QACS	Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UnB	Universidade de Brasília
WHO	World Health Organization



## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b> .....	9
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	12
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	
3.1 Suicídio: determinantes, contexto internacional, nacional e do DF .....	13
3.2 NUSAM na Rede de Atenção do Distrito Federal .....	19
3.3 Potencialidades e desafios da educação permanente em saúde para a atenção ao comportamento suicida .....	22
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	
4.1 Delineamento da pesquisa .....	27
4.2 Cenário do estudo .....	27
4.2.1 Organização do curso .....	28
4.3 Coleta dos dados .....	30
4.4 Participantes .....	32
4.5 Análise de dados .....	33
4.6 Aspectos éticos .....	35
4.6.1 Dos riscos e dos benefícios .....	36
4.7 Limitações do estudo .....	36
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	
5.1 Artigo 1 – Circuito dos cuidados psicossociais: sistematização de intervenção na crise psíquica no atendimento pré-hospitalar móvel .....	38
5.2 Artigo 2 – A dimensão ético-política na atenção às pessoas com comportamento suicida no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência .....	54
5.3 Artigo 3 – Atitudes dos profissionais do SAMU frente às pessoas com comportamento suicida .....	78
5.4 Produto Técnico – Circuito dos cuidados psicossociais no atendimento pré-hospitalar móvel (Guia de bolso para profissionais do SAMU 192) .....	102
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	113
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	115
<b>APÊNDICES</b> .....	
Apêndice A – Questionário sociodemográfico adaptado ao QACS .....	124
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE .....	129
Apêndice C – Termo de autorização para utilização de imagens e som de voz para fins de pesquisa .....	134
<b>ANEXOS</b> .....	
Anexo A – Questionário sobre a Atitude frente ao Comportamento Suicida .....	135
Anexo B – Guia da estação simulada para treinamento do atendimento de comportamento suicida .....	140
Anexo C – Parecer do CEP .....	146
Anexo D – Contrato de cessão de direitos autorais do guia de bolso para profissionais do SAMU 192 .....	154

## 1. APRESENTAÇÃO

No ano de 2004, iniciei o curso de Serviço Social na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Eu o via como um curso em ascensão, uma ampliação das oportunidades de trabalho para a categoria dos assistentes sociais, haja vista estarmos diante de um novo momento político no país. À época, o plano de governo do presidente Lula priorizava os programas sociais e o combate à fome no país. Durante o curso, fiz algumas disciplinas na área de saúde e saúde mental, mas não tinha muito interesse no campo naquele período.

Em 2009, ao alcançar o certificado de bacharel em Serviço Social, fui trabalhar na Secretaria de Assistência Social do município de Fortaleza. Costumo dizer que me construí assistente social naquele lugar. Eu trabalhava na gestão; acompanhei e coordenei alguns programas e projetos e tive a oportunidade de compartilhar saberes e experiências com algumas referências da Política de Assistência Social.

Venho de uma família de vários trabalhadores do serviço público, sobretudo da política de educação, e desde cedo acreditei que também faria contribuições ao serviço público. Na minha área de formação, surgiam muitas oportunidades no campo da saúde e, embora tivesse entendimento dos aspectos teóricos dessa política, minha experiência era limitada no que se refere aos serviços e práticas. Encorajada por alguns, me arrisquei em um único concurso público na área da saúde.

Em dezembro de 2012, fui nomeada para trabalhar na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Eu tinha a expectativa de ir para qualquer unidade de saúde, inclusive hospitais, mas não gostaria de trabalhar nos equipamentos de saúde mental. Eu estava carregada de preconceitos e desinformação. Recebi o comunicado de que os profissionais nomeados iriam estruturar e fortalecer serviços de saúde mental do Distrito Federal, em consonância com o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. Fui lotada em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD).

Iniciei minha trajetória na saúde mental. Participei de várias formações em Saúde Mental, inclusive uma especialização junto ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). Colaborei com as ações do Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal (OBSAM), que tem como finalidade contribuir na formulação e execução de ações estratégicas que subsidiem os processos de gestão, formação de pessoas e desenvolvimento de práticas no campo da saúde

mental. Ocupei funções de gestão em serviços de saúde mental, como o CAPS AD Candango e o Núcleo de Saúde Mental do SAMU-DF (NUSAM), com inserção no Colegiado Gestor de Saúde Mental da SES-DF e em outros colegiados e grupos de trabalho relacionados ao tema. Ainda, assumi compromisso com a educação permanente em saúde e passei a atuar em formações e instruções sobre saúde mental e intervenção em crise psíquica, dentro e fora da SES-DF. Atualmente, sou assistente social do NUSAM e instrutora do Núcleo de Educação em Urgências do SAMU-DF nos cursos de Saúde Mental e Intervenção em Crise.

O Sistema Único de Saúde (SUS) adota um conceito ampliado de saúde e inclui em suas prioridades o cuidado à saúde mental. Contudo, esse conceito não está naturalizado ou pacificado entre os profissionais de saúde; há significativas discussões do campo da saúde mental a partir do paradigma biomédico e da produção social da saúde. Não tive dificuldades para me posicionar, compreender qual referencial me norteava e demarcar o meu trabalho no sentido de romper com algumas práticas muito enraizadas e avançar na lógica de construção de um novo paradigma psicossocial, no qual atuamos como agentes de promoção de saúde, e não como agentes de violação de direitos.

É a partir desse referencial que tenho me situado e construído meu fazer profissional, em consonância com os princípios fundamentais do Código de Ética do/a Assistente Social e sob influência de precursores da luta antimanicomial e pessoas que ocuparam suas vidas com os cuidados e necessidades psicossociais de outras pessoas e tiveram suas contribuições materializadas sob a forma de mudanças e avanços que enxergamos no presente, como Nise da Silveira, Paulo Amarante, Pedro Gabriel Delgado, Erving Goffman, dentre outros revolucionários.

Com a idealização do mestrado, quis pesquisar acerca do comportamento suicida no contexto de urgência e emergência, por compreender que o comportamento suicida está entre as principais emergências em saúde mental e que há uma lacuna na produção científica do tema no âmbito do atendimento pré-hospitalar móvel (APH). A própria experiência profissional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do DF (SAMU-DF) me permitiu um olhar privilegiado das fragilidades na atenção às pessoas com comportamento suicida, e, a meu ver, os processos de educação permanente em saúde mental apontavam para algumas mudanças no saber/fazer dos profissionais do APH. Então, me pareceu pertinente trazer essa discussão para o campo acadêmico e dar visibilidade a esse processo a partir dos recursos da ciência.

Confesso que não foi uma trajetória simples; vários desafios se colocaram ao longo do processo de construção desse conhecimento. Contudo, espero ter trazido contribuições importantes à academia e aos SAMUs do Brasil. Minha expectativa é que seja mais um caminho para os diálogos e interlocuções possíveis no campo da atenção à saúde mental e ao comportamento suicida no cenário do APH.

Dessa maneira, apresento a dissertação intitulada “Atenção às pessoas com comportamento suicida nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência: análise das abordagens e atitudes profissionais”.

Início o presente trabalho com os objetivos da pesquisa e, em seguida, trago o referencial que norteia o estudo, com dados acerca dos determinantes do suicídio e a problemática no contexto internacional, nacional e no âmbito do Distrito Federal (DF). Ainda, apresento o contexto do NUSAM na Rede de Atenção Psicossocial do DF e as potencialidades e os desafios da educação permanente em saúde na atenção ao comportamento suicida.

No capítulo da metodologia, abordo o delineamento da pesquisa, o cenário do estudo, os procedimentos metodológicos utilizados, o processo de análise dos dados e os aspectos éticos, bem como as limitações do estudo.

Os resultados deste estudo foram consolidados e analisados no formato de três artigos científicos: o primeiro apresenta a sistematização de atendimento para o manejo de crises psíquicas desenvolvida pelo Núcleo de Saúde Mental do SAMU-DF; o segundo aborda os aspectos qualitativos da pesquisa, como a dimensão ético-política na atenção às pessoas com comportamento suicida; o terceiro mensura, a partir de análise quantitativa, as atitudes dos profissionais do SAMU frente às pessoas com comportamento suicida. Também é desenvolvido um produto técnico, com direito autoral cedido ao Ministério da Saúde para publicação.

Por fim, temos as considerações finais, os apêndices e os anexos do trabalho.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Analisar as abordagens e as atitudes das equipes dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência nos casos de comportamento suicida, antes e após o Curso de Formação em Emergências em Saúde Mental.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar as abordagens dos profissionais nos atendimentos dos casos de comportamento suicida a partir do paradigma psicossocial;
- Aprender os conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais nos atendimentos dos casos de comportamento suicida antecedentes e subsequentes ao curso de formação;
- Relacionar os aspectos facilitadores e os dificultadores nos atendimentos dos casos de comportamento suicida.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Suicídio: determinantes e contexto internacional, nacional e do Distrito Federal

O comportamento suicida não tem um significado único; trata-se de um fenômeno complexo, multifatorial e de dimensão global, que pode afetar indivíduos de diferentes origens, faixas etárias, condições socioeconômicas, orientações sexuais e identidades de gênero (WHO, 2014).

A palavra “suicídio” tem origem no latim “*sui caedere*” e significa “matar-se”. Na língua portuguesa, significa o ato deliberado pelo qual o indivíduo possui intenção e provoca a própria morte (Ferreira, 2008). Em um clássico estudo sobre o tema, Durkheim define o suicídio como “todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado” (Durkheim, 1982, p. 16).

A expressão “comportamento suicida” possui definições mais abrangentes; inclui desde pensamentos de autoextermínio, ameaças, gestos e tentativas de suicídio até o suicídio consumado (Botega, 2015). As pessoas podem apresentar um ou mais comportamentos suicidas, e esses conceitos são importantes para se compreenderem as dimensões que envolvem o suicídio (Costa *et al.*, 2021):

- Intenção suicida: expectativa subjetiva e desejo de que um ato autodestrutivo resulte em morte;
- Pensamento de morte: neste caso, a pessoa não tem a característica de ser agente da própria morte, mas lhe ocorrem pensamentos como “a vida não vale a pena”, “tenho vontade de dormir e não acordar mais”, “Deus poderia me levar”. Esses pensamentos indicam em geral desesperança ou outros sintomas depressivos;
- Ideação suicida: pensamento de servir como agente da própria morte;
- Plano suicida: plano de como executar a própria morte. Pode incluir métodos, locais, datas, providências. Em contextos de maior impulsividade, as tentativas podem ocorrer mesmo sem planejamento;
- Tentativa de suicídio: comportamento autodestrutivo com consequências não fatais, com a intenção de morrer;

- Suicídio consumado: morte autoprovocada resultante de um ato positivo ou negativo, com evidências de que a pessoa apresentava a intenção de morrer;
- Suicídio oculto: suicídio consumado não classificado como suicídio (afogamentos, intoxicações, acidentes de carro, mortes por causas desconhecidas). Essas lesões não são usualmente identificadas como intencionais, porém vale destacar que, se o fossem, os índices oficiais seriam mais precisos;
- Sobreviventes do suicídio: aqueles que perderam uma pessoa próxima por suicídio.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o suicídio um grave problema de saúde pública. Estima-se que, anualmente, mais de 700 mil pessoas morram por suicídio e que, para cada morte autoprovocada, haja muito mais pessoas que tentaram suicídio (WHO, 2021). Segundo os dados da OMS, o suicídio foi a quarta principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos de idade em todo o mundo no ano de 2019 (WHO, 2021).

Globalmente, a disponibilidade e a qualidade dos dados sobre suicídio e tentativas de suicídio são avaliadas como ruins, e discute-se a necessidade de melhoria na vigilância e monitoramento para que se tenham estratégias eficazes de prevenção (Berg, 2016; WHO, 2021). No Brasil, também se pondera que os dados são subnotificados e não explicitam a dimensão do problema (Daudt *et al.*, 2014). Os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são escassos e não fidedignos, estimando-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios consumados em pelo menos dez vezes (D'Oliveira; Botega, 2006). Botega (2010) discute que os dados são subestimados devido ao sub-registro em cartórios brasileiros e à subnotificação de casos que chegam às unidades hospitalares, além dos suicídios que “se escondem” sob outras denominações de causa de morte, como afogamentos, envenenamentos e acidentes automobilísticos provocados.

O fenômeno do suicídio é uma tragédia; tem impacto e causa danos nos indivíduos, nas famílias, nas comunidades, em países inteiros, e tem efeitos duradouros sobre os enlutados por suicídio (Brasil, 2006; 2017b; WHO, 2021). Para cada óbito por suicídio, há no mínimo cinco ou seis pessoas próximas ao falecido cujas vidas são profundamente afetadas emocional, social e economicamente (Botega *et al.*, 2009). Alguns autores apontam que, frente a um suicídio, aproximadamente 135 pessoas têm

suas vidas profundamente afetadas, pois os impactos ocasionados vão além dos laços familiares e se referem à proximidade das pessoas com o sujeito que se matou (Cerel *et al.*, 2019).

Várias disciplinas se propuseram a discutir essa problemática, dentre elas a psicologia, a psiquiatria, a saúde pública, a sociologia, a antropologia e a psicanálise (Minayo, 1998). Essas várias disciplinas devem interagir entre si e se complementam, enriquecendo o entendimento que podemos ter sobre o tema, haja vista nenhuma abordagem única ser suficiente para explicar o fenômeno na sua diversidade e profundidade.

Chachamovich *et al.* (2009) ressaltam que, entre os estudiosos em suicidologia, é pacífica a compreensão de que o comportamento suicida decorre da interação de diversos fatores. Entre os fatores amplamente discutidos na literatura internacional relacionam-se os biológicos, genéticos, psicológicos e sociológicos e as psicopatologias (Botega, 2015; Brezo *et al.*, 2008; Chachamovich *et al.*, 2009; Kim *et al.*, 2015).

O diagnóstico de transtorno mental está comumente associado ao comportamento suicida. Um estudo de Bertolote e Fleischmann (2002), que englobou mais de 15 mil suicídios da população em geral, constatou que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental; dentre os mais frequentes estão a depressão, o transtorno do humor bipolar e a dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Os autores ainda destacam que a situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições acontecem simultaneamente; por exemplo: depressão e alcoolismo e a coexistência de depressão, ansiedade e agitação (Bertolote; Fleischmann, 2002; Botega, 2014).

Hendin, Maltzberger e Szanto (2007), em uma pesquisa exploratória sobre a associação dos estados afetivos intensos e a crise suicida, concluíram que os sentimentos que caracterizam sofrimento profundo são fatores de risco para o comportamento suicida, sobretudo o sentimento de desespero. Na obra *Crise suicida: avaliação e manejo*, Botega (2015) também lista os estados afetivos que se associam a um maior risco de suicídio, a saber: dor psíquica, desespero, desesperança, desamparo, depressão, dependência química e delirium.

Os fatores socioculturais e econômicos também estão associados aos índices de suicídio. Antonakakis e Collins (2015), em pesquisa sobre o impacto da austeridade fiscal em países periféricos da Zona do Euro e a mortalidade por suicídio, forneceram evidências sistemáticas acerca do aumento da incidência de suicídio em contextos de



vulnerabilidade, que tornam a saúde da população fortemente afetada pelo aumento do desemprego, dificuldades financeiras e quedas na atividade econômica. Os autores concluíram que as políticas de arrocho fiscal de países como Grécia, Irlanda, Itália, Portugal e Espanha têm efeitos de aumento de suicídio em curto, médio e longo prazo na população masculina na faixa etária de 65 a 89 anos.

É possível perceber, portanto, que a literatura científica destaca vários fatores de risco individuais para o suicídio, fatores predisponentes e fatores precipitantes, sendo a interação entre eles mais pertinente para a avaliação do risco do que considerar cada fator isoladamente. Dentre os mais relevantes estão: diagnóstico de algum transtorno mental; histórico familiar de suicídio consumado; doenças físicas incapacitantes; estresse psicossocial; idade entre 15 e 35 anos e acima de 65 anos; sexo masculino; e episódios prévios de tentativa de suicídio, que é um dos maiores preditores de risco na população em geral (Bertolote; Mello-Santos; Botega, 2010; Botega *et al.*, 2010; Daudt *et al.*, 2014; D'Oliveira; Botega, 2006; OPAS, 2018; WHO, 2014; WHO, 2021).

O Brasil é o país com maior número de pessoas com crises de ansiedade e o quarto com maior número de pessoas com depressão no mundo (WHO, 2017). No contexto pandêmico da covid-19, um número ainda maior de pessoas tem entrado em crise.

Ferigato, Campos e Ballarin (2007) expõem que a noção de crise psiquiátrica reduz a complexidade desse fenômeno à agudização dos sintomas, sendo estes compreendidos como um processo negativo e prejudicial que deve ser suprimido o mais rápido possível. Na perspectiva do paradigma psicossocial, o fenômeno da crise é entendido de modo mais amplo e compreensivo, pois considera os aspectos sociais que o envolvem.

Kaës (1979) reflete que, na perspectiva psicossocial, o sofrimento é uma experiência singular mas também relacional, social, histórica e cultural. Logo, o autor entende que a crise é marcada pela indivisibilidade entre suas dimensões individuais e coletivas.

Moura *et al.* (2022) consideram que a noção de crise psiquiátrica é historicamente hegemônica no campo da saúde mental, mas o paradigma psicossocial propõe um rompimento dessa simplificação, compreendendo a crise como um fenômeno complexo e multifacetado, que inclui os contextos de vida e a rede de relações das pessoas em sofrimento psíquico.

A partir destas compreensões e das referências do modelo psicossocial, em consonância com Gondim (2007) e Fédida (1992), utilizamos o termo “crise psíquica” em substituição a “crise psiquiátrica” para nomear processos de sofrimento mental grave. A Organização Pan-Americana da Saúde (2015) também compreende que o trabalho de intervenção em situações de crise, que auxilia indivíduos que viveram situações de extrema angústia, inclui apoio tanto psíquico quanto social.

No presente estudo, assumimos a perspectiva do paradigma psicossocial para compreensão da intervenção na crise.

Pereira *et al.* (2020) apontam que durante uma pandemia é esperado que os indivíduos desenvolvam reações emocionais e comportamentais que geram sofrimento psíquico e podem ocasionar o surgimento de transtorno de pânico, transtorno de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, sintomas psicóticos, depressão e suicídio.

Ainda no cenário de pandemia da covid-19, um estudo de análise estimativa afirma que os efeitos na saúde mental podem ser profundos, e há indícios de que as taxas de suicídio aumentarão, embora isso possa ser evitado. Assim, pondera-se que a prevenção do suicídio precisa de consideração urgente (Gunnell *et al.*, 2020).

Outro estudo publicado no periódico científico *The Lancet* destaca o aumento global (de mais de 25%) nos transtornos de ansiedade e depressão (Covid-19 Mental Disorders Collaborators, 2021). De acordo com a publicação, os grupos de mulheres e de jovens foram os mais afetados. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2021), pesquisas demonstram que outros fatores de risco associados ao suicídio aumentaram, como “perda de emprego ou econômica, trauma ou abuso, transtornos mentais e barreiras ao acesso à saúde”.

No Brasil, cerca de 12 mil pessoas cometem suicídio por ano (Brasil, 2021a). Nos últimos dez anos, houve um aumento consistente nas taxas de mortalidade por suicídio, com destaque para maior risco entre os homens e aumento das taxas entre jovens. No que se refere ao perfil das notificações de lesões autoprovocadas, a maioria das pessoas são brancas, do gênero feminino, com baixo grau de escolaridade e com idade entre 15 e 19 anos (Brasil, 2021b).

Embora seja um problema que afeta toda a sociedade, entende-se que o comportamento suicida pode ser prevenido por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2006; 2017b).

A OMS destaca que os esforços de prevenção devem ser abrangentes e requerem interação entre os vários setores da sociedade (saúde, educação, trabalho, justiça, direito, política, mídia, dentre outros), pois nenhuma abordagem isolada pode causar impacto em uma questão tão complexa quanto o suicídio (WHO, 2021).

No contexto nacional, um vasto conjunto de marcos regulatórios<sup>1</sup> tem subsidiado a implementação de políticas públicas com o objetivo de garantir a integralidade das ações e o cuidado às pessoas com comportamento suicida, dentre as quais destacamos a Lei nº 13.819/2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019). O Ministério da Saúde, em 2017, divulgou uma Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio como parte de uma série de ações coordenadas para prevenção, promoção de saúde e de cuidados e vigilância, enfatizando a relevância da problemática como foco de política pública (Brasil, 2017c); no mesmo ano, através da Portaria MS/GM nº 3.491/2017, instituiu incentivo financeiro para o desenvolvimento de projetos locais de atenção integral à saúde direcionados para a prevenção do suicídio.

Em 2019, o Distrito Federal também assume um passo importante ao definir metas e ações através do Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio 2020-2023. Esse documento é relevante ao sistematizar estratégias e metas coletivas e individuais para prevenir o suicídio no âmbito do DF a partir de seis eixos: prevenção; tratamento e posvenção; capacitação; comunicação; avaliação e monitoramento; e compromisso político (Distrito Federal, 2019b).

Apesar das ações estratégicas para lidar com o problema, a realidade no Distrito Federal é preocupante. No período de 2013 a 2018 foram notificados 980 casos de suicídio (Distrito Federal, 2019a). Segundo dados do Sistema de Atendimento de Urgências do SAMU-DF<sup>2</sup>, as emergências psiquiátricas configuram o terceiro maior número de chamados de emergência do SAMU, e aproximadamente 26% dos atendimentos foram de ideação e/ou tentativa de suicídio. Rosa *et al.* (2016) mencionam que o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel é uma das primeiras equipes de saúde a entrar em contato e acolher a pessoa que necessita de atendimento imediato, e que a atenção prestada pode influenciar diretamente o prognóstico do paciente com crise suicida.

---

<sup>1</sup> Lei nº 9.656/1998; Portaria MS/GM nº 1.271/2014; Lei nº 10.216/2001, dentre outras.

<sup>2</sup> Fonte: Sistema de Atendimento de Urgências (SAU) do SAMU-DF – Ano 2020.

Compreendendo a necessidade de ampliação da atenção às situações de crise e emergência em saúde mental e em consonância à legislação que assegura os direitos e a proteção às pessoas com transtorno mental, a Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, que estabelece a Política Nacional de Urgência, regulamentou que a atenção às urgências e emergências psiquiátricas é competência do SAMU (Brasil, 2002).

### **3.2 O NUSAM na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal**

O Núcleo de Saúde Mental (NUSAM) do SAMU-DF surge em 2013, no Brasil, como primeira equipe interdisciplinar – composta por assistente social, psicólogo, enfermeiro, psiquiatra e condutor de emergência – especializada em saúde mental e intervenção em crise no âmbito do serviço pré-hospitalar móvel, a fim de dar respostas às demandas de atendimentos às pessoas com sofrimento e transtorno mental grave e persistente, bem como atuar nas estratégias de prevenção ao suicídio, organizando-se em dois componentes de atendimento: um fixo e um móvel (Oliveira *et al.*, 2018; Oliveira; Santos, 2021).

O componente fixo é uma base instalada na Central de Regulação Médica do SAMU, onde um profissional de saúde mental, assistente social ou psicólogo, por meio das ferramentas de teleatendimento, realiza escuta qualificada da ocorrência, seguida de orientações, encaminhamentos e/ou demais condutas avaliadas como pertinentes em atenção psicossocial; ele inclusive pode indicar, quando necessário, o acionamento de uma viatura para atendimento *in loco*. Essas abordagens e condutas são discutidas com o médico regulador da central, autoridade sanitária responsável por identificar as demandas e gerir os recursos disponíveis do serviço (Oliveira *et al.*, 2018).

Ainda no componente fixo, o profissional do NUSAM desenvolve ações de apoio matricial às outras equipes de Suporte Básico e Avançado de Vida do SAMU ou a profissionais de outros serviços de saúde, quando acionado por essas unidades para o manejo de casos em saúde mental (Machado *et al.*, 2021).

O componente móvel é uma viatura tripulada por equipe multiprofissional (psiquiatra, enfermeiro, assistente social ou psicólogo e condutor de emergência) que faz intervenção com o paciente em crise *in loco* (em domicílio, locais privados ou vias públicas) e garante os primeiros cuidados psicossociais. O objetivo da intervenção é auxiliar o paciente e sua rede nas estratégias de superação da crise vivenciada e

potencializar as habilidades desses indivíduos e a busca por serviços e suportes sociais (Machado *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2018).

Machado *et al.* (2021) enfatizam que esse serviço vem preenchendo a lacuna de uma abordagem que supere a lógica hospitalizante e avance na lógica da humanização do atendimento, a partir de intervenções que valorizem o acolhimento, a escuta qualificada, as orientações e a singularidade de cada contexto. Esses autores ainda destacam que o êxito dos atendimentos do núcleo diz respeito às ações de articulação com os demais dispositivos da Rede de Atenção à Saúde, sobretudo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Após o término dos atendimentos, seja no componente fixo ou no móvel, é realizado um acompanhamento breve – o *follow-up* –, via telefone dos pacientes e/ou de familiares atendidos, com o propósito de garantir seus cuidados em saúde e identificar se o paciente, conforme orientação prévia, buscou atendimento e foi (re)inserido na RAPS (Oliveira *et al.*, 2018; Oliveira; Santos, 2021). O estudo de Machado *et al.* (2021) ressalta o *follow-up* como um diferencial no conjunto das ações do NUSAM ao citar as frequentes demonstrações de agradecimento por parte dos usuários e seus familiares, favorecendo a promoção da autoestima pela valorização do sujeito.

Um estudo internacional multicêntrico de intervenção no comportamento suicida elaborado pela OMS apontou que, no Brasil, uma intervenção psicossocial e um seguimento telefônico regular às pessoas que compareceram aos serviços de urgência após uma tentativa de suicídio bastaram para reduzir em dez vezes a taxa de suicídio entre pessoas que já haviam tentado autoextermínio (Bertolote; Mello-Santos; Botega, 2010).

Oliveira *et al.* (2018) assinalam que o trabalho realizado pelo NUSAM tem efeitos positivos sobre a população do DF e a rede de saúde, haja vista atuar na prevenção do suicídio, melhorar a assistência a pacientes em sofrimento e prevenir agravos psíquicos, reduzir o número de remoções e internações hospitalares desnecessárias e garantir maior encaminhamento à rede de saúde mental, dentre outros.

A Secretaria de Saúde, em dezembro de 2017, realizou a I Mostra de Experiências Inovadoras no Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, com o objetivo de dar visibilidade às iniciativas exitosas na rede, bem como de estimular a transferência de conhecimento e tecnologias entre as regiões de saúde e demais estruturas. O NUSAM conquistou o terceiro lugar na categoria “Regionalização e conformação das Redes de Atenção à Saúde” por ser um modelo único no Brasil; integrar a Rede de

Urgências (RUE), a RAPS e demais políticas públicas; facilitar a inserção dos pacientes atendidos na Rede de Saúde Mental; ser uma ferramenta de fácil acionamento para as urgências psicossociais; e capacitar profissionais da rede de saúde do DF, do Entorno e de outros estados brasileiros no manejo de crises psíquicas.

Embora disponha de um serviço inovador, o panorama da atenção à saúde mental no DF é complexo; a RAPS não possui um número de CAPS suficiente para assegurar a cobertura de toda a sua população, e, no que diz respeito ao atendimento de pessoas em crises psíquicas, a situação ainda é mais complexa no âmbito de toda a RAS (Machado *et al.*, 2021).

O relatório Saúde Mental do DF em Dados (Distrito Federal, 2022), elaborado pela Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISSAM), evidencia a complexidade das demandas de saúde mental e a fragilidade da RAPS, que dispõe de componentes que vão desde a Atenção Primária aos serviços de urgência e emergência. Como principais problemas, são sinalizados: déficit de recursos humanos; falta de habilitação de serviços junto ao MS; número de CAPS insuficiente para cobertura populacional do DF; dificuldade de acolhimento de crises psíquicas nos serviços de saúde; dificuldade de acesso aos leitos em hospitais regionais; ausência de Serviços Residenciais Terapêuticos no DF; fragilidade na produção e qualificação de informações devido à ausência de informatização dos serviços CAPS; e falta de alinhamento na compreensão dos procedimentos, dentre outros.

Dentro desse cenário-problema, o NUSAM passa a ter participação ativa na construção da política distrital de saúde mental, com inserção no Colegiado Gestor de Saúde Mental, no Grupo Condutor da RAPS, em câmaras técnicas que deliberam sobre a política de saúde mental e no Comitê de Prevenção ao Suicídio.

O NUSAM assume, portanto, um papel importante de atenção e articulação da rede de cuidados às pessoas com comportamento suicida. Santos e Kind (2020), em um trabalho de revisão narrativa da literatura, articulam as concepções de integralidade, intersetorialidade e cuidado à saúde ao tratamento de pessoas com comportamento suicida. No estudo, consideram que o tratamento adequado aos sujeitos com comportamento suicida pressupõe cuidado integral a partir de uma abordagem multidisciplinar e multisetorial, que valoriza os contextos do sujeito e supera visões fragmentadas no campo da saúde. Ainda, destacam que as ações de prevenção e tratamento de pessoas com comportamento suicida devem vislumbrar, “além de ações

pontuais nos momentos de crises, ações educacionais, de saúde e sociais” (Santos; Kind, 2020, p. 9).

Na mesma perspectiva, Gutierrez (2014) discute que, para alcançar a dimensão “biopsicossocialespiritual” e a integralidade no cuidado à saúde, a assistência da pessoa deverá ser realizada para além da doença; é necessário visualizar o paciente como indivíduo histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade no qual se insere. Grant e Lusk (2015) discorrem que, embora a abordagem multidisciplinar para avaliação e gerenciamento do risco de suicídio tenha sido identificada como importante para reduzir a tendência suicida, não existem diretrizes clínicas padronizadas para tal abordagem.

Gutierrez (2014) salienta que os programas de conscientização para o público em geral e os profissionais de saúde estão entre as maiores áreas de prevenção do suicídio e, ainda, que o acolhimento à pessoa com tentativa de suicídio é essencial; se desempenhado com segurança, qualidade e prontidão, é capaz de determinar a aceitação e a adesão do paciente ao tratamento. Almeida *et al.* (2014, p. 709) explicam que episódios de crise exigem um cuidado profissional imediato, que deve ser “pautado em conhecimento teórico-prático [...], coerente com os processos transformadores que impactam a prática interdisciplinar profissional e alinhado às atuais políticas públicas de saúde mental”.

Diante das lacunas nos processos formativos de conhecimento em saúde mental, o NUSAM assumiu a educação permanente em saúde como uma frente de trabalho. Logo, passou a realizar, de maneira sistemática, capacitações sobre intervenção na crise psíquica, fundamentadas no modelo biopsicossocial, para profissionais da política de saúde e demais políticas setoriais do Distrito Federal e de outros estados (Oliveira *et al.*, 2018; Cavalcante *et al.*, 2022).

### **3.3 Potencialidades e desafios da Educação Permanente em Saúde para a atenção ao suicídio**

O aumento do número de pessoas que vivenciam episódios de crise e transtornos mentais graves vem exigindo maior atenção e articulação dos serviços de saúde, bem como capacitação dos profissionais, para que a assistência se torne realmente resolutiva. Os processos de formação para os profissionais de saúde têm sido amplamente

defendidos como um caminho fundamental à prevenção do suicídio em diversos países (Gask *et al.*, 2006).

Em estudo qualitativo realizado em dois serviços de emergência americanos, Petrik *et al.* (2015) buscaram compreender as perspectivas dos trabalhadores sobre as barreiras e os facilitadores na avaliação de risco de suicídio. Os resultados evidenciam que a assistência prestada e a própria avaliação de risco são impactadas por aspectos ambientais e sistêmicos, como a duração do tempo destinado ao atendimento, a natureza multidisciplinar da intervenção, a existência de protocolos e rotinas de cuidado, a comunicação entre os profissionais, dentre outros. Os autores enfatizam que a intervenção multidisciplinar pode favorecer a avaliação de risco e oferecer melhores cuidados ao paciente. Como recomendações para a melhoria das práticas clínicas, apontam que os processos de treinamento e educação continuada são necessários, inclusive para desconstruir algumas crenças, por exemplo a crença nas condições físicas e psíquicas como entidades distintas.

Várias pesquisas que mensuram as atitudes de estudantes e profissionais de saúde frente ao comportamento suicida, sobretudo na Atenção Primária à Saúde, indicam que os profissionais que participam de treinamentos sobre suicídio apresentam atitudes mais positivas em relação aos pacientes. Esses estudos evidenciam a importância de investir em capacitações profissionais com foco no desenvolvimento de conhecimentos e atitudes mais humanizadas, que possam favorecer uma postura empática, e menos moralistas e compassivas (Almeida; Vedana, 2020; Botti *et al.*, 2015; Medeiros; Medeiros; Pinto, 2020; Storino *et al.*, 2018). Magrini (2016), em estudo semelhante com trabalhadores de emergências, destaca que os profissionais do serviço pré-hospitalar se sentem menos preparados para o manejo da crise suicida em comparação aos do serviço hospitalar.

Santos e Kind (2020), em diálogo com a literatura científica, discutem acerca da necessidade de investimento em práticas de educação em saúde no enfrentamento ao suicídio, de modo a romper com práticas enraizadas, centradas no modelo biomédico hegemônico, e avançar na lógica do paradigma psicossocial. As autoras enfatizam a necessidade de desenvolver novas práticas de cuidado, que valorizem a autonomia e a participação dos sujeitos nos seus processos de construção de saúde, bem como o fortalecimento da relação usuários-trabalhadores a partir do uso de tecnologias leves, como o acolhimento e a escuta.



Ferreira *et al.* (2019), numa revisão integrativa da literatura sobre Educação Permanente em Saúde (EPS), discutem que a EPS tem como objetivo nortear a formação e a qualificação dos profissionais e transformar as práticas e os processos institucionais com base nas necessidades do sistema e numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. A EPS se torna, portanto, uma estratégia necessária na construção de um novo referencial político e pedagógico, pois permite maior envolvimento do profissional no processo produtivo da saúde e, conseqüentemente, acarreta uma melhoria na qualidade da atenção prestada.

O treinamento apoiado na metodologia ativa de simulação realística é cada vez mais utilizado nas práticas de ensino em saúde e tem se revelado eficaz na aquisição de habilidades e competências inerentes ao processo de aprendizagem (Alconero-Camarero *et al.*, 2021).

Lima *et al.* (2021) referem que a simulação é uma estratégia educacional em que são replicadas condições para representar situações reais ou potenciais na educação e na prática. “Essas atividades permitem que os aprendizes desenvolvam ou aprimorem seus conhecimentos, habilidades e atitudes em um ambiente artificial, onde possam analisar situações semelhantes às da vida real e responder a isso.” (Lima *et al.*, 2021, p. 54)

Yamane *et al.* (2019) expõem que a forma de ensino na saúde mudou em todo o mundo e a implementação da simulação realística adquiriu um papel importante na educação, porque é uma forma ativa de aprendizado. Os autores discutem que, como ferramenta de aprendizado, a simulação realística permite relacionar a teoria vista na sala de aula com a prática, bem como aprimorar habilidades e atitudes como liderança, tomada de decisão e trabalho em equipe.

Melo (2021) cita que o treinamento em simulação é indispensável para o desenvolvimento das diferentes competências dos profissionais de saúde, haja vista promover treinamento em “ambiente seguro para erros”, chance de repetição da prática até a sua excelência e um ambiente para a experimentação de novas práticas.

Em estudo que relata a iniciativa de um treinamento de habilidades no gerenciamento do risco de suicídio em três serviços de saúde mental no noroeste da Inglaterra, Gask *et al.* (2006) apontam que mudanças positivas nas atitudes dos profissionais, maior confiança e mudanças na prática clínica puderam ser mostradas, indicando a importância de se apoiar uma cultura educacional para fomentar treinamentos dentro das organizações. No entanto, os autores sinalizam que há incertezas quanto ao impacto do treinamento em longo prazo, dada a ausência de

supervisão e apoio da gestão organizacional para reforçar a aquisição e o desenvolvimento de competências.

No que se refere aos desafios inerentes ao uso da simulação realística na saúde, Yamane *et al.* (2019) destacam que a maior parte das publicações mostra a simulação realística empregada em cenários de urgência e emergência, centro cirúrgico, enfermarias e realização de procedimentos, mas poucos estudos utilizam a técnica em situações de comunicação, e muito pouco se produz em relação às simulações realísticas interdisciplinares.

Em diversas situações é possível observar a utilização do termo “educação permanente” como sinônimo de “educação continuada”. No entanto, Cavalcanti e Guizardi (2018) referem que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e seus principais autores buscaram estabelecer uma distinção entre ambos os termos: a educação permanente se diferencia das iniciativas de educação continuada na medida em que o ensino está necessariamente ligado a problemas específicos do ambiente profissional e de trabalho, tendo como objetivo final a transformação das práticas de saúde no sentido da integralidade.

Silva e Seiffert (2009) esclarecem que a educação continuada é um processo que visa a favorecer ao profissional de saúde a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social.

Cavalcanti e Guizardi (2018) explanam que o conceito de educação continuada, desenvolvido ao longo das décadas de 1975 e 1984, estaria associado à necessidade do fazer em saúde naquilo que decorre da insuficiência de conhecimentos e habilidades desenvolvidos no processo de formação dos profissionais. Portanto, a compreensão é de que há um conhecimento dado cuja aplicação poderia resolver os problemas com os quais os trabalhadores se deparam no cotidiano de trabalho.

A noção de EPS desenvolveu-se por meio da OPAS, na década 1980, que promoveu um novo debate sobre as ações educacionais voltadas para os trabalhadores da saúde. À época, havia uma crítica aos programas educacionais, que possuíam caráter estritamente acadêmico, sem capacidade de atender aos desafios concretos dos sistemas de saúde. O objetivo do debate era construir um novo referencial pedagógico que possibilitasse um maior envolvimento do trabalhador no processo produtivo da saúde, orientado para a melhoria da qualidade e a transformação das práticas de saúde

(Campos; Sena; Silva, 2017; Cavalcanti; Guizardi, 2018; Ferreira *et al.*, 2019; Lemos, 2016).

A falta de conhecimento entre os profissionais do SAMU para atendimento de crise em saúde mental tem sido uma grande preocupação. Vários estudos destacam, quando se referem ao atendimento pré-hospitalar, que os processos de educação permanente são de grande importância; que há pouca ou nenhuma capacitação promovida pela instituição para a qualificação dos profissionais; que esses atendimentos podem se dar de maneira inadequada; e, ainda, que são necessárias discussões acerca do fenômeno da loucura e suas formas de intervenção, em consonância com o paradigma das práticas substitutivas ao modelo biomédico (Almeida *et al.*, 2014; Almeida *et al.*, 2015; Bonfada; Guimarães, 2012; Brito; Bonfada; Guimarães, 2015; Oliveira *et al.*, 2020).

A partir do entendimento de que é importante desenvolver conhecimentos, atitudes e práticas junto aos profissionais de saúde que atuam no atendimento de emergências em saúde mental, de modo que seja prestada uma assistência adequada aos usuários do serviço, valorizando técnicas fundamentadas de intervenção em crise e reconhecendo o pioneirismo do trabalho do NUSAM, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), decide promover o I Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental para profissionais do SAMU.

Embora vários estudos recomendem e sinalizem a importância dos processos de educação permanente para os profissionais de saúde quando se referem ao atendimento de pessoas com comportamento suicida, pois muitos profissionais reconhecem fragilidade e duvidam que tenham conhecimentos e habilidades suficientes para intervir nos casos (Betz *et al.*, 2013; Gask *et al.*, 2006; Harmer *et al.*, 2021; Nebhinani; Kuppili; Mamta, 2020; Petrik *et al.*, 2015), há uma lacuna no campo sobre avaliações desses processos. Gask *et al.* (2006) afirmam que os relatos de avaliações desses processos formativos são escassos na literatura.

Diante disso, esta pesquisa visa a analisar as abordagens e as atitudes dos profissionais dos SAMUs nos casos de comportamento suicida, antes e após o referido processo de formação.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento da pesquisa**

Esse estudo, de caráter analítico, foi realizado com os recursos da abordagem quanti-qualitativa. Minayo e Sanches (1993) destacam que as duas abordagens permitem que as relações sociais possam ser analisadas nos seus diferentes aspectos: a pesquisa quantitativa pode gerar questões a serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.

### **4.2 Cenário do estudo**

A investigação foi realizada durante a execução do I Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental para profissionais do SAMU, promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com o Núcleo de Educação em Urgências (NUEDU) e o Núcleo de Saúde Mental (NUSAM) do SAMU-DF.

A criação, organização e implantação dos Núcleos de Educação em Urgências é indicada pelo Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Brasil, 2002), ao considerar que as urgências não constituem especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, de modo que toda a equipe do serviço pré-hospitalar móvel deve ser capacitada e treinada em serviço.

Dessa maneira, o Núcleo de Educação em Urgências do SAMU-DF foi criado em 2006 e organizado como um espaço de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação permanente de recursos humanos para as urgências e constitui um dos núcleos de excelência para a formação de profissionais de saúde.

O NUEDU, com sede própria, está localizado no Parque de Apoio da Secretaria de Saúde e suas atividades são realizadas por uma equipe multiprofissional composta por: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e condutores de veículos de urgência. Alguns profissionais são lotados no Núcleo e outros são trazidos de seus núcleos assistenciais, com carga horária cedida, para executar as atividades de formação, conforme demanda apresentada.

As atividades de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências são estabelecidas em currículos mínimos, que definem temas, conteúdos, habilidades e

cargas horárias mínimas, considerados necessários para a certificação inicial de todos os profissionais que atuam ou que venham a atuar no SAMU.

Os treinamentos e cursos acontecem nas instalações do Núcleo e em outros espaços, a depender da demanda, e são realizados de acordo com a necessidade da SES, SAMU-DF e demais instituições, atendendo as cinco frentes de trabalho: Projeto Samuzinho; Serviço de Pesquisa; Serviço de Treinamento Interno; Serviço de Treinamento Externo (SES e demais instituições) e Projeto de Extensão e Internato.

#### **4.2.1 Organização do curso**

Trata-se de uma formação teórico-prática em urgência e emergência em saúde mental cujo objetivo é desenvolver conhecimentos e habilidades técnicas para o manejo das crises psíquicas.

As propostas pedagógica e metodológica do curso foram construídas pelo NUEDU. O conteúdo programático foi ministrado parte em ensino a distância (EaD) e parte em módulo presencial.

Os módulos ministrados em EaD utilizaram da metodologia da sala de aula invertida, que combinou o estudo do material didático disponibilizado previamente na plataforma Universus<sup>3</sup>, de acordo com o módulo abordado, e as aulas síncronas, via Zoom Meeting<sup>4</sup>.

Schneiders (2018) explica que o método da sala de aula invertida significa a inversão das ações que ocorrem em sala de aula e fora dela. O professor é um mediador do processo de aprendizagem, enquanto o aluno é o protagonista do seu aprendizado, assumindo as discussões a partir de conteúdos previamente acessados. Valente (2014) menciona que o aluno estuda o material antes de frequentar a sala de aula, que passa a ser o espaço de aprender ativamente a partir do desenvolvimento de atividades como resoluções de problemas, projetos, discussões, debates, simulações, dentre outros.

O módulo presencial ocorreu na sede do NUEDU, em Brasília, onde foram realizadas exposições dialogadas, oficinas, estações simuladas e práticas monitoradas.

No que se refere à carga horária (90 horas) e ao conteúdo programático do curso, a distribuição ocorreu da seguinte maneira:

---

<sup>3</sup> Plataforma educacional vinculada ao Ministério da Saúde que oferta cursos gratuitos na modalidade a distância.

<sup>4</sup> O Zoom é um aplicativo voltado para a realização de videoconferências que permite realizar apresentações e reuniões *on-line*.

- Módulo pedagógico (20 horas) – EaD: Princípios da metodologia ativa; e Simulação realística.
- Módulo psiquiátrico (40 horas) – EaD: Abordagem interdisciplinar do NUSAM; Comunicação terapêutica e primeiros socorros psicossociais; Transtornos mentais e transtornos associados ao uso de álcool e drogas; Comportamento suicida e comunicação de más notícias; Crise psicótica e agitação psicomotora; e Violência e transtornos mentais;
- Módulo presencial (30 horas):
  - Oficinas: (1) Construindo uma guia de simulação em emergências psiquiátricas; e (2) *Debriefing* em simulação em emergências psiquiátricas;
  - Prática monitorada: Técnicas de contenção terapêutica;
  - Estações práticas de simulação realística em emergências em saúde mental: (1) Crise de ansiedade; (2) Crise psicótica; (3) Abuso de álcool; (4) Comunicação de más notícias; (5) Comportamento suicida; e (6) Agitação psicomotora.

A princípio, as vagas foram disponibilizadas para 108 médicos e enfermeiros profissionais do SAMU dos 26 estados do Brasil, com distribuição definida pelo Ministério da Saúde – de quatro profissionais por estado. A SGTES realizou contato com as secretarias estaduais de saúde para que gestores locais fizessem a seleção dos profissionais. A orientação era priorizar os trabalhadores dos Núcleos de Educação em Urgência, haja vista se tratar de um curso de formação de multiplicadores.

No entanto, 94 profissionais do SAMU e do Corpo de Bombeiros Militar participaram de todas as etapas da formação (turma I – 31 participantes; turma II – 27 participantes; turma III – 36 participantes).

Os participantes foram distribuídos em três turmas e as formações aconteceram no segundo semestre do ano de 2021, entre os meses de setembro e dezembro (turma I – setembro e outubro; turma II – outubro e novembro; turma III – novembro e dezembro).

A aprovação no curso pelos participantes exigiu o cumprimento das atividades propostas na plataforma por módulo, um mínimo de 70% de aproveitamento, 100% de frequência no módulo presencial e a produção de uma guia de simulação.

Ainda, é necessário destacar que o recorte desta pesquisa é analisar o tema “intervenção na crise suicida” do módulo de psiquiatria, contemplado nos módulos EaD e presencial.

Na execução do módulo psiquiátrico foi apresentada uma abordagem sistematizada para atendimento das crises psíquicas no atendimento de urgência pré-hospitalar, denominada “Circuito dos Cuidados Psicossociais na crise psíquica”, desenvolvida pelos instrutores do NUSAM (Cavalcante *et al.*, 2022). Essa sistematização de atendimento foi apresentada como um dos resultados desta pesquisa e, portanto, está inserida no capítulo “Resultados e discussões”, tópico 5.1 – “Circuito dos Cuidados Psicossociais: sistematização de intervenção na crise psíquica no atendimento pré-hospitalar móvel”.

### 4.3 Coleta de dados

Utilizamos das seguintes ferramentas para a coleta de dados: a aplicação do Questionário sobre a Atitude frente ao Comportamento Suicida (QACS), adaptado também para a coleta de dados sociodemográficos dos profissionais e de processos institucionais de trabalho; e a videogravação dos cenários de simulação realística (e audiogravação dos *debriefings*) para manejo do comportamento suicida.

Gil (2008) define o questionário como técnica de pesquisa composta por um número de questões apresentadas por escrito às pessoas, com o objetivo de obter informações sobre opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, comportamento presente ou passado etc.

O QACS é um instrumento brasileiro, de abordagem individual e autoaplicação, desenvolvido por Neury José Botega e colaboradores em 2005 para mensurar as atitudes de profissionais de enfermagem diante do comportamento suicida. Compreende uma escala de 21 itens visuais análogos (crenças, sentimentos e reações em relação a pacientes suicidas) que variam de 0 a 10, desde “discordo totalmente” em uma extremidade a “concordo totalmente” na outra (Botega *et al.*, 2005) (ANEXO A).

As questões para a coleta de dados sociodemográficos dos profissionais e dos processos institucionais de trabalho no que diz respeito ao atendimento dos casos de comportamento suicida, com respostas abertas e fechadas, referem-se a: gênero, idade, raça/cor, religião, estado civil, escolaridade, profissão, tempo de serviço no SAMU, composição da equipe, formação para atendimento dos casos de comportamento suicida,

temas de interesse relacionados à problemática do suicídio, utilização de protocolos de intervenção e regulação para os casos de comportamento suicida, descrição de um atendimento e aspectos facilitadores e dificultadores para o manejo dos casos de comportamento suicida (APÊNDICE A).

A aplicação do QACS deu-se em dois momentos:

- Um anterior ao início das atividades do curso de formação – 15 dias antes do início das aulas do módulo EaD, período definido para que todos os profissionais acessassem o material de estudo do curso; e
- Um após a conclusão das atividades do curso de formação – 15 dias após o término das atividades do módulo presencial. Nesse momento, as questões referentes às informações sociodemográficas e aos processos institucionais de trabalho não foram aplicadas novamente.

Os questionários foram enviados por *e-mail*, com *link* direcionado para o Google Forms, que é um aplicativo de gerenciamento de pesquisas lançado pelo Google. Optamos pela aplicação de questionários virtuais, disponibilizados através de *e-mail*, pois os participantes estavam dispersos em todos os estados brasileiros. É válido destacar que os participantes da pesquisa só tiveram acesso aos questionários após leitura e concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), também enviado por *e-mail*, com *link* direcionado para o Google Forms.

As gravações audiovisuais dos cenários de simulação para manejo do comportamento suicida se deram no NUEDU, espaço onde as estações de simulação aconteceram e que dispunha de recursos técnicos para captura de imagem e som, já posicionados estrategicamente para que os participantes dos cursos acompanhassem as simulações em tempo real. Em cada turma, aconteceram três estações simultâneas de simulação realísticas, com temas diferentes (Comportamento suicida – ANEXO B; Comunicação de más notícias; e Agitação psicomotora), alternando temas a cada 50 minutos (10-15 minutos para a abordagem ao paciente e 35-40 minutos para o *debriefing*).

No que se refere à ferramenta de videogravação em pesquisas qualitativas, Loizos (2002, p. 149) diz que o registro em vídeo se torna necessário “sempre que algum conjunto de ações humanas é complexo e difícil de ser descrito



compreensivamente por um único observador, enquanto este se desenrola”. O autor aponta como exemplos cerimônias religiosas, atividades artísticas, uma hora de ensino em sala de aula, entre outros. Garcez, Duarte e Eisenberg (2011) sinalizam, a partir de suas experiências e de outros pesquisadores da área de educação, que o uso adequado da imagem em movimento, aliado ao áudio, permite capturar aspectos difíceis de serem captados com outros recursos, tais como expressões corporais, faciais e verbais.

Todos os participantes passaram por todas as estações simuladas e autorizaram o uso de sua imagem.

Devido ao fato de a pesquisadora ser socorrista do SAMU-DF e instrutora desse curso de formação e, conseqüentemente, estar inserida nas etapas metodológicas do treinamento, a observação participante se tornou um dos instrumentos de coleta de dados deste estudo.

Fernandes e Moreira (2013), ao discutirem sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva, referem que a observação participante é uma técnica bastante empregada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e se caracteriza pela inserção do pesquisador no campo; pela interação entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto no qual estão inseridos; e pelo compartilhamento do cotidiano e das experiências primordialmente através dos sentidos humanos: olhar, falar, sentir, vivenciar e experimentar.

O processo de observação participante segue algumas etapas essenciais (Queiroz *et al.*, 2007). Na primeira etapa, que se refere à aproximação da pesquisadora ao grupo social, se deu, como já mencionado anteriormente, com a pesquisadora atuando como instrutora dos temas relacionados ao módulo psiquiátrico. Na segunda etapa, há um esforço da pesquisadora em possuir uma visão mais abrangente da prática profissional dos participantes do estudo; essa etapa se deu na interação das aulas, dos diálogos coletivos e das práticas de simulação realística. Os registros foram feitos através de diário de campo. Por fim, na terceira etapa, esses registros foram sistematizados e categorizados para subsidiar as discussões dos resultados desta pesquisa.

#### **4.4 Participantes**

A pesquisa foi realizada junto aos profissionais que aceitaram o convite da SGTES e participaram do curso de formação nas turmas II e III, pois, devido ao tempo

necessário para a submissão do projeto ao Comitê de Ética, não houve tempo hábil para a realização da pesquisa na turma I.

A princípio, todos os profissionais inscritos nas turmas II e III do curso estavam aptos a participar da pesquisa. Nenhum profissional foi excluído do processo.

Ao final, 63 profissionais do SAMU e do Corpo de Bombeiros Militar participaram de todas as etapas do curso de formação (turma II – 27 participantes; turma III – 36 participantes).

#### **4.5 Análise dos dados**

O estudo foi dividido na análise descritiva e de associação. A análise dos dados foi realizada no programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23, 2015.

No que se refere à análise descritiva, as variáveis qualitativas foram apresentadas por meio da frequência (n) e da porcentagem (%) antecedentes e subsequentes ao curso. As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio das medidas descritivas média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo e amplitude interquartil.

Com relação à análise de associação, os resultados do QACS foram avaliados em relação aos dados sociodemográficos, aos processos institucionais de trabalho e ao interesse em mais informação sobre temas relacionados à problemática do suicídio por meio do teste *t* de Student (duas categorias) ou da Análise de Variância Unidirecional (ANOVA) (três ou mais categorias), tendo em vista que esses escores apresentaram distribuição aproximadamente normal pelo teste de Shapiro-Wilk, considerando-se também o gráfico Q-Q plot e o tamanho amostral. O teste *post hoc* de comparações múltiplas de Bonferroni foi realizado nos casos em que houve significância estatística da ANOVA. Para essa análise, é necessário que a categoria apresente frequência de pelo menos 2; sendo assim, foram excluídas da análise de variância as categorias com apenas um profissional.

Botega *et al.* (2005), para fins didáticos, sugerem que as questões do QACS sejam analisadas individualmente ou agrupadas em três fatores. O fator 1 (Q2, Q5, Q9, Q13, Q15, Q17, Q19) indica “sentimentos negativos em relação ao paciente”, e escores mais elevados indicam uma maior presença de sentimentos negativos. O fator 2 (Q1, Q7, Q10, Q12) refere-se à “percepção da capacidade profissional”, e uma maior pontuação nesse fator indica que os profissionais têm mais autoconfiança ao lidarem

com indivíduos com comportamento suicida. O fator 3 (Q3, Q4, Q6, Q16, Q18) é definido como o “direito ao suicídio”, e uma maior pontuação nesse fator representa uma atitude menos “moralista/condenatória”. As questões Q8, Q11, Q14, Q20 e Q21 não são somadas aos fatores da escala, pois não possuem semelhança com os fatores construídos.

Os três fatores e as cinco questões não incluídas nos fatores do questionário foram comparados anteriormente e posteriormente ao curso por meio do teste *t* de Student de amostras independentes, tendo em vista que participantes diferentes responderam ao questionário nos dois momentos.

Para o percurso de análise das gravações audiovisuais das estações simuladas, tomaremos como referência a análise temática de Braun e Clarke (2006 *apud* Souza, 2019), estruturada em seis fases: (1) familiarização com os dados; (2) gerando códigos iniciais; (3) buscando temas; (4) revisando os temas; (5) definindo e nomeando os temas; e (6) produzindo o relatório.

Souza (2019) destaca que a análise temática vem sendo utilizada em dissertações, teses e monografias de especialização, dentre outros estudos, por ser um método prático e de ampla aplicabilidade em análises qualitativas, capaz de identificar, analisar, interpretar e relatar padrões emergentes, temas, subtemas etc. A autora enfatiza que não há regras fixas para se conduzir uma análise temática; é necessário que haja flexibilidade na aplicação das fases, pois trata-se de um processo que demanda atitude recursiva, com movimentos de vaivém, conforme a necessidade.

A análise temática pode ser utilizada a partir de uma abordagem dedutiva, que parte de um conjunto preestabelecido de categorias ou temas bem-definidos (Souza, 2019). Logo, para este estudo, três categorias de análise foram preestabelecidas: abordagem; aspectos facilitadores; e aspectos dificultadores no manejo dos casos de comportamento suicida.

No processo de familiarização com os dados (fase 1), que pressupõem contato prévio com os dados, foram realizadas as seguintes ações: coleta de dados, transcrição e sua revisão. Assim, realizamos leituras repetidas dos dados a fim de identificar significados e padrões de categorização, que foram se moldando à medida que a leitura se desenvolveu. Essa fase foi conduzida com registros e anotações de ideias sobre o que sugerem os dados e o que há de interessantes neles.

A imersão nos dados permitiu a identificação de códigos iniciais (fase 2), palavras-chaves, falas ou conteúdos latentes que apareceram como interessantes, ora

pelo destaque, ora pela repetição. É válido frisar que a codificação foi realizada manualmente, bem como construída e orientada a partir de categorias específicas e preestabelecidas (abordagem; aspectos facilitadores; e aspectos dificultadores no manejo dos casos de comportamento suicida) (fase 3). Nessa fase, usamos tabelas e representações visuais para auxiliar a colocação dos diferentes códigos nos temas, organizando-os em blocos temáticos.

Seguimos com o refinamento dos temas (fase 4), certificando-nos de que os códigos agrupados em cada tema apresentavam um padrão coerente e que, portanto, havia dados suficientes para apoiá-los. Na fase 5, parafraseamos o conteúdo com os extratos das falas para capturar a essência do argumento que estávamos ilustrando e redigimos uma análise mais detalhada para cada tema.

Por fim, realizamos uma análise final e produzimos um relatório em forma de artigo científico (fase 6), apresentado no capítulo “Resultados e discussões”.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB) (ANEXO C), via Plataforma Brasil, com a elaboração dos respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e explicação dos possíveis riscos e benefícios da participação nesta pesquisa pelos participantes voluntários, inclusive os riscos característicos do ambiente virtual, de meios eletrônicos ou de atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas.

Todo o material coletado foi compilado e analisado de forma anônima, respeitando-se os princípios éticos presentes nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Ministério da Saúde, que versam, respectivamente, sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos e sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. Também se respeitaram as orientações do Conselho Nacional de Saúde para procedimentos em pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual.

É importante destacar que, para dar andamento ao estudo, não houve nenhuma interferência da pesquisadora nas etapas previstas para o curso; todos os procedimentos do treinamento aconteceram conforme a proposta metodológica do NUEDU.

#### 4.6.1 Dos riscos e dos benefícios

Por se tratar de um estudo com aplicação de questionários, diálogos coletivos e videogravação, os riscos da pesquisa estavam na possibilidade de cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; desconforto e vergonha dos participantes, colegas de trabalho, em expor suas ideias e considerações; constrangimento com os resultados da pesquisa; e, ainda, receio relacionado à divulgação de imagens que pudessem resultar na identificação do participante.

Adotamos providências para minimizar os riscos, garantindo que os participantes estivessem habilitados para o método de coleta de dados e tivessem liberdade para não responder questões que julgassem constrangedoras; também estivemos atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto e asseguramos a confidencialidade e a privacidade dos participantes, a partir do armazenamento adequado dos dados coletados.

Os registros audiovisuais, que estão sob a responsabilidade da pesquisadora deste estudo, foram manuseados apenas pela referida e sua orientadora. Concluída a coleta de dados, foi feito o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando-se todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. Esse material será guardado por cinco anos, permitindo-se o acesso dos participantes, se assim o desejarem. Após esse período, o material será destruído.

Não foi identificado nenhum dano aos participantes em decorrência dos procedimentos utilizados, nem houve qualquer gasto com participação na pesquisa.

O principal benefício desta pesquisa se deu com a aquisição de novas atitudes dos profissionais do SAMU no manejo dos casos de comportamento suicida e, consequentemente, com a melhoria na assistência à população que acessa o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

#### 4.7 Limitações do estudo

As principais limitações deste estudo estão relacionadas à amostra reduzida, o que delimita os resultados alcançados. Contudo, esta pesquisa contribui de forma significativa para a melhor compreensão das atitudes e dos significados relacionados ao

comportamento suicida entre profissionais que atuam no SAMU. Ressalta-se também a perda diferencial de resposta entre os participantes da pesquisa antes e após o curso de formação. Devido à preocupação com as questões éticas referentes ao anonimato dos participantes, associada à inserção ou exclusão de participantes após a inscrição no curso, não foi possível identificar se os respondentes do questionário que antecede o curso são exatamente os mesmos respondentes do questionário posterior ao curso, o que inviabilizou uma análise de pareamento dos dados.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 Artigo 1 – Circuito dos Cuidados Psicossociais: sistematização de intervenção na crise psíquica no atendimento pré-hospitalar móvel

Renata de Almeida Cavalcante  
Samita Batista Vieira Vaz  
Tiago Silva Vaz  
Gustavo Carvalho de Oliveira  
Dais Gonçalves Rocha

**Resumo:** Um relato de experiência que visa a apresentar a sistematização de atendimento para o manejo de crises psíquicas desenvolvida pelo Núcleo de Saúde Mental do SAMU-DF. A metodologia, fundamentada nos passos do arco de Maguerez, permitiu desde a identificação das dificuldades dos profissionais no manejo das crises psíquicas em ambientes simulados de atendimento até a construção da sistematização denominada “Circuito de Cuidados Psicossociais” para orientar a assistência no serviço pré-hospitalar móvel. O circuito tem como mnemônico “AEIOU”, e cada letra corresponde a um elemento avaliado como necessário na intervenção de crise psíquica. Assim, é possível afirmar que a educação permanente em saúde possibilita uma ação transformadora dos profissionais e da realidade na qual estão inseridos, e que a sistematização tem acelerado a consolidação das habilidades necessárias ao atendimento das crises psíquicas.

**Palavras-chaves:** Atenção à saúde mental. Intervenção na crise. Atendimento pré-hospitalar. Educação permanente em saúde.

#### **Psychosocial Care Circuit: the systematization of intervention in psychic crisis in mobile pre-hospital care**

**Abstract:** An experience report that aims to present the systematization of care for the management of psychic crises developed by the SAMU/DF Mental Health Center. The methodology, based on the steps of the Maguerez Arch, allowed both the identification of professionals’ difficulties regarding psychic crises management in simulated care environments and the construction of the system called “Psychosocial Care Circuit” to guide the assistance of the mobile pre-hospital care. The Circuit has as mnemonic AEIOU, and each letter corresponds to an element evaluated as necessary for the psychic crisis intervention. Therefore, it is possible to affirm that the permanent education in health enables the transformative action of professionals, in addition to transforming the reality in which they are inserted, and that the systematization has accelerated the consolidation of the necessary skills for psychic crises care.

**Keywords:** Mental health care. Crisis intervention. Pre-hospital care. Permanent health education.

## **Circuito de Atención Psicosocial: sistematización de la intervención en la crisis psíquica durante la atención prehospitalaria móvil**

**Resumen:** Un relato de experiencia que pretende presentar la sistematización de la atención para el manejo de las crisis psíquicas desarrollada por el Núcleo de Salud Mental del SAMU/DF. La metodología, fundamentada en las etapas del Arco de Maguerez, permitió desde la identificación de las dificultades de los profesionales en el manejo de las crisis psíquicas en ambientes simulados de atención hacia la construcción de la sistematización denominada “Circuito de Atención Psicosocial” para orientar la asistencia en el servicio prehospitalario móvil. El Circuito tiene AEIOU como mnemónico y cada letra corresponde a un elemento evaluado como necesario en la intervención de crisis psíquica. Así, es posible afirmar que la educación permanente en salud posibilita la acción transformadora de los profesionales, así como la realidad en que están insertados, y que la sistematización ha acelerado la consolidación de las competencias necesarias para el enfrentamiento de las crisis psíquicas.

**Palabras clave:** Atención a la salud mental. Intervención en crisis. Atención prehospitalaria. Educación permanente en salud.

### **Introdução**

No campo da saúde mental, a expressão “crise” é polissêmica, e as concepções teórico-práticas acerca do fenômeno determinam as abordagens na atenção prestada, bem como os tipos de serviço acessados<sup>1</sup>. Dias *et al.*<sup>1</sup> discutem que nem toda crise é uma urgência ou emergência psiquiátrica, portanto as intervenções não devem ser conduzidas de maneira acrítica.

Almeida *et al.*<sup>2</sup> discutem que a rede de atenção de urgência e emergência é baseada predominantemente no paradigma biomédico e que as crises psíquicas são compreendidas como urgências psiquiátricas devido ao agravo à saúde e à instabilidade comportamental e emocional dos sujeitos. Os autores referem que, na perspectiva do paradigma psicossocial, se torna necessário refletir sobre novas concepções e práticas em saúde mental, que pressupõem uma vinculação do profissional com os sujeitos implicados no processo de produção de saúde, uma aproximação com seu contexto e suas histórias de vida<sup>2</sup>.

A partir de referências do modelo psicossocial, em consonância com Gondim<sup>3</sup> e Fédida<sup>4</sup>, utilizamos o termo “crise psíquica” em substituição a “crise psiquiátrica” para nomear processos de sofrimento mental grave. A Organização Pan-Americana da Saúde também compreende que o trabalho de intervenção em situações de crise, que auxilia



indivíduos que viveram situações de extrema angústia, inclui apoio tanto psíquico quanto social<sup>5</sup>.

O contexto pós-pandemia da covid-19 está causando um impacto devastador na saúde mental das populações, e um número crescente de pessoas tem vivenciado episódios de crises psíquicas e transtornos mentais graves. Diante disso, vários estudos têm destacado a necessidade de os países fortalecerem suas respostas às demandas de saúde mental da população, exigindo maior atenção e articulação dos serviços de saúde para garantir qualidade e resolutividade na assistência prestada<sup>6-9</sup>.

De maneira contraditória, no Brasil, várias portarias que estruturaram a política de saúde mental do país, a partir da concepção de um modelo aberto e de base comunitária, foram revogadas nos últimos quatro anos<sup>10</sup>. O novo projeto incentiva a internação psiquiátrica, o financiamento de comunidades terapêuticas e o reforço de uma abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas. Essas mudanças representam um desmonte para a Política Nacional de Saúde Mental e um retrocesso das conquistas do campo da atenção psicossocial, do prisma antimanicomial e da consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A partir da compreensão de que existiam fragilidades na RAPS e da necessidade de ampliação da atenção às situações de crise e urgência em saúde mental, a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017<sup>11</sup>, que redefine as diretrizes para a implantação do SAMU, reforça que a atenção às “crises psiquiátricas” também é competência desse serviço<sup>12</sup>.

Almeida *et al.*<sup>13</sup> explicam que episódios de crise exigem um cuidado profissional imediato, que deve ser pautado por conhecimento teórico-prático, “coerente com os processos transformadores que impactam a prática interdisciplinar profissional e alinhado às atuais políticas públicas de saúde mental” (p. 709). Logo, é possível afirmar que a intervenção em situações de crise psíquica requer dos profissionais de saúde habilidades técnicas e competências relacionais, como a escuta atenta, a avaliação precisa de fatores de proteção – individuais e sociais – e a efetividade na busca de soluções visando à autoeficácia do sujeito, entre outras<sup>14</sup>.

No Distrito Federal, diante do número expressivo de atendimentos a pacientes em sofrimento mental pelo SAMU-DF, foi implementado o Núcleo de Saúde Mental (NUSAM), com dois componentes de atendimento: fixo (teleatendimento) e móvel (atendimento *in loco*)<sup>12</sup>. O NUSAM é um serviço de intervenção em crise no âmbito do serviço pré-hospitalar móvel e considerado pioneiro no Brasil devido ao trabalho

interdisciplinar, com equipe composta por assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e condutores emergencistas<sup>12,15</sup>.

Além do mais, o NUSAM assumiu os processos de educação permanente em saúde mental como uma frente de trabalho e desenvolveu uma sistematização de atendimento para manejo de crises psíquicas. Desde 2016, o núcleo desenvolve ações sistemáticas de educação em emergências em saúde mental e intervenção na crise psíquica para profissionais de saúde e demais políticas setoriais do Distrito Federal e de outros estados, bem como para estudantes de diversas áreas de formação<sup>12,16</sup>.

Rosa<sup>17</sup> menciona que o serviço pré-hospitalar móvel é, de maneira frequente, uma das primeiras equipes de saúde a contatar e acolher a pessoa que necessita de atendimento imediato, e que a atenção prestada pode influenciar diretamente o prognóstico do paciente em crise. Gutierrez<sup>18</sup> destaca que o acolhimento à pessoa no comportamento suicida, por exemplo, é essencial; se desempenhado com segurança, prontidão e qualidade, é possível determinar a aceitação e a adesão do paciente ao tratamento.

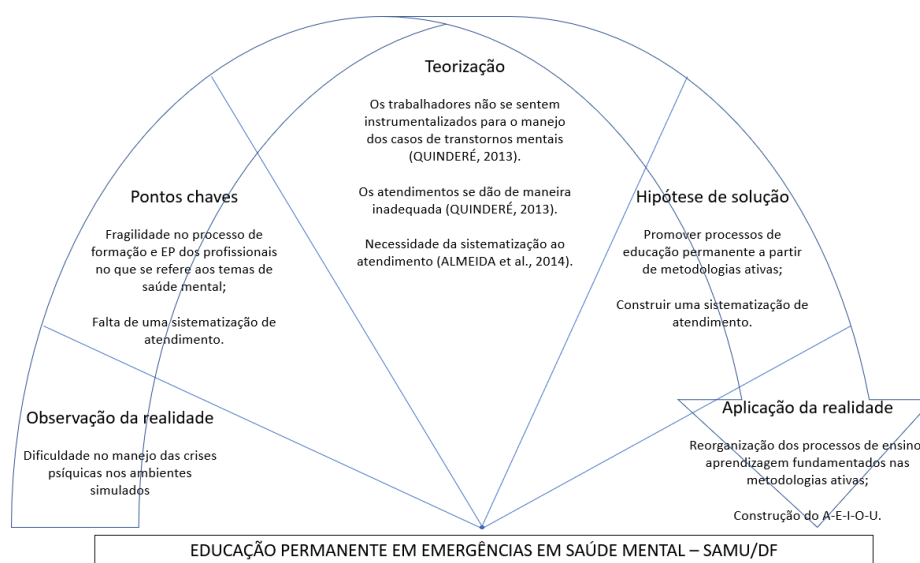
As demandas de atendimento de saúde mental são recorrentes no cotidiano de trabalho dos profissionais do SAMU. Vários estudos sinalizam a importância de processos de educação permanente quando se referem a esses atendimentos, pois muitos profissionais reconhecem fragilidade e duvidam que tenham conhecimentos e habilidades suficientes para intervir nos casos<sup>2,13,19-24</sup>.

A partir do reconhecimento da demanda das urgências em saúde mental e da expertise do SAMU-DF no atendimento de crises psíquicas, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) promoveu, no ano de 2021, junto ao Núcleo de Educação em Urgências do SAMU-DF (NUEDU), o I Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental, com a finalidade de treinar profissionais do SAMU de todos os estados do Brasil no manejo das crises psíquicas, fundamentado na sistematização de atendimento desenvolvida pelo NUSAM. No ano de 2022, foi realizada a segunda edição do referido curso promovido pelo MS. Em ambas as edições, mais de 500 profissionais foram capacitados.

Nesse sentido, o presente estudo visa a apresentar a sistematização de atendimento para o manejo de crises psíquicas desenvolvida pelo NUSAM, denominada “Circuito dos Cuidados Psicossociais”.

## **Metodologia e contexto da sistematização**

Trata-se de um relato de experiência fundamentado nos passos da metodologia ativa com o arco de Magueréz, nos moldes propostos por Colombo e Berbel<sup>25</sup> (Figura 1). Este relato retrata o processo de construção da sistematização de atendimento para manejo de crises psíquicas, o qual que se deu no desenvolvimento dos treinamentos de saúde mental realizados pelo NUEDU em parceria com o NUSAM no período entre 2016 e 2022 e envolveu aproximadamente 50 edições do treinamento e mais de 4 mil profissionais participantes.



**Figura 1.** Contexto da sistematização no Arco de Magueréz

O método do arco de Charles Magueréz tem como ponto de partida a realidade que, observada sob diversos ângulos, permite ao pesquisador identificar os problemas ali existentes<sup>25</sup>. O arco de Magueréz possui cinco etapas: observação da realidade, pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.

A observação da realidade é a etapa em que se observa uma parcela da realidade que está sendo vivida a fim de se identificar um problema e buscar uma resposta para ele<sup>26</sup>. O NUSAM implementou treinamentos de intervenção nas crises psíquicas para profissionais do SAMU-DF e, em seguida, para profissionais de saúde e demais políticas setoriais, por haver uma demanda crescente de atendimentos de crise no âmbito do SAMU 192 e os profissionais apresentarem dificuldade na condução desses atendimentos. A participação nos cursos se dava através de processo de inscrição por demanda espontânea, com prioridade para profissionais do SAMU e vagas limitadas. A

fim de se contemplar o maior número de serviços possível, não foram adotados critérios rígidos de seleção.

Os cursos eram ofertados na modalidade presencial, de natureza teórico-prática, com 20 horas e de forma interprofissional, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outras categorias profissionais da saúde. Os seguintes temas eram abordados: Comunicação terapêutica e primeiros socorros psicossociais; Transtornos mentais e transtornos associados ao uso de álcool e drogas; Comportamento suicida; Comunicação de más notícias; Crise psicótica e agitação psicomotora; e Violência e transtornos mentais.

Após diversas edições do curso, em diferentes formatos de duração e estratégias de ensino-aprendizagem, percebeu-se que os profissionais, mesmo após explanações teóricas, permaneciam com dificuldade no manejo das crises psíquicas, e elementos considerados fundamentais nas intervenções práticas das equipes não eram lembrados nos atendimentos. Esse entendimento foi possível por meio da observação de cenários de simulação realística para intervenção nas crises psíquicas e a partir de relatos realizados em rodas de avaliação ao final dos treinamentos. Portanto, algumas estratégias precisavam ser (re)pensadas para se aperfeiçoar o processo de educação em saúde.

Assim, a fim de se compreenderem a complexidade e a multifatorialidade da problemática, foram levantados alguns pontos-chaves relacionados aos possíveis fatores que estavam a influenciá-la e/ou determiná-la. A observação empírica, o diálogo com os participantes dos treinamentos e a discussão desses aspectos junto aos instrutores levou à identificação dos seguintes pontos-chaves: em primeiro lugar, a fragilidade no processo de formação e educação permanente dos profissionais do SAMU no que se refere aos temas de saúde mental, o que faz muitos profissionais reconhecerem a própria insegurança e duvidarem de que tenham conhecimentos e habilidades suficientes para intervir no manejo dos casos de crise psíquica; em segundo lugar, a falta de uma sistematização para realizar os atendimentos a crises psíquicas, pois os processos de atenção dos serviços de urgência e emergência, especialmente nas ocorrências clínicas e traumáticas, comumente desenvolvem a formalização técnica de suas práticas na forma de protocolos<sup>27</sup>.

Na etapa da teorização, buscaram-se respostas mais elaboradas para o problema a partir de estudos exploratórios na literatura científica. Assim, foi feita uma revisão de literatura em periódicos indexados nas bases científicas SciELO e BVS. Essas bases de

dados foram adotadas por serem abrangentes, com extensa cobertura de publicações na área da saúde. Essa busca encontrou vários estudos que apontam a necessidade de processos de educação permanente:

[...] os trabalhadores da [Atenção Primária à Saúde] não se sentem instrumentalizados para o manejo dos casos de transtornos mentais, havendo uma precipitação dos encaminhamentos de casos para os CAPS, o que repercute negativamente na dimensão sócio-organizacional da acessibilidade, não havendo impacto entre a oferta do serviço e a sua capacidade de utilização e resolução das demandas da população<sup>28</sup>. (p. 2165)

Almeida *et al.*<sup>13</sup>, em estudo realizado com profissionais de atenção pré-hospitalar, chegaram a dois resultados:

[...] o primeiro, que as dificuldades no atendimento à pessoa em crise em saúde mental estão atreladas à falta de conhecimento da equipe de como prestar o atendimento; e, o segundo, são as sugestões dos participantes na busca por um atendimento mais próximo do desejado, como a capacitação e a necessidade da sistematização ao atendimento<sup>13</sup>. (p. 713)

Nesse momento, a partir do diálogo com a literatura internacional, de periódicos indexados no PubMed, refletiu-se acerca das possibilidades e dos movimentos necessários como “hipóteses de solução” para responder de maneira satisfatória ao problema apresentado e planejar estratégias resolutivas, de modo que pudessem ser aplicadas à realidade.

É possível perceber o amplo espectro com que a intervenção em crise e a saúde mental são abordadas por equipes móveis de intervenção, perpassando por abordagens com foco policial até o entendimento do trabalho interdisciplinar com profissionais da saúde. Essa perspectiva é relevante, pois os processos de educação permeiam os objetivos de resposta ou intervenção nas crises psíquicas. Em um projeto-piloto sueco, com uma equipe de resposta a emergências psiquiátricas formada por enfermeiros emergencistas e psiquiátricos, identificou-se que conhecimento e habilidades especializadas em transtornos mentais e opções de atendimento iniciais são fundamentais para uma assistência especializada<sup>29</sup>.

Outros autores mencionam que os programas de educação para abordagens em crises psíquicas devem considerar os aspectos bioéticos e não podem ser voltados apenas para o controle da “cena”, e que o diálogo e a experiência do paciente devem ser considerados para se garantir uma boa assistência<sup>30</sup>. Por fim, a equipe multiprofissional de saúde mental que frequenta regularmente processos de educação continuada tem

níveis de confiança e conhecimento aumentados, principalmente em situações com alto risco para o paciente<sup>31</sup>.

Logo, firmou-se o entendimento da importância de promover processos de educação permanente a partir de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como a simulação realística e a problematização, e da necessidade de construir uma sistematização de atendimento. Villela *et al.*<sup>32</sup> apontam que “a adoção de metodologias ativas se mostra um caminho viável para atingir a proposta pedagógica no ensino de saúde mental e na formação de profissionais competentes” (p. 397).

Por fim, na aplicação à realidade, que consiste em uma intervenção concreta, a assistente social do NUSAM, primeira autora deste trabalho, construiu uma sistematização de atendimento às crises psíquicas, denominada “Circuito dos Cuidados Psicossociais”, para orientar os profissionais no atendimento de emergência pré-hospitalar e reorganizar os processos de ensino-aprendizagem fundamentados nas metodologias ativas. Colombo e Berbel<sup>25</sup> evidenciam o papel transformador dessa etapa como momento que permite fixar as soluções geradas, além de contemplar o comprometimento dos participantes para voltar à mesma realidade.

## **Resultados e discussões**

O Circuito dos Cuidados Psicossociais foi fundamentado a partir do referencial da atenção psicossocial e das evidências científicas do campo da intervenção em crise<sup>33-34</sup>, dos primeiros socorros psicossociais<sup>5</sup>, da comunicação terapêutica<sup>35</sup> e da Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>36-37</sup>, bem como pela experiência dos profissionais do NUSAM nos atendimentos das crises psíquicas.

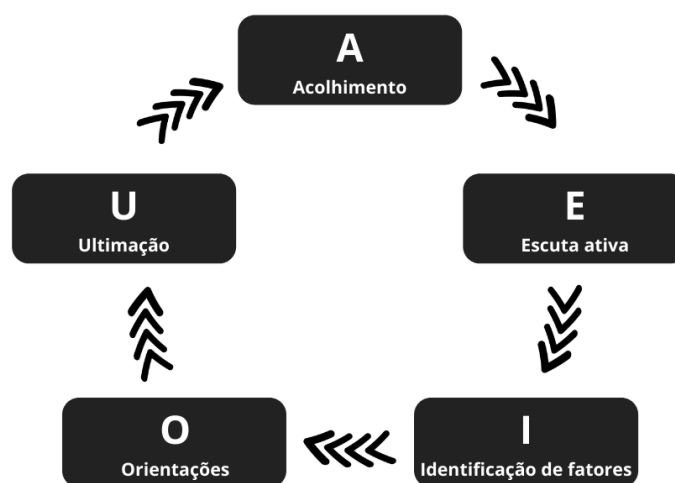
É válido destacar que essas compreensões e conteúdos faziam parte dos treinamentos de intervenção em crise ministrados, contudo não eram apresentados de maneira sistematizada ou na forma de protocolo.

No que se refere à escolha dos elementos de análise da sistematização, o acolhimento é trazido a partir das diretrizes da PNH<sup>36</sup>, pois faz parte de todos os atendimentos dos serviços de saúde. A PNH ainda coloca a escuta e as orientações como elementos centrais de acolhida, haja vista entender o acolhimento como uma resposta às demandas dos sujeitos que buscam os serviços de saúde<sup>38</sup>.

O elemento “identificação dos fatores de risco e proteção” é amplamente discutido na literatura do campo da intervenção em crise<sup>39</sup> e dos primeiros socorros

psicossociais<sup>5</sup>, pois a compreensão das condições que envolvem o sujeito é fundamental para garantir um atendimento mais resolutivo, de modo que o processo de finalização dessa intervenção (“ultimação”) traga uma perspectiva positiva e de resolução para os sujeitos envolvidos no problema<sup>5</sup>.

Assim, os autores chegaram aos seguintes elementos: Acolhimento; Escuta ativa; Identificação de fatores de risco e proteção; Orientações; e Ultimação. Cada elemento, representado pelas letras iniciais “AEIOU” (Figura 2), tem um conceito e um objetivo, e é avaliado pelos autores como necessário durante as abordagens às pessoas em crise psíquica.



**Figura 2.** Circuito dos Cuidados Psicossociais

O acolhimento (A), de maneira geral, refere-se ao momento de chegada do usuário ao serviço de saúde, mas também diz respeito à construção de uma relação de confiança entre as equipes de saúde, o indivíduo e sua rede sociofamiliar, a partir de uma abordagem humanizada, caracterizada pelo reconhecimento do usuário como sujeito ativo do processo de produção de saúde<sup>38</sup>.

O foco do acolhimento está em oferecer apoio e cuidado prático e ajudar as pessoas a se sentirem mais seguras, respeitadas e atendidas de forma apropriada, considerando a singularidade de cada pessoa<sup>5</sup>. Logo, como o atendimento pré-hospitalar é rápido, diretivo e pontual, os profissionais apropriam-se das técnicas de comunicação terapêutica para facilitar o processo de acolhimento: apresentar-se, dirigir-se ao paciente e chamá-lo pelo nome, olhar nos olhos, usar tom de voz calmo, oferecer apoio, verificar sinais vitais, dentre outras possibilidades.

A escuta ativa (E) tem como objetivo compreender as necessidades das pessoas e ajudá-las a se sentirem mais calmas<sup>5</sup>, e deve estar isenta de julgamentos moralizantes<sup>14</sup>. Maynard *et al.*<sup>40</sup> apontam a escuta como uma tecnologia leve, que possibilita a compreensão do sofrimento psíquico com base no discurso dos sujeitos; logo, ela valoriza as vivências de cada um, sendo considerada sinônimo de confiança e respeito à singularidade.

No atendimento de emergência, a tarefa do profissional é “escutar como as pessoas em crise visualizam a situação e como se comunicam”<sup>34</sup>. Assim, acredita-se que o profissional deve adotar uma postura de suporte, de ouvir e validar o discurso de dor vivenciado pelo indivíduo, verificar o entendimento, interagir com perguntas abertas/fechadas, auxiliar as pessoas na busca por opções e perspectivas de vida<sup>5,35,40</sup>. Ao contrário disso, é possível que a escuta gere insatisfações, sentimento de incompreensão e quebra de vínculo<sup>40</sup>.

A identificação de fatores de risco (I) está relacionada à análise do problema a partir de três momentos: passado imediato, presente e futuro imediato. É preciso compreender os acontecimentos que desencadearam a crise; em seguida, indagar a situação presente: “quem está implicado, o que aconteceu, como, onde, quando”; e, por fim, focar as dificuldades estabelecidas nas pessoas e na família<sup>34</sup>. Existem vários fatores de risco (psicológicos, sociais, de transtornos mentais etc.) que podem influenciar e/ou determinar o desenvolvimento de uma crise, sendo a interação entre eles mais relevante para a avaliação do risco do que considerar cada fator isoladamente. Moreno *et al.*<sup>34</sup> dizem que o objetivo é identificar os conflitos que precisam de manejo imediato e aqueles que podem ser deixados para uma intervenção posterior.

Sobre a identificação dos fatores de proteção (I), devem ser avaliados quais são os recursos (individuais e ambientais) disponíveis para auxiliar a pessoa em situação de crise de maneira responsável e positiva; por exemplo, estar próximo de pessoas de confiança e ter apoio social são aspectos significativos no enfrentamento de uma crise. As pessoas em situações de crise, bem como sua rede socioafetiva, precisarão recorrer às suas habilidades para lidar com o problema e se restabelecerem em médio e longo prazo<sup>5</sup>.

Segundo Cardoso *et al.*<sup>39</sup>, os fatores de proteção são os recursos pessoais e/ou ambientais que dão suporte ao indivíduo no enfrentamento de diferentes eventos de vida. Os autores destacam vários fatores de proteção considerados importantes para os jovens e os adolescentes, dentre eles o suporte social<sup>39</sup>. No campo da intervenção nas



crises psíquicas, no contexto do atendimento pré-hospitalar, identificou-se que o suporte sociofamiliar está entre os fatores de proteção mais potentes para o indivíduo independentemente do seu ciclo de vida, haja vista que uma rede de qualidade poderá auxiliá-lo a enfrentar esse momento de ruptura de modo mais assertivo.

As orientações (O) têm como finalidade auxiliar as pessoas na busca por informações, serviços e suportes sociais disponíveis, e devem ser dirigidas aos indivíduos em crise e à sua rede de suporte<sup>5</sup>. Entende-se, portanto, que se trata de condutas frente às possibilidades de manejo da crise, transição de cuidados e encaminhamentos possíveis.

Para tal, o profissional deve conhecer a rede de serviços de saúde e demais políticas setoriais; deve compreender que existem outras possibilidades além da unidade hospitalar capazes de dar respostas satisfatórias às demandas reais apresentadas nas situações de crise em saúde mental. Ainda que não tenha todas as informações em alguns momentos, é necessário que o profissional saiba buscá-las e se mantenha atualizado, de modo a garantir que as pessoas saibam sobre esses serviços e como acessá-los<sup>5</sup>.

Muitas vezes, o paciente, a família e a equipe de saúde não vão estar de acordo em relação ao conceito da crise e com determinada intervenção<sup>14</sup>. De maneira geral, as pessoas estão angustiadas diante daquele problema e podem ter a percepção de que as expectativas que tinham do apoio oferecido não foram alcançadas. Nesses momentos, é preciso ter clareza que o papel do profissional também é de psicoeducação. Lemes e Ondere Neto<sup>41</sup> se referem à psicoeducação como uma técnica psicossocial e pedagógica que visa a ensinar e oferecer informações para o sujeito e sua rede social de confiança sobre o seu estado atual de saúde, os procedimentos a serem adotados, as perspectivas do tratamento, dentre outros aspectos. É um trabalho de prevenção e conscientização em saúde, pois compreende-se que, quanto mais informados, mais ativamente esses sujeitos podem atuar nos seus processos de mudança e produção de saúde<sup>41</sup>.

A últimação (U) se refere ao desfecho imediato do atendimento e aos acordos estabelecidos. A maneira como o atendimento será finalizado, bem como o tempo necessário para o manejo adequado da crise, vai depender do contexto da crise, das demandas apresentadas pelas pessoas e da ação do profissional<sup>5</sup>. Moreno *et al.*<sup>34</sup>, na fase que denominam como “assistir para executar ações concretas”, referem que o responsável por conduzir a intervenção deverá ter uma atitude facilitadora e diretiva para alcançar ações efetivas.

Nessa etapa, o profissional deverá transmitir uma perspectiva otimista porém realista de melhora. É importante resumir os fatos e as resoluções encontrados, relembrar acordos feitos e, se possível, solicitar que o paciente e/ou sua rede de suporte repita as orientações<sup>35</sup>. O guia dos primeiros cuidados psicológicos<sup>5</sup> reforça que, ao indicar que procurem algum serviço especializado, o profissional deve reforçar que essa é uma conduta fundamental para obter melhoras e bem-estar, uma vez que as pessoas que recebem acompanhamento adequado tendem a diminuir sua angústia e a ficar bem.

Por fim, são estabelecidos procedimentos que permitem um acompanhamento breve do indivíduo para verificar seu progresso pessoal e sua inserção na rede de serviços referenciados. O seguimento (*follow-up*) é realizado através de contato telefônico em até 72 horas após o atendimento. Bertolote *et al.*<sup>42</sup> apontam que, em um estudo realizado em Campinas com pessoas que compareceram aos serviços de emergência após uma tentativa de suicídio, um seguimento feito por meio de telefonemas periódicos diminuiu em dez vezes os suicídios consumados em comparação ao grupo que não recebeu esse seguimento. Moreno *et al.*<sup>34</sup> citam que esse procedimento tem objetivo de “completar o circuito de retroalimentação, ou determinar se alcançaram ou não as metas estabelecidas quando do início da intervenção”.

### **Considerações finais**

Diante da compreensão de que as práticas problematizadoras na educação em saúde possibilitam uma ação transformadora dos profissionais e da realidade na qual estão inseridos, é possível afirmar que a educação permanente em saúde mental promovida pelo SAMU-DF permite reflexões sobre o saber/fazer dos profissionais e transformações no cotidiano de trabalho, e significam um avanço na construção da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico.

A partir dessas construções de saberes, evidenciou-se que os componentes da sistematização proposta têm potencial de superar fatores críticos da intervenção e favorecer novas habilidades humanas e técnicas nos profissionais que atuam no serviço pré-hospitalar móvel, permitindo que exerçam um trabalho de atenção humanizado e criativo, alternativo às práticas excludentes historicamente postas às pessoas em sofrimento mental.

É necessário destacar que o Circuito dos Cuidados Psicossociais dispõe de elementos avaliados como necessários a qualquer intervenção em crise psíquica; no

entanto, ele não consiste em uma padronização do atendimento e não deve ser empregado de maneira rígida, haja vista a compreensão de que cada abordagem é singular e levará em consideração o indivíduo e o contexto no qual ele está inserido.

Sem qualquer pretensão de encerrar esta discussão, compreendemos que, por este estudo ser um relato de experiência, um tipo de produção construída de forma semelhante às pesquisas observacionais, suas limitações advêm da falta de uma análise aprofundada e da produção de evidências da efetividade dos cursos a partir da sistematização das avaliações destes.

Em vista disso, a avaliação da efetividade do processo de educação permanente em âmbito nacional será objeto de outra pesquisa. Todavia, os resultados preliminares evidenciam que a sistematização tem facilitado e acelerado a consolidação das habilidades necessárias ao atendimento das crises psíquicas, tanto na visão dos instrutores quanto nos relatos dos participantes do processo de educação permanente. Os próximos passos dos autores vão na direção de validar essa sistematização de atendimento.

## Referências

1. Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(2): 595-602.
2. Almeida AB, Nascimento ERP, Rodrigues J, Zeferino MT, Souza AIJ, Hermida PMV. Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. *Texto & contexto enferm.* [Internet]. 2015 Dez. [citado 2021 Out 03]; 24(4): 1035-1043. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/SKD4T8t86SXX4hm5kZPCypv>.
3. Gondim, MFN. Os sentidos dos vínculos na crise psíquica grave [Tese de Doutorado - Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2007 [citado 2023 Mar 17]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/6426>.
4. Fédida P. “Crise E Metáfora.” *Crise et Contre-Transfert*, por Pierre Fédida, traduzido por Martha Gambini, Presses Universitaires de France, 1 mai 1992. Inédito em português.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo. Brasília, DF: 2015.
6. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet* [Internet]. 2020 Jun. [citado 2022 Mar 15]; 7(6): 468-471. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30171-1](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30171-1).

7. Filgueiras A. Pesquisa da Uerj indica aumento de casos de depressão entre brasileiros durante a quarentena [internet]. 2020 acesso em 10 de dezembro de 2021. Disponível em Disponível em: <https://www.uerj.br/noticia/11028/#>.
8. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* [Internet]. 2021 Nov. [citado 2022 Mar 22]; 398 (10312):1700-1712. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7).
9. Tausch A, Souza RO, Viciania CM, Caytano C, Barbosa J, Hennis AJM. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *Lancet (Regional Health - Americas)* [Internet]. 2022 Jan. [citado 2022 Mar 15]; 5(100118). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X21001149>.
10. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab. educ. saúde*. 2020; 18(3): e00285117.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação do MS/GM nº 3, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2017 [cited 2022 Jul 09]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html).
12. Oliveira GC, Cavalcante RA, Vaz SBV, Oliveira BK, Costa RV, Oliveira OMA. Urgências e emergências em saúde mental: a experiência do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF. *Com. Ciências Saúde*. 2018; 29(Supl 1): 75-78.
13. Almeida AB, Nascimento ERP, Rodrigues J, Schweitzer G. Intervenção em situações de crise psíquica: desafios e sugestões de uma equipe de atendimento pré-hospitalar. *Rev. bras. enferm*. 2014; 67(5): 708-714.
14. Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2007; 6(1): 31-44.
15. Machado DM, Veras IS, Flausino LHFC, Silva JL. Serviço de emergência psiquiátrica no Distrito Federal: interdisciplinaridade, pioneirismo e inovação. *Rev. bras. enferm*. 2021; 74(4): e20190519.
16. Ministério da Saúde, Governo do Distrito Federal. Atendimento pré-hospitalar em saúde mental: noções das urgências e emergências em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
17. Rosa NM, Agnolo CMD, Oliveira RR, Mathias TAF, Oliveira MLF. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. *J. bras. psiquiatr*. 2016; 65(3): 231-238.
18. Gutierrez BAO. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicol. USP* [Internet]. 2014 Set./Dez. [citado 2021 Jul 6]; 25(3): 262-269. DOI 10.1590/0103-

6564D20140002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pusp/a/x384KbRdwpzd4hLHTq4kw9d>.

19. Gask L, Dixon C, Morriss R, Appleby L, Green G. Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *J Adv Nurs*. 2006; 54(6): 739-750.

20. Petrik ML, Gutierrez PM, Berlin JS, Saunders SM. Barriers and facilitators of suicide risk assessment in emergency departments: a qualitative study of provider perspectives. *Gen Hosp Psychiatry [Internet]*. 2015 Nov./Dez. [citado 2021 Jun 4]; 37(6): 581-586. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834315001553>.

21. Brito AAC, Bongada D, Guimarães J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. *Physis*. 2015; 25(4): 1293-1312.

22. Nebhinani N, Kuppili PP, Mamta, Paul K. Effectiveness of Brief Educational Training on Medical Students' Attitude toward Suicide Prevention. *J Neurosci Rural Pract [Internet]*. 2020 Oct. [citado 2021 Jun 4]; 11(4): 609-615. Disponível em:

<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0040-1716769>.

23. Oliveira LC, Menezes HF, Oliveira RL, Lima DM, Fernandes SF, Silva RAR. Atendimento móvel às urgências e emergências psiquiátricas: percepção de trabalhadores de enfermagem. *Rev. bras. enferm. [Internet]*. 2020 [citado 2021 Out 7]; 73(1): e20180214. DOI 10.1590/0034-7167-2018-0214. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/vvQpyJz53Nk5p4LzGpwRGQN>.

24. Bonfada D, Guimarães J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicol. Estud.* 2012; 17(2): 227-236.

25. Colombo AA, Berbel NAN. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. *Semina: ciências sociais e humanas*. 2007; 28(2): 121-146.

26. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: ciências sociais e humanas*. 2011; 32(1): 25-40.

27. Mantovani C, Mignon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Rev. Bras. de Psiquiatr.* 2010; 32 (Supl. 2): S96-S103.

28. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(7): 2157-2166.

29. Crisanti AS, Earheart JA, Rosenbaum NA, Tinney M, Duhigg DJ. Beyond crisis intervention team (CIT) classroom training: Videoconference continuing education for law enforcement. *Int J Law Psychiatry*. 2019; 62: 104-110.

30. Stigter-Outshoven C, Van de Sande R, Kuiper M, Braam A. Using the police cell as intervention in mental health crises: Qualitative approach to an interdisciplinary practice and its possible consequences. *Perspectives Psychiatric Care*. 2021; 57(4): 1735–1742.

31. Todorova L, Johansson A, Ivarsson B. A Prehospital Emergency Psychiatric Unit in an Ambulance Care Service from the Perspective of Prehospital Emergency Nurses: A Qualitative Study. *Healthcare (Basel)*. 2021; 10(1): 50.
32. Villela JC, Maftum MA, Paes MR. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. *Texto & contexto enferm.* [Internet]. 2013 Abr./Jun. [citado 2021 Set 20]; 22(2): 397-406. DOI 10.1590/S0104-07072013000200016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/xhSjRhWNkbMnXtzYSXHzBK>.
33. Sá SD, Werlang BSG, Paranhos ME. Intervenção em crise. *Rev. bras. ter. cogn.* 2008; 4(1): 0-0.
34. Moreno Rodríguez R, Puente CP, Gutiérrez JLG, Cuadros JA. *Intervención psicológica en situaciones de crisis y emergencias*. 1st ed. Madrid: Dykinson; 2003.
35. Marcolan JF. *Técnica Terapêutica da Contenção Física*. 1ª ed. São Paulo: Roca; 2013. 228 p. ISBN: 8541202704.
36. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde. 2013 [cited 2022 Jul 09]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folhet\\_o.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhet_o.pdf).
37. Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009;13(Interface (Botucatu), 2009 13 suppl 1):701–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500021>.
38. Pelisoli C, Sacco AM, Barbosa ET, Pereira CO, Ceconello AM. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. *Estud. psicol.* [Internet]. 2014 Abr./Jun. [citado 2021 Set 29]; 31(2): 225-235. DOI 10.1590/0103-166X2014000200008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/FxZKK68Zrk3DBg8YPrrtnqR>.
39. Cardoso HF, Borsa JC, Segabinazi JD. Indicadores de saúde mental em jovens: fatores de risco e de proteção. *Est. Inter. Psicol.* 2018; 9 (3, Supl. 1): 3-25.
40. Maynard WHC, Albuquerque MCS, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(4): 300-304.
41. Lemes CB, Ondere Neto J. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicol.* [Internet]. 2017 Mar. [citado 2022 Mar 22]; 25(1): 17-28. DOI 10.9788/TP2017.1-02. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n1/v25n1a02.pdf>.
42. Bertolote JM, Santos CM, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. de Psiquiatr.* 2010; 32 (supl. 2): S87-S95.

## **5.2 Artigo 2 – A dimensão ético-política na atenção às pessoas com comportamento suicida no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**

Renata de Almeida Cavalcante  
Dais Gonçalves Rocha

**Resumo:** O acolhimento à pessoa com comportamento suicida, se exercido com segurança e qualidade, pode determinar a vida e a adesão do paciente ao tratamento. Há uma fragilidade no conhecimento acerca da problemática do suicídio entre os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e os processos formativos são reconhecidos como necessários. Este estudo propôs analisar as abordagens realizadas por equipes do SAMU nos casos de comportamento suicida após o Curso de Formação em Emergências em Saúde Mental, promovido pelo Ministério da Saúde em 2021. É um estudo de natureza qualitativa, oriundo de uma pesquisa de dissertação. A partir da videogravação das estações simuladas para manejo do comportamento suicida, foram categorizados os resultados mediante análise temática reflexiva. Os profissionais tenderam a associar as dificuldades e as limitações do atendimento ao sujeito em crise. A formação e a sistematização proposta no curso foram destacadas como facilitadores para uma atenção em consonância com o modelo psicossocial. Como dificultadores, enfatizaram-se a percepção de profissionais pouco preparados, a insegurança em relação a esses atendimentos e a falta de redes articuladas para a continuidade da assistência. Conclui-se que o desenvolvimento de habilidades não técnicas favoreceu uma abordagem que ultrapassa a dimensão técnico-operativa na atenção às pessoas com comportamento suicida.

**Palavras-chaves:** Atenção à crise suicida. Atendimento pré-hospitalar. Educação permanente em saúde.

### **The ethical-political dimension in the care of people with suicidal behavior in the mobile urgency care service**

**Summary:** The sheltering of the person with suicidal behavior, if exercised with safety and quality, can determine the patient's life and adherence to treatment. There is a weakness in the knowledge about the problem of suicide among the professionals of the Mobile Urgency Care Service - SAMU and the training processes are recognized as necessary. This study proposed to evaluate approaches performed by SAMU's teams in cases of suicidal behavior after the Training Course in Mental Health Emergencies, promoted by the Ministry of Health in 2021. It is a qualitative study, coming from dissertation research. From the video recording of the simulated stations for the management of suicidal behavior, the results were categorized by reflexive thematic analysis. Professionals tended to associate the difficulties and limitations of care with the subject in crisis. The training and systematization proposed in the course were highlighted as facilitators for care in line with the psychosocial model. As hindrances, they emphasized the perception of poorly prepared professionals, insecurity concerning these services, and the lack of articulated networks for continuity of care. It is concluded that the development of non-technical skills favored an approach that goes beyond the

technical-operative dimension in the care of people with suicidal behavior.

**Keywords:** Attention to the suicide crisis. Pre-hospital care. Continuing education in health.

### **La dimensión ético-política en la asistencia a las personas con comportamiento suicida en el servicio de atención móvil de urgencia**

**Resumen:** La acogida a la persona con comportamiento suicida, si se ejerce con seguridad y calidad, puede determinar la vida y la adhesión del paciente al tratamiento. Hay una fragilidad en el conocimiento acerca de la problemática del suicidio entre los profesionales del Servicio de Atención Móvil de Urgencia - SAMU y los procesos formativos son reconocidos como necesarios. Este estudio propuso evaluar los enfoques realizados por equipos del SAMU en casos de comportamiento suicida tras el Curso de Capacitación en Emergencias de Salud Mental, promovido por el Ministerio de Salud en 2021. Es un estudio de naturaleza cualitativa, derivado de una investigación de disertación. A partir de la videograbación de las estaciones simuladas para manejo del comportamiento suicida, fueron categorizados los resultados mediante análisis temático reflexivo. Los profesionales tendieron a asociar las dificultades y limitaciones de la atención al sujeto en crisis. La formación y la sistematización propuesta en el curso fueron destacadas como facilitadores para una asistencia en consonancia con el modelo psicosocial. Como dificultadores, enfatizaron la percepción de profesionales poco preparados, la inseguridad en relación a estas atenciones y la falta de redes articuladas para continuidad a la asistencia. Por tanto, se concluye que el desarrollo de habilidades no técnicas favoreció un abordaje que sobrepasa la dimensión técnico-operativa en la asistencia a las personas con comportamiento suicida.

**Palabras clave:** Atención a la crisis suicida. Atención prehospitalaria. Educación Permanente en Salud.

## **INTRODUÇÃO**

O suicídio é um problema de saúde pública de dimensão global, que causa danos nos indivíduos e nas famílias e afeta toda a sociedade. Embora possa ser prevenido por meio de ações de promoção e prevenção em saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, mais de 700 mil pessoas morram por suicídio em todo o mundo e que, para cada morte autoprovocada, haja muito mais pessoas que tentaram suicídio (World Health Organization, 2021). No Brasil, cerca de 12 mil pessoas cometem suicídio por ano (Brasil, 2020).

No cenário de pandemia da covid-19, as pesquisas demonstram que fatores de risco associados ao suicídio aumentaram: “perda de emprego ou econômica, trauma ou abuso, transtornos mentais e barreiras ao acesso à saúde” (Organização Pan-Americana



da Saúde, 2021). Gunnell *et al.* (2020) afirmam que os efeitos na saúde mental no contexto pandêmico podem ser profundos, e há indícios de que as taxas de suicídio aumentarão; assim, os autores ponderam que a prevenção do suicídio precisa de consideração urgente.

Diante da dimensão do problema, Tausch *et al.* (2022) ressaltam a necessidade dos países de fortalecer urgentemente suas respostas às demandas de saúde mental da população, ampliando e fortalecendo serviços de apoio psicossocial para todos, bem como reconstruindo melhores sistemas e serviços de saúde mental para o futuro.

No Brasil, as instituições psiquiátricas e o sistema normativo e assistencial da área de saúde mental sofreram reformas importantes nas últimas décadas, fruto de muita luta e resistência ao modelo de institucionalização da loucura, a favor de um novo lugar social para as pessoas em sofrimento mental (Amarante, 2007). As principais legislações que compõem a Política de Saúde Mental no Brasil<sup>5</sup> (PNSM) apontam para um modelo de atenção diversificada e de base territorial comunitária, a partir de uma lógica de cuidado integral e interdisciplinar e de assistência multiprofissional.

No período de 2016 a 2019, a partir de estudos das normativas emanadas pelo governo federal do Brasil e outros documentos públicos, é possível afirmar que há uma tendência de estagnação na implantação de serviços de base comunitária e retrocessos importantes na PNSM, com incentivo à internação psiquiátrica e ao financiamento de comunidades terapêuticas (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

No campo das urgências e emergências, a Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, que estabelece a Política Nacional de Urgência, regulamentou que a atenção às urgências psiquiátricas é competência técnica do serviço pré-hospitalar móvel (Brasil, 2002). No entanto, a falta de conhecimento entre os profissionais do SAMU para atendimento de crises em saúde mental tem sido uma grande preocupação, pois esses profissionais reconhecem fragilidade no processo de formação e dificuldade no manejo de crises, e há pouca ou nenhuma capacitação promovida pela instituição (Almeida *et al.*, 2014; Almeida *et al.*, 2015; Bastos *et al.*, 2016; Bonfada; Guimarães, 2012; Brito; Bonfada; Guimarães, 2015; Oliveira *et al.*, 2020).

O treinamento de profissionais de saúde tem sido amplamente defendido como um caminho fundamental para a prevenção do suicídio em vários países do mundo (Gask *et al.*, 2006). Os serviços de atendimento pré-hospitalar chegam precocemente às

---

<sup>5</sup> Lei nº 10.216/2001; Portaria nº 3.088/2011; Portaria nº 130/2012; Portaria nº 148/2012, dentre outras.

vítimas, garantindo atendimento e/ou transporte adequado a um serviço integrado ao Sistema Único de Saúde (Bertolote *et al.*, 2010); logo, é necessário o desenvolvimento de processos de educação permanente em saúde mental para que esses profissionais possam atuar de maneira assertiva e resolutiva. Rosa *et al.* (2016) destacam que a assistência prestada pela equipe de atendimento pré-hospitalar móvel pode influenciar diretamente o prognóstico do paciente, sobretudo das vítimas de tentativa de suicídio e suicídio.

O relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental expressa, dentre as suas recomendações, o investimento nos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) das equipes do SAMU, a disponibilidade de um protocolo para abordagem das crises psíquicas baseado na PNSM e a previsão de uma equipe multiprofissional no SAMU 192 como referência (Conselho Nacional de Saúde, 2010).

O Núcleo de Saúde Mental (NUSAM) do SAMU-DF, em 2013, foi implementado no país como primeira equipe interdisciplinar (composta por assistente social, psicólogo, enfermeiro, psiquiatra e condutor de emergência) especializada em saúde mental e intervenção em crise no âmbito do serviço pré-hospitalar móvel. O serviço, organizado em dois componentes de atendimento, fixo e móvel, tem como objetivo prestar atendimentos resolutivos às pessoas com sofrimento intenso e transtorno mental grave, bem como contribuir nas estratégias de prevenção ao suicídio (Oliveira *et al.*, 2018; Oliveira; Santos, 2021).

Diante da debilidade dos processos formativos em saúde mental, o NUSAM assumiu a EPS como área prioritária de trabalho e desenvolveu uma sistematização de atendimento para manejo de crises psíquicas no âmbito do serviço pré-hospitalar móvel. De maneira regular, desenvolve capacitações sobre atenção psicossocial e intervenção na crise psíquica para profissionais da política de saúde e demais políticas setoriais do Distrito Federal e de outros estados (Cavalcante *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2018).

A EPS permite transformações no processo produtivo da saúde e, conseqüentemente, acarreta uma melhoria na qualidade da atenção prestada (Ferreira *et al.*, 2019). Portanto, torna-se uma estratégia necessária para se desenvolverem novas práticas de cuidado, inclusive no enfrentamento ao suicídio, que valorizem a autonomia e a participação dos sujeitos nos seus processos de construção de saúde, bem como o fortalecimento da relação usuários-trabalhadores a partir do uso de tecnologias leves, como o acolhimento e a escuta (Santos; Kind, 2020).

A fim de desenvolver conhecimentos e práticas junto aos profissionais que atuam no atendimento de emergências em saúde mental, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) promoveu no ano de 2021, junto ao Núcleo de Educação em Urgências do SAMU-DF (NUEDU), o I Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental, com a finalidade de instruir profissionais do SAMU de todos os estados do Brasil no manejo das crises psíquicas (Cavalcante *et al.*, 2022; Oliveira; Santos, 2021). A simulação realística foi utilizada como estratégia metodológica por ser inovadora, com cenários que replicam experiências da vida real e favorecem um ambiente participativo e de interatividade (Lima *et al.*, 2021b).

Diante do exposto, este estudo se propõe a analisar as abordagens dos profissionais do SAMU aos casos de comportamento suicida, bem como compreender os aspectos facilitadores e os fatores críticos da intervenção profissional.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa analítica e de abordagem quanti-qualitativa; porém, neste trabalho serão apresentadas a metodologia e os resultados da etapa qualitativa da pesquisa.

O estudo foi realizado durante o I Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental para profissionais do SAMU. O curso foi promovido pelo MS em parceria com o NUEDU e o NUSAM no segundo semestre de 2021.

O conteúdo programático (Comunicação terapêutica e primeiros socorros psicossociais; Transtornos mentais e transtornos associados ao uso de álcool e drogas; Comportamento suicida; Comunicação de más notícias; Crise psicótica e agitação psicomotora; e Violência e transtornos mentais) foi ministrado parte em ensino a distância, com módulos de conteúdo pedagógico e conteúdo de saúde mental, e parte presencialmente, na sede do NUEDU, em Brasília, onde foram realizadas oficinas e estações práticas de simulação realística em emergências em saúde mental.

No módulo psiquiátrico, foi apresentada uma sistematização de atendimento para manejo de crises psíquicas no âmbito do serviço pré-hospitalar móvel denominada “Circuito dos Cuidados Psicossociais”, que tem como mnemônico “AEIOU”, cada letra correspondendo a um elemento avaliado como necessário na intervenção das crises psíquicas: Acolhimento; Escuta ativa; Identificação de fatores de risco e proteção;

Orientações e encaminhamentos; e Ultimação. Essa sistematização foi desenvolvida pelos instrutores do NUSAM (Cavalcante *et al.*, 2022).

Conforme Lima *et al.* (2021a) discutem em um trabalho sobre a estruturação dos cenários simulados em saúde, o cenário do curso foi estruturado a partir de um caso fundamentado em uma situação da vida real, incluindo uma sequência de atividades de aprendizagem e envolvendo tomadas de decisão estratégicas para a resolução de problemas, raciocínio inteligente e outras habilidades cognitivas. O recorte desta pesquisa foi analisar a abordagem realizada pelos profissionais no caso clínico simulado de comportamento suicida descrito a seguir:

Mateus, 23 anos, pardo, solteiro e universitário. Ele possui diagnóstico de depressão maior desde os 15 anos de idade e está em acompanhamento regular. Devido à pandemia da covid-19, Mateus está mais isolado; se afastou dos amigos e da faculdade; o autocuidado está prejudicado; há diminuição do apetite; dorme muito durante o dia; e mantém fala recorrente de “não ver sentido em continuar vivendo”. Há histórico de tentativas prévias de suicídio com uso de medicações, a última tentativa há um ano, após o término de um relacionamento. Na noite anterior, ele discutiu com o pai, após este descobrir acerca do relacionamento homoafetivo do filho. Hoje, a mãe do jovem, preocupada com o filho, ligou para o SAMU após receber uma mensagem em que ele disse que iria comprar veneno para se matar.

No início do cenário, a equipe chega para o atendimento e se depara com o paciente deitado na cama, envolto em cobertores, sem querer conversar. A mãe está próxima, preocupada e ansiosa com a situação.

Participaram da formação 94 profissionais, dentre médicos e enfermeiros do SAMU e militares do Corpo de Bombeiros, distribuídos em três turmas (turma I – 31 participantes; turma II – 27 participantes; turma III – 36 participantes). A pesquisa foi realizada junto aos profissionais que participaram do curso de formação nas turmas II e III, pois, devido ao tempo necessário para a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), não foi possível a realização da pesquisa junto à turma I. Portanto, participaram do estudo 63 profissionais oriundos de 26 unidades federadas estaduais, com representação das cinco macrorregiões do Brasil.

Utilizamos como ferramenta de registro e produção de dados a videogravação dos cenários de simulação realística e a audiogravação dos *debriefings* para manejo do comportamento suicida.

Franco e Franco (2021) discutem que, no campo da educação em saúde, o *debriefing* pode ser considerado como uma técnica específica de *feedback*. Na simulação realística, o *debriefing* ocorre na sequência da performance da simulação, com a reunião dos participantes, e representa um momento interativo e reflexivo de

discussão, geralmente coordenado por um facilitador. Dessa maneira, os autores discorrem que esta técnica é uma forma de análise de uma experiência que “torna os participantes conscientes tanto daquilo que experimentaram e aprenderam, quanto dos seus esquemas de aprendizagem” (p. 214).

Em cada turma, transcorreram três estações concomitantes de simulação realística com temas diferentes (Comportamento suicida; Comunicação de más notícias; e Agitação psicomotora), alternando-se os temas a cada 50 minutos (10-15 minutos para a abordagem ao paciente e 35-40 minutos para o *debriefing*). Todos os participantes passaram por todas as estações simuladas.

A observação participante constituiu outra abordagem metodológica, consoante com as etapas discutidas por Queiroz *et al.* (2007), pois uma das autoras também foi instrutora desse curso de formação e, conseqüentemente, esteve inserida no planejamento e desenvolvimento do treinamento. O diário de campo foi utilizado como instrumento de notas descritivas e reflexivas.

Para a categorização e análise das gravações audiovisuais das estações simuladas e dos registros de diário de campo, tomamos como referência a análise temática do tipo reflexiva de Braun e Clarke (2006). Ela é estruturada em seis fases: (1) familiarização com os dados; (2) gerando códigos iniciais; (3) buscando temas; (4) revisando os temas; (5) definindo e nomeando os temas; e (6) produzindo o relatório (Souza, 2019).

A pesquisa foi aprovada pelo CEP da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CAAE: 52278321.3.0000.0030). A coleta e a análise dos dados respeitaram os princípios éticos presentes nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do MS, que dispõem, respectivamente, sobre as normas de pesquisas com seres humanos e sobre as normas de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A partir das reflexões e dos referenciais do paradigma psicossocial, a análise de dados, através de uma abordagem dedutiva, possibilitou que três categorias de análise fossem estabelecidas: abordagem na crise suicida; dificultadores; e facilitadores no manejo da crise suicida.

### **Abordagem na crise suicida**

A busca de controle e segurança da cena é um princípio básico no atendimento do serviço pré-hospitalar móvel. Conforme os protocolos de Suporte Básico e Avançado de Vida do SAMU 192, nos casos de manejo de crises em saúde mental, a avaliação do ambiente, dos sujeitos e da segurança é a primeira orientação de conduta a ser adotada (Brasil, 2016a; 2016b).

Na estação simulada para manejo do comportamento suicida, na chegada ao atendimento, foi possível identificar os profissionais observando os arredores e o espaço do atendimento, questionando acerca da presença de armas ou outros artefatos que indicassem uso de drogas, observando a aparência do paciente e, em alguns momentos, mostrando receio de se aproximarem, devido ao fato de o paciente estar debaixo de uma coberta.

Durante os *debriefings*, quando os participantes referiram preocupação com a salvaguarda da equipe e mencionaram a importância de observar características de agitação e agressividade no paciente, foi possível identificar as associações que fizeram entre os elementos da crise, os fatores de risco singulares ao sujeito e os elementos de segurança da cena. Em estudo anterior, que versa sobre as intervenções do SAMU junto às pessoas em crise psíquica, realizado em um município do estado de Santa Catarina, Almeida *et al.* (2015) também concluíram que a crise do sujeito, bem como seus sinais e sintomas, foram apontados como o próprio risco na cena.

Em uma revisão da literatura sobre institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência, Oliveira e Valença (2020) argumentam que a doença mental, de maneira isolada, não é fator diretamente associado ao maior risco de violência; na verdade, essa relação é estigmatizante e contrária às evidências científicas. Os autores discutem que abordagens terapêuticas inadequadas às pessoas com doença mental estão conectadas à incidência de comportamento violento e concluem que intervenções multiprofissionais, com equipes treinadas, podem contribuir para uma assistência humanizada e com menor necessidade de institucionalização.

Após a avaliação de segurança da cena, iniciam-se a aproximação e o diálogo com o paciente e a família. Apesar do receio inicial, é possível afirmar que há um esforço dos profissionais em conduzir o atendimento a partir de técnicas verbais e não verbais de comunicação, considerando aspectos ambientais, de comunicação e construção de vínculo, que focam as necessidades do paciente e têm potencial de favorecer mudanças. Um profissional descreveu o atendimento da seguinte maneira:

*A mãe de Mateus acionou o serviço [SAMU] porque ele estava tentando tirar a própria vida através de enforcamento. Na chegada da equipe, Mateus estava deitado na cama, apático, choroso, sem demonstrar nenhuma ação, e a mãe dele chorando. Aí a equipe chegou e demonstrou acolhimento, sentaram, conversaram tanto com a mãe quanto com Mateus. E eles estabeleceram contato, vínculo, acolhimento e tudo mais, a escuta foi ativa da equipe. Conversaram tanto com Mateus quanto com a mãe dele, entenderam a situação, por que ele estava tentando fazer aquilo, e deram opções para Mateus e para a família.*

Elementos como acolhimento, escuta e orientações surgem como centrais no atendimento, bem como, posteriormente, nas discussões do caso (*debriefings*). Os fragmentos das falas a seguir podem ilustrar essa interpretação:

*Ele [o profissional] chegou calmo, tranquilo, se apresentou, se colocou de frente para o paciente... Tentou de uma forma, não conseguiu, tentou de outra forma, até que conseguiu que o paciente respondesse. Pediu para o paciente olhar ele no olho, apesar de não estar na mesma altura, mas pediu.*

*Acho que teve elementos de acolhida, que são importantes. Teve toque, ele perguntou se podia tocar, teve o pedido de olhar no olho [...].*

*Se identificou, ofereceu ajuda, pediu várias vezes a autorização dele para se aproximar, para tocar, para conversar. Ela instigou ele a se abrir para a conversa.*

*Deram bastante espaço pra ele falar; fizeram bastantes perguntas abertas.*

*Ouviram a história dele, deram um espaço para ele falar. Valorizaram a fala dele... E ele começou a se abrir depois que ela potencializou esse cuidado: “Eu estou aqui”. Ela mostrou para ele: “Eu estou aqui para cuidar de você, eu me importo com você” [...].*

*Orientar a mãe... E era isso que eu ia fazer, deixar ela orientada: “A única opção de deixar seu filho aqui em casa com a senhora hoje seria vigilância 24 horas, é a única opção”. [...] Então você tem que dar esses recursos pra eles, porque às vezes, quando a gente está dentro da situação, a gente não consegue enxergar com clareza quais são as saídas que a gente tem. Então a gente vem ali não só como profissional de saúde médico, mas acho que pra orientar o fluxo.*

*Existem critérios para deixar em casa. tem que ser avaliado. Essa orientação, quando manda... deixar tudo muito claro, aí sim, inclusive a família assina, muitas vezes a família se sente até empoderada de “Eu sei o que fazer, pode deixar, eu vou fazer junto com ele”. Muda... a família que tava murchinha fica todo mundo sentindo assim: “Tenho função” [...].*

O processo de observação participante permitiu apreender um empenho por parte dos profissionais – ora espontâneo, ora induzido pelos instrutores – em estabelecer uma abordagem baseada no diálogo, na empatia, no acolhimento e no vínculo. Durante os atendimentos, os profissionais se apresentaram e se dirigiram ao paciente; adotaram postura calma e acolhedora; investiram em perguntas abertas para favorecer o diálogo;

pediram permissão para se aproximarem e tocarem o paciente; buscaram estratégias a partir da realidade apresentada; e encaminharam e orientaram o paciente e a família para a continuidade na assistência.

A postura de acolhimento adotada durante os atendimentos é fundamental para que se estabeleça uma relação de confiança entre os profissionais, o sujeito e sua rede sociofamiliar. Pelisoli *et al.* (2014) expõem o acolhimento como uma possibilidade de construção de novas práticas em saúde, por se tratar de uma ferramenta de intervenção que visa a prestar atendimentos resolutivos responsáveis, a partir da escuta qualificada, da construção de vínculo, da corresponsabilização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde e da articulação de serviços da rede, de modo a favorecer a continuidade na assistência prestada. O acolhimento é, portanto, um dispositivo fundamental da relação de cuidado que auxilia a busca da resolução do problema e atravessa todo o percurso do paciente dentro do sistema.

A discussão acerca da privacidade durante o atendimento, para propiciar a fala e a participação do paciente, surgiu nas reflexões pós-práticas simuladas. Alguns profissionais citaram:

*Eu peço muitas vezes para o familiar sair da cena, porque eu acho que inibe o paciente de estar compartilhando ali medos e pensamentos intrusivos que estão acontecendo naquele momento. É muito ruim. [...] Então muitas vezes eu posso pedir sim: “Olha”, eu falo para o paciente, “eu vou pedir pra sair, para que a gente possa conversar melhor”. E aí eu peço para sair, não exatamente do cômodo, mas se afastar um pouco. “O que você quer falar, o que que tá acontecendo? É a vontade de morrer? Você tentou se matar? Você quer ajuda? Será que a gente pode abordar de outra forma? O que que tá acontecendo?” E deixar que ele fale. Muitas vezes ele se abre mais quando tem a menor quantidade possível de pessoas no ambiente, eu acredito, né.*

*É uma situação que gera tanto constrangimento, é tão difícil falar sobre, expor a sua vulnerabilidade... Quanto mais gente, fica mais difícil compartilhar.*

Petrik *et al.* (2015), em um estudo sobre barreiras e facilitadores na avaliação do risco de suicídio em serviços de emergência americanos, apontam que a privacidade do atendimento, a disponibilidade de tempo do profissional e a participação do paciente facilitam a avaliação do risco de suicídio. Os autores também frisam que a utilização de técnicas de comunicação verbal e não verbal com os pacientes, como fazer perguntas abertas, estabelecer contato visual e evitar julgamentos, foi avaliada como eficaz e necessária na construção do vínculo e no manejo da crise suicida.



Segundo Harmer *et al.* (2022), as pesquisas sobre suicídio sublinham que nenhum fator de risco isolado ou combinado é clinicamente útil para prever o risco de suicídio de um indivíduo em particular, pois compreende-se que cada indivíduo se apresenta de maneira diferente, com vivências únicas e fatores de risco e de proteção. Assim, uma abordagem centrada na pessoa, que considere sua realidade social e cultural, é crucial para alcançar resultados positivos.

No contexto deste estudo, os participantes foram capazes de identificar e discutir os fatores de risco e os fatores de proteção: questionaram sobre pensamentos de morte, afetos intoleráveis, acesso aos métodos, tentativas prévias, acesso/adesão a tratamentos de saúde, vínculos e relações importantes para o paciente, apoio social etc. A princípio, mencionaram vários fatores de risco e de proteção amplamente discutidos na literatura, nesse ambiente associados à realidade do sujeito em questão. Essa percepção ficou evidente nos pontos destacados:

*[Fator de risco] Plano e acesso ao método de execução do suicídio [corda], diagnóstico psiquiátrico [depressão], estresse psicossocial [não aceitação do pai, isolamento social], tentativa prévia, população LGBT, abandono do tratamento [parou de ir ao CAPS, interrompeu uso da medicação].*

*[Fator de proteção] Ele tem um fator de proteção enorme, que é a mãe. Suporte familiar [mãe], aceitação do tratamento, acesso ao CAPS.*

Portanto, durante os atendimentos, foi possível verificar que os profissionais buscaram compreender os acontecimentos e identificar os conflitos que desencadearam a crise, entendidos como fatores de risco para o sujeito. Em seguida, discutiram acerca de suportes e fatores de proteção a fim de contrapor as dificuldades estabelecidas pelo paciente e pela família.

Mesmo que os profissionais fossem capazes de alcançar essas percepções, a avaliação do risco de suicídio, a partir da interação entre esses fatores e as possíveis condutas a serem adotadas, apareceu como complexa e desafiadora. Houve uma tendência dos profissionais em dar ênfase à quantidade de fatores de risco e subestimar a autoeficácia do sujeito e a potência dos fatores de proteção. As orientações de prevenção às tentativas de suicídio, como vigilância ao paciente, e o encaminhamento ao serviço especializado em saúde mental, como o CAPS, foram comuns. No entanto, os participantes tiveram dificuldade de explorar um plano de segurança junto ao paciente e à sua rede de apoio, com ações de proteção diversas e articuladas.

Assim, mesmo havendo um investimento nas técnicas de comunicação terapêutica, uma abordagem humanizada e até encaminhamentos para serviços especializados, a remoção do paciente para a unidade hospitalar foi colocada como a conduta mais prevalente. Ainda nos casos em que se fala de deixar o paciente no local, com orientações e encaminhamentos estabelecidos, volta-se a questionar se a remoção não seria a conduta mais adequada:

*O meu foco aqui foi: “Eu não vou deixar esse cara se matar hoje, porque ele vai voltar, se ele não sair daqui o pai vai vir, vai chamar ele de viado. Ele vai fazer de novo, de madrugada, enquanto tiver todo mundo dormindo”. Então o meu foco aí foi responsabilidade. Por isso que eu virei imediatamente pra mãe dele: “A senhora concorda?”, graças a Deus ela disse que concordava, porque eu não ia deixar ele em casa de jeito nenhum. Eles são leigos... E, assim, eu cheguei à conclusão de que eu não quero me sentir muito responsável por isso.*

*Então, os fatores aí realmente tinha necessidade de remoção.*

*No final, que foi dada toda aquela orientação para a família: “Vai ficar na casa do amigo”... Mesmo assim, indo com a mãe, indo com o amigo, tem aquele cuidado de nunca deixar o paciente sozinho. Outra coisa daquele momento, depois que ele saiu dali, será que não caberia por conta das tentativas anteriores conduzi-lo, naquele momento, a um atendimento num posto de saúde, numa UPA? Era bom deixar ele sozinho com a mãe? E se a mãe, por algum momento, saísse? A corda que ele usou continuava lá dentro do quarto. Então é uma dúvida que eu fico ainda com relação a isso.*

Dentre as dificuldades colocadas para a falta de alternativas à remoção para as unidades hospitalares estão os sentimentos de angústia e medo diante da responsabilização profissional em caso de suicídio, a fragilidade no preparo profissional e a falta de referência de equipamentos de saúde para dar continuidade à assistência prestada. Por os profissionais se referirem à questão como um aspecto dificultador, esses pontos serão abordados mais adiante.

De maneira geral, nos cenários de atendimento foi possível verificar que os profissionais entrevistados tentaram estabelecer vínculo com o sujeito e sua rede familiar, assegurando uma escuta que ultrapassava as queixas físicas e se aproximava de uma prática de cuidado humanizado, abrindo mão do uso de tecnologias avançadas para investir nas ações de acolhimento, diálogo, empatia e corresponsabilização. A conduta de contenção não foi considerada em nenhum momento. Essas posturas corroboram a lógica de que, para se pensar em um cuidado ao usuário com fatores de risco de suicídio, é necessário potencializar o uso de tecnologias leves, que favorece a

construção de uma relação sujeito-sujeito, que compartilha responsabilidades e valoriza a autonomia do usuário (Santos; Kind, 2020).

Santos e Kind (2020) ainda enfatizam que, quando o cuidado em saúde se dá a partir da percepção do sujeito como um ser biopsicossocial e integral, aumentam-se as possibilidades de identificar e cuidar dos fatores de risco que levam à busca pela própria morte.

De maneira divergente aos achados desta pesquisa, estudos (Almeida *et al.*, 2014; Bastos *et al.*, 2016; Bonfada; Guimarães, 2012; Brito; Bonfada; Guimarães, 2015; Oliveira *et al.*, 2020) apontam que historicamente, na realidade do SAMU, os atendimentos em situações de crise psíquica são marcados por intervenções repressivas, contenções físicas e químicas, fundamentadas pelo modelo hospitalocêntrico e biologicista, que na maioria das vezes nega os processos de acolhimento, escuta e interação com o paciente, inviabilizando a construção de vínculo e uma atenção resolutiva e integral.

Oliveira *et al.* (2020) enfatizam que o cuidado em urgência e emergência psiquiátrica prestado por equipes do SAMU é baseado em ações mecanicistas e pontuais, que não valorizam os componentes subjetivos e afetivos dos sujeitos, e estão desalinhadas com os princípios da humanização e da integralidade do cuidado, pois prevalecem as ações de contenção, deixando-se de lado as interações e a escuta terapêutica.

Esse é um campo teórico e prático permeado de contradições por agregar concepções de atenção à crise psíquica que divergem em vários aspectos. Dias, Ferigato e Fernandes (2020) discutem que, de um lado, a saúde mental prioriza intervenções norteadas pela construção de vínculo, pelo respeito às singularidades dos sujeitos, pela valorização dos aspectos subjetivos e pela compreensão da temporalidade da crise; de outro, na urgência e emergência, destacam-se a objetividade, o pragmatismo de intervenções pontuais, a otimização do tempo e o uso de equipamentos. Os autores reforçam que a existência de concepções antagônicas coloca em evidência as disputas teóricas e práticas do campo e vai influenciar as diferentes abordagens em saúde mental.

A EPS se torna uma estratégia necessária na construção de um novo referencial político e pedagógico no campo da saúde mental, pois permite maior envolvimento do profissional no processo produtivo da saúde e, conseqüentemente, acarreta uma melhoria na qualidade da atenção prestada (Ferreira *et al.*, 2019). Nessa perspectiva, Santos e Kind (2020) destacam a necessidade de investimento em ações de EPS no

enfrentamento do suicídio, de modo a romper com as práticas centradas no modelo biomédico e conceber novas práticas de cuidado que valorizem a autonomia e a participação dos sujeitos nos seus processos de construção de saúde.

### **Dificultadores no manejo da crise suicida**

Nas reflexões pós-práticas simuladas, quando questionados sobre as dificuldades experimentadas nos atendimentos de crise suicida, os profissionais citaram:

*Eu acho que é esse diálogo. É você saber os pontos, os momentos certos de usar uma determinada palavra para poder trazer o paciente para si. É saber os momentos ideais de você estar entrando numa fala, deixar de falar determinado assunto [...].*

*É... Me sinto menos preparada, parece. Não sei se estou faltando com a expressão, mas menos preparada para isso [...]. E para mim foi muito desafiador e angustiante ver aquela pessoa, um semelhante nosso, nessa situação. Como ajudar essa falta de aceitação dele, da baixa autoestima, nesse alto nível de sofrimento?*

*Foi exatamente o que o colega falou, foi o que eu senti, e agora qual o meu próximo passo? A minha preocupação era: “Qualquer palavra que eu omitir, que isso possa bater forte nele ou piorar”. Ai você vai meio que Tateando, pisando em ovos, literalmente.*

*Uma coisa me deixou muito angustiada, não saiu da minha cabeça e eu acho que no final do cenário fiquei empacada. Assim, “A gente vai levar o paciente, mas ele vai retornar e o pai vai estar aqui... E o risco de suicídio pode ser até muito alto”. Eu fiquei nessa angústia de “Não vou resolver o problema dele”. Isso me deixou tensa no final.*

A partir das falas destacadas, é possível identificar algumas fragilidades no conhecimento técnico dos profissionais e a percepção de estarem pouco preparados para os atendimentos, bem como sentimentos de medo, angústia e estranhamento em relação ao que a crise significa. Em alguns diálogos, os participantes ainda foram capazes de apontar o perfil dos pacientes como sendo o aspecto dificultador para o manejo da crise suicida:

*O SAMU chegou e conseguiu fazer aquela abordagem, tentando acolher esse paciente. É um paciente, como vocês falaram, é um paciente mais difícil da abordagem, porque é mais difícil a conexão. Ele estava introspectivo, então para você conseguir as respostas é mais difícil. Então eu pensei: “Se eu estivesse no lugar deles, como é que eu iria fazer essa combinação terapêutica? Como é que eu iria conseguir essa conexão?”. Difícil demais.*

Nesses discursos, ficou evidente a necessidade dos profissionais de ter respostas para cada demanda apresentada pelo sujeito em crise, de saber o que falar para amenizar (e até tirar) o sofrimento daquele paciente e de saber o melhor momento para abordar determinados temas, sob o risco de fragilizar mais o sujeito e piorar o contexto e o manejo da crise.

Ao discutirem sobre o trabalho dos profissionais nos atendimentos de saúde mental, Ferigato, Campos e Ballarin (2007) mencionam que ouvir discursos carregados de sofrimento e angústia exige habilidades específicas de quem ouve. As autoras referem que é fundamental se autoconhecer e “saber diferenciar o eu do outro”, pois mesmo estando perante a um semelhante também estamos diante de um diferente, de uma pessoa com singularidades e características próprias. As autoras ainda salientam que o profissional nem sempre terá uma resposta para abrandar o sofrimento do outro e que, criada essa expectativa de resposta ao problema apresentado, isso pode privar o profissional de saúde de escutar.

Almeida *et al.* (2014) discutem que as representações do desconhecido que os profissionais do SAMU têm sobre as urgências psiquiátricas, bem como lidar com as incertezas nesses atendimentos, causam inquietude e medo. Para as equipes do serviço pré-hospitalar móvel, as demandas relacionadas à saúde mental se tornam um problema.

Frente a essas dificuldades, a constituição de espaços que propiciem comunicação, trocas de experiências, discussão de casos e cuidados mútuos entre os profissionais que lidam com sofrimento psíquico de alta complexidade – como é o caso dos profissionais do SAMU – é crucial para estabelecer unidade entre os membros da equipe e favorecer o desenvolvimento das competências necessárias para o atendimento das crises psíquicas. Esses espaços de interlocução podem contribuir para que se tenham ambientes mais saudáveis de trabalho; minimizar angústias, medos e preocupações presentes nos profissionais; e desconstruir mitos e estigmas acerca dos pacientes com diagnósticos psiquiátricos, bem como refletir sobre as práticas a fim de melhorar os atendimentos dispensados às pessoas com sofrimento mental (Bonfada; Guimarães, 2012; Ferigato; Campos; Ballarin, 2007).

Bonfada e Guimarães (2012) registram que, embora as intervenções em crise psíquica exijam dos profissionais do SAMU competências e habilidades singulares, o processo de capacitação desses profissionais é ínfimo. Os autores também fazem alusão às deficiências na formação inicial dos profissionais, que destinam pouca atenção à área

da saúde mental em seus currículos, e afirmam que essa fragilidade tem potencial para influenciar a qualidade da assistência prestada.

Vários estudos (Almeida *et al.*, 2014; Almeida *et al.*, 2015; Bastos *et al.*, 2016; Bonfada; Guimarães, 2012; Brito; Bonfada; Guimarães, 2015; Oliveira *et al.*, 2020) destacam, quando se referem ao atendimento pré-hospitalar móvel, que os processos de educação permanente são de grande importância; que há um déficit nos processos de capacitação para a qualificação profissional; que as intervenções em saúde mental se dão de maneira inadequada; e, ainda, que são necessárias discussões acerca do fenômeno da loucura e suas formas de intervenção, em consonância com o paradigma psicossocial.

Rosa *et al.* (2016) defendem ser necessário que os profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel disponham de conhecimentos científicos acerca do fenômeno do suicídio e técnicas de abordagem para que possam prestar atendimentos resolutivos e oferecer assistência de qualidade às pessoas com alto risco de suicídio.

No presente estudo, a falta de uma rede articulada para dar continuidade à assistência necessária ao paciente em crise suicida também foi destacada como uma preocupação e um aspecto dificultador pelos profissionais do SAMU. Uma participante iniciou uma reflexão sobre essa fragilidade:

*Então, eu tenho uma angústia muito grande de receber o paciente no intra[hospitalar] e ele não ter a continuidade... Eu acho que o profissional do APH tem a tranquilidade de “A minha parte eu fiz” [ao remover o paciente para a unidade hospitalar]... E essa [falta de] continuidade me angustia muito, saber que o paciente vai sair amarradinho, que ele vai sair encaminhado... Se for o caso internar, vai internar e depois ele vai voltar. Foi o que a gente até discutiu, ele vai para o hospital e depois pode ser que ele tenha alta e volte e tente de novo. Então isso me deixa muito angustiada, se não tiver muito bem organizado com o paciente de tentativa de suicídio [...]. Essa é a minha busca, essa condução imediatamente pós-alta.*

Essa fragmentação, repetidas vezes, vai influenciar para que as condutas de remoção e internação hospitalar dos pacientes em crise suicida se tornem as principais estratégias de intervenção. Uma discussão semelhante foi feita por Brito, Bonfada e Guimarães (2015) em um estudo que discute o atendimento prestado às crises psiquiátricas pelos profissionais do SAMU na cidade de Natal, Rio Grande do Norte.

Estudos apontam que a fragmentação dos serviços de saúde, a falta de alinhamento para os encaminhamentos de pacientes em crise psíquica e a concepção de que o fluxo dos usuários do SAMU possui direcionamento prioritário para a unidade

hospitalar representam uma dificuldade para ampliar as possibilidades de condutas na atuação do SAMU e para que os profissionais desse serviço se aproximem de uma intervenção fundamentada na lógica da atenção em saúde mental com serviços abertos e de base comunitária (Bastos *et al.*, 2016).

Os aspectos normativos da Política Nacional de Atenção às Urgências contribuem para a reprodução da prática de internação na medida em que lidam com os chamados de natureza psiquiátrica com as mesmas diretrizes das demais urgências, nas quais imperam a gestão do tempo, as intervenções uniformizadas e rígidas e o encaminhamento do paciente para o hospital (Bonfada; Guimarães, 2012).

Bonfada e Guimarães (2012) ainda sinalizam vários fatores que colaboram para que o SAMU priorize a remoção dos pacientes em crise psíquica para os hospitais psiquiátricos: a falta de articulação com a rede de saúde mental, a recusa dos hospitais gerais em admitir o paciente psiquiátrico, o número reduzido de CAPS III na maioria das cidades brasileiras e o desconhecimento sobre as possibilidades terapêuticas dos serviços substitutivos da rede assistencial de saúde mental.

Essas discussões reforçam a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais do SAMU, na organização dos fluxos para atendimento e continuidade da assistência em saúde mental e no reconhecimento das possibilidades de intervenção dos serviços substitutivos, bem como no acesso facilitado aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

### **Facilitadores no manejo da crise suicida**

A sistematização de atendimento apresentada durante o processo de EPS é destacada como um aspecto facilitador no manejo da crise suicida, por ser capaz de orientar as abordagens profissionais nos cenários de simulação realística. Sobre a sistematização, os profissionais disseram:

*O x na questão é ser insistente, é você saber passo desse sistema [sistematização de atendimento], eu acho que com a prática facilita mais, facilita muito. Você tem a questão de saber o momento certo de entrar, o momento de ficar calado... Eu digo assim, momento certo não existe uma regra para isso, mas eu acredito que a prática faz você ter alguns sinais de comportamento, mesmo não verbais, que você consegue ver, "É hora de ficar calado, irei observar e esperar a resposta do paciente ou uma outra resposta".*

*Esse AEIOU facilitou muito. No meio do atendimento, eu parei e pensei: “Será que estou fazendo certo?”. Ai eu comecei a pensar... Eu fiz o acolhimento, a escuta, identifiquei fatores de risco e proteção... e segui. Agora a gente sabe o que fazer, não fica perdido no atendimento. Ajudou muito.*

Alguns estudos discutem que a organização dos serviços de urgência e emergência, sobretudo do SAMU, se dá a partir da formalização técnica de suas práticas. O uso de protocolos ou a sistematização da assistência, que surgiu como estratégia para nortear o atendimento, passou a ser uma forma sistemática de padronização das condutas. Nessa lógica, o sofrimento psíquico se fortaleceu a partir de uma visão patologizante orientada pelo modelo biomédico (Almeida *et al.*, 2014; Dias; Ferigato; Fernandes, 2020; Oliveira *et al.*, 2020).

No estudo que apresenta a sistematização de atendimento citada pelos participantes do curso, Cavalcante *et al.* (2022) enfatizam que o objetivo da sistematização é orientar a assistência prestada pelos profissionais do SAMU e que ela não deve ser adotada de maneira rígida e acrítica, pois compreende-se que cada abordagem é singular e deve levar em consideração o indivíduo e o seu contexto socioambiental. Os autores discutem que, ao se investir numa sistematização baseada em ações comunicacionais, que valorizam habilidades relacionais e humanas, tem-se potencial para superar os fatores críticos da intervenção, permitindo-se que o profissional do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel exerça um trabalho de atenção humanizado e criativo, alternativo às práticas excludentes historicamente postas às pessoas em sofrimento mental.

Dias, Ferigato e Fernandes (2020), ainda sobre protocolos, mencionam que estes dispõem de normas operacionais que produzem impacto direto nos processos de trabalho e de cuidado, com efeitos sociais, clínicos e políticos específicos, pois, a partir das concepções teóricas e práticas que carregam sobre saúde mental, vão determinar a assistência prestada.

Diante do exposto, é possível refletir sobre a dimensão ético-política da sistematização de atendimento retratada no processo de EPS. Isso se torna possível a partir da compreensão de que, para além das diretrizes técnico-operacionais apresentadas no circuito, os elementos debatidos no mnemônico “AEIOU”, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização, propõem que a abordagem se desenvolva a partir de uma base ética e de solidariedade, que considera os sujeitos como



agentes ativos do seu processo de produção de saúde, bem como a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilização dos sujeitos implicados nesse processo.

Apesar disso, não é possível afirmar sobre os resultados e os impactos de médio e longo prazo do processo de educação permanente em saúde e da sistematização de atendimento referida, pois as ações posteriores de acompanhamento e avaliação desse processo ainda estão sendo discutidas.

No discurso dos profissionais, o próprio processo de educação permanente em saúde surge como um aspecto facilitador para o manejo do comportamento suicida. Eles destacam que passaram a atuar com mais confiança, por terem uma compreensão mais clara do que perguntar, como perguntar e o que fazer com a informação; afirmam ainda que antes da formação faziam algumas intervenções avaliadas como pouco assertivas; e, oportunamente, mencionam alguns atendimentos que fizeram:

*Recentemente, a gente foi acionado pra uma ocorrência que era uma menina de 26 anos, tentativa de suicídio com medicação. [...] paciente tinha tomado cinco comprimidos de Clonazepam, mas estava absurdamente chorosa. Assim, tinha uma condição psicológica realmente muito ruim naquele momento. E eu consegui, a gente já tinha tido algumas aulas do curso e conseguimos conversar com ela e tal.*

*Foi muito mais fácil do que seria há dois meses atrás, que eu fiz tudo errado. Então hoje eu já tentei não fazer tão errado, tentar conversar [...].*

Diante do exposto, é possível afirmar que a primeira parte do treinamento, as aulas dialogadas sobre o tema da intervenção na crise suicida, foi capaz de promover autocrítica e reflexões no saber/fazer dos profissionais, pois permitiu novas intervenções nos atendimentos reais das crises suicidas.

Os treinamentos e as ações de EPS têm sido extensivamente defendidos no âmbito dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência como recursos imprescindíveis para o desenvolvimento de habilidades relacionais e para mudanças de atitudes necessárias ao atendimento das pessoas em crise psíquica, de modo a favorecer intervenções mais humanizadas, resolutivas e integradas (Almeida *et al.*, 2014; Bonfada; Guimarães, 2012; Brito; Bonfada; Guimarães, 2015; Oliveira *et al.*, 2020). Storino *et al.* (2018) reforçam a necessidade de capacitações em suicidologia, com aprendizados fundamentais à prevenção do suicídio, em todos os pontos de atenção da RAPS, inclusive em ambientes comunitários e de urgência.

É possível inferir que a formação promovida pelo MS tem características de EPS, na medida em que favoreceu/acelerou o desenvolvimento de habilidades técnicas e

ações comunicacionais capazes de orientar novas práticas no âmbito do atendimento pré-hospitalar móvel. Apesar disso, é necessário que novas ações sejam organizadas, por se tratar de um processo de mudança contínua, de constante aprendizado, a fim de melhorar a qualidade do atendimento e a dignidade no exercício do trabalho por meio de construções coletivas.

O ensino com base em simulações se tornou um componente significativo da educação em saúde, pois permite que os aprendizes desenvolvam e aprimorem conhecimentos, habilidades e atitudes em ambientes onde possam analisar situações semelhantes às da vida real (Lima *et al.*, 2021a). Franco e Franco (2021) discutem que as habilidades de comunicação são complexas e compreendem o desenvolvimento de processos cognitivos e afetivos. Os autores referem que o desenvolvimento dessas habilidades exige uma prática reflexiva e uma análise crítica de comportamentos e desempenhos; ainda, enfatizam que o ambiente simulado tem sido um dos mais utilizados para o desenvolvimento e a avaliação de habilidades não técnicas, como a comunicação.

O uso de metodologias ativas e problematizadoras em saúde, nesse contexto, permitiu que os profissionais questionassem seus entendimentos sobre crise e sua atuação enquanto agentes de promoção de saúde; favoreceu o desenvolvimento de novas habilidades humanas e técnicas; e contribuiu para o avanço da lógica de um cuidado ético e integral, que assegura a cidadania e a dignidade das pessoas em sofrimento psíquico. Esse processo pode ser percebido como um ponto de partida para mudanças.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo permitiu reflexões sobre a relevância do desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde como estratégia para promover uma mudança real na prática assistencial dos profissionais do SAMU, questionar o modelo biomédico, contestar condutas acríticas que atendem a protocolos hierarquizados de atendimento e criar uma nova ética para o atendimento às crises psíquicas.

Apesar do reconhecimento do pioneirismo e do trabalho inovador do NUSAM pelo Ministério da Saúde do Brasil, no que se refere aos cuidados das pessoas com sofrimento mental intenso e transtornos mentais graves no contexto das urgências e

emergências, o serviço não é habilitado junto ao MS e, com frequência, tem propostas de desestruturação da sua lógica organizativa no SAMU-DF.

É importante salientar que há uma escassez de estudos no que se refere aos atendimentos de crises psíquicas e à abordagem às pessoas com comportamento suicida no âmbito do SAMU, necessitando o campo de mais pesquisas, que possibilitem maior produção de conhecimento científico e troca de experiências. Ainda, é incipiente a produção científica e normativa sobre treinamento com desenvolvimento de habilidades não técnicas na simulação em saúde.

Por fim, embora haja uma tendência dos profissionais de associar as dificuldades e limitações do atendimento ao próprio sujeito em crise, a discussão da sistematização de atendimento promoveu reflexões no saber/fazer dos profissionais, estimulou o desenvolvimento de habilidades não técnicas e viabilizou uma abordagem que ultrapassa a dimensão técnico-operativa do atendimento e alcança uma dimensão ético-política na atenção às pessoas com comportamento suicida.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Aleksandro B. et al. Intervenção em situações de crise psíquica: desafios e sugestões de uma equipe de atendimento pré-hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 5, p. 708-714, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670506>.

ALMEIDA, Aleksandro B. et al. Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1035-1043, out./dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003580014>.

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. (Temas em Saúde)

BASTOS, Fabrício et al. Saúde mental no atendimento pré-hospitalar móvel: concepções de profissionais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*; v. especial, n. 4, p. 17-23, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0136>.

BERTOLETE, José M; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEAGA, Neury J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v 32, supl. 2, p. 87-89, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>.

BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicologia em Estudo*, v. 17, n. 2, p. 227-236, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/p5GCm87JdCD9f3PkJPJw5NM>. Acesso em: 5 maio 2023.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº. 2.048, de 05 de novembro de 2002*. Estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolos de suporte básico de vida - SAMU 192*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolos de suporte avançado de vida - SAMU 192*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021 – 2030*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BRITO, Andiará A. C.; BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. *Physis*, v. 25, n. 4, p. 1293-1312, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400013>.
- CAVALCANTE, Renata A. et al. Circuito dos cuidados psicossociais: sistematização de intervenção na crise psíquica no atendimento pré-hospitalar móvel. 2022. No prelo.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.
- CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, e00285117, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.
- DIAS Marcelo, K.; FERIGATO, Sabrina H.; FERNANDES, Amanda, D. S. A. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 595-602, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>.
- FERIGATO, Sabrina H.; CAMPOS, Rosana T. O.; BALLARIN, Maria L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007oatendimentoocrise.pdf>. Acesso em: 5 maio 2023.
- FERREIRA, Lorena et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.
- FRANCO, Renato S; FRANCO, Camila A. G. S. Avaliação com o uso de Checklists e Escalas de Avaliação Global. In: PEREIRA JUNIOR, Gerson A; GUEDES, Hermila T. V. (org.). *Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas*. São Carlos,

SP: Cubo Multimídia, 2021. p. 197-204. DOI: <https://doi.org/10.4322/978-65-86819-11-3>.

GASK, Linda et al. Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, v. 54, n. 6, p. 739-750, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03875.x>.

GUNNELL, David et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, v. 7, n. 6, p. 468-471, June 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1).

HARMER, Bonnie et al. Suicidal Ideation. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, May 18, 2022.

LIMA, Sara F. et al. Conhecimentos básicos para estruturação do treinamento de habilidades e da elaboração das estações simuladas. In: PEREIRA JUNIOR, Gerson A; GUEDES, Hermila T. V. (org.). *Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas*. São Carlos, SP: Cubo Multimídia, 2021a. p. 53-81. DOI: <https://doi.org/10.4322/978-65-86819-11-3>.

LIMA, Sara F. et al. A utilização da simulação na educação interprofissional. In: PEREIRA JUNIOR, Gerson A; GUEDES, Hermila T. V. (org.). *Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas*. São Carlos, SP: Cubo Multimídia, 2021b. p. 141-156. DOI: <https://doi.org/10.4322/978-65-86819-11-3>.

OLIVEIRA, Gustavo C.; SANTOS, Samita B. V. (org.). *Atendimento pré-hospitalar em saúde mental: noções das urgências e emergências em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.crdf.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/MATERIAL-ESTUDO-EMERG.-PSIQU..pdf>. Acesso em: 5 maio 2023.

OLIVEIRA Lucídio C., et al. Atendimento móvel às urgências e emergências psiquiátricas: percepção de trabalhadores de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 1, e20180214, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0214>.

OLIVEIRA, Gustavo C., et al. Urgências e emergências em saúde mental: a experiência do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 29, supl. 1, p. 75-78, 2018. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/160>. Acesso em: 5 maio 2023.

OLIVEIRA, Gustavo C.; VALENÇA, Alexandre M. Institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência: uma revisão científica sobre o tema. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 4, e190681, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190681>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. Pandemia de COVID-19 aumenta fatores de risco para suicídio. 9 de setembro de 2021. Brasil. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6277:pand](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6277:pand)

emia-de-covid-19-aumenta- fatores-de-risco-para-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 1 out. 2021.

PELISOLI, Cátula et al. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. *Estudo de Psicologia*, Campinas, v. 31, n. 2, p. 225-235, abr./jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-166X2014000200008>.

PETRIK, Megan L. et al. Barriers and facilitators of suicide risk assessment in emergency departments: a qualitative study of provider perspectives. *General Hospital Psychiatry*, v. 37, n. 6, p. 581-586, nov./dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.06.018>.

QUEIROZ, Danielle T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, abr./jun. 2007.

RODRIGUES, Ana K. Com 7 mil diagnósticos, o Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF vai fechar. *Metrópoles*, Brasília, 22 mar. 2022. Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/com-7-mil-diagnosticos-nucleo-de-saude-mental-do-samu-df-vai-fechar>. Acesso em: 28 ago. 2022.

ROSA, Natalina M et al. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 65, n. 3, p. 231-238, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000129>.

SANTOS, Luciana A.; KIND, Luciana. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, e190116, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190116>.

SOUZA, Luciana K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2019v71i2p.51-67>.

STORINO, Bárbara D. et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 369-377, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800040191>.

TAUSCH, Amy et al. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: a health policy analysis and recommendations. *The Lancet Regional Health - Americas*, v. 5, e100118, Jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide. *World Health Organization*, 17 Jun. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 23 jun. 2022.

### 5.3 Artigo 3 – Atitudes dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência frente às pessoas com comportamento suicida

Renata de Almeida Cavalcante  
Rodrigo Campos Crivelaro  
Dais Gonçalves Rocha

#### INTRODUÇÃO

O treinamento para profissionais de saúde tem sido defendido como uma alternativa para prevenir o suicídio (Gask *et al.*, 2006), pois muitos profissionais reconhecem fragilidade e duvidam que tenham conhecimentos e habilidades suficientes para intervir nos casos (Betz *et al.*, 2013; Harmer *et al.*, 2021; Gask *et al.*, 2006; Nebhinani; Kuppili; Mamta, 2020; Petrik *et al.*, 2015).

Gutierrez (2014) destaca que os programas de conscientização para o público em geral e para os profissionais de saúde estão entre as maiores áreas de prevenção do suicídio e, ainda, que o acolhimento à pessoa com tentativa de suicídio é essencial; se desempenhado com segurança, prontidão e qualidade, é possível determinar a aceitação e a adesão do paciente ao tratamento.

Rosa *et al.* (2016) mencionam que o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel é uma das primeiras equipes de saúde a entrar em contato e acolher a pessoa que necessita de atendimento imediato, e que a atenção prestada pode influenciar diretamente o prognóstico do paciente com crise suicida.

Devido à fragilidade dos processos formativos e à dificuldade dos profissionais de saúde no manejo de crises psíquicas, no Distrito Federal (DF), o Núcleo de Saúde Mental (NUSAM) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-DF) assumiu como uma de suas frentes de trabalho o processo de educação permanente em saúde mental, promovendo diversas capacitações sobre intervenção na crise psíquica para profissionais da política de saúde e demais políticas setoriais do DF e de outros estados, estudantes de diversos cursos e faculdades do DF, militares do Corpo de Bombeiros Militar e da Polícia Militar do DF e outros interessados (Oliveira *et al.*, 2018).

No contexto da pandemia de covid-19, vários estudos apontam para o agravamento dos problemas relacionados à saúde mental e para o aumento global das taxas de depressão, ansiedade, ideação suicida e outros agravos, sobretudo entre

mulheres, jovens, pessoas com problemas de saúde mental preexistente, profissionais de saúde e pessoas em situação de vulnerabilidade social. Os mesmos estudos destacam a necessidade dos países de fortalecer urgentemente suas respostas às demandas de saúde mental da população, ampliando e consolidando serviços de apoio psicossocial para todos, bem como reconstruindo melhores sistemas e serviços de saúde mental para o futuro (Tausch *et al.*, 2022).

Pereira *et al.* (2020) destacam que os profissionais de saúde mental podem contribuir com a realização de intervenções psicológicas no decorrer da vigência de uma pandemia, de modo a minimizar os impactos negativos e promover a saúde mental, bem como em momentos posteriores, quando as pessoas precisam se readaptar e lidar com perdas e mudanças.

A partir do entendimento de que é importante desenvolver conhecimentos e práticas junto aos profissionais de saúde que atuam no atendimento de emergências em saúde mental, de modo que seja prestada uma assistência adequada aos usuários do serviço, e reconhecendo o pioneirismo do trabalho do NUSAM, o Ministério da Saúde do Brasil, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em parceria com o SAMU-DF, decidiu promover o I Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental para profissionais do SAMU.

Como relatos de avaliações desses processos formativos são escassos na literatura (Gask *et al.*, 2006), este estudo visa a analisar comparativamente as atitudes das equipes dos SAMUs nos casos de comportamento suicida, antes e após do referido curso de formação.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo observacional e analítico. A investigação foi realizada durante o Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental para profissionais do SAMU de todos os estados do Brasil e do Distrito Federal, promovido pelo Ministério da Saúde e realizado pelo Núcleo de Educação em Urgências (NUEDU) e pelo NUSAM do SAMU-DF no segundo semestre de 2021.

O conteúdo programático (Comunicação terapêutica e primeiros socorros psicossociais; Transtornos mentais e transtornos associados ao uso de álcool e drogas; Comportamento suicida; Comunicação de más notícias; Crise psicótica e agitação



psicomotora; e Violência e transtornos mentais) foi ministrado parte em ensino a distância (EaD), com módulos de conteúdo pedagógico e conteúdo de saúde mental, e parte presencialmente, na sede do NUEDU, em Brasília, onde foram realizadas oficinas e estações práticas de simulação realística em emergências em saúde mental.

A carga horária total do curso por turma foi de 90 horas, divididas da seguinte maneira: módulo pedagógico – 20 horas (EaD); módulo psiquiátrico – 40 horas (EaD); módulo presencial – 30 horas.

Participaram de todas as etapas do curso 94 profissionais do SAMU e do Corpo de Bombeiros Militar, distribuídos em três turmas (turma I – 31 participantes; turma II – 27 participantes; turma III – 36 participantes). No entanto, a pesquisa foi realizada junto aos profissionais que participaram do curso de formação nas turmas II e III, pois, devido ao tempo necessário para a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, não houve tempo hábil para a realização da pesquisa na turma I.

Para a coleta de dados, foi utilizado o Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida (QACS), adaptado também para a coleta de dados sociodemográficos dos profissionais e de processos institucionais de trabalho. O QACS é um instrumento brasileiro, de abordagem individual e autoaplicação, desenvolvido por Botega e colaboradores (2005) para mensurar as atitudes de profissionais de enfermagem diante do comportamento suicida. Ele compreende uma escala de 21 itens visuais análogos (crenças, sentimentos e reações em relação a pacientes suicidas) que variam de 0 a 10, desde “discordo totalmente” em uma extremidade a “concordo totalmente” na outra (Botega *et al.*, 2005).

Botega *et al.* (2005), para fins didáticos, sugerem que as questões do QACS sejam analisadas individualmente ou agrupadas em três fatores. O fator 1 (Q2, Q5, Q9, Q13, Q15, Q17, Q19) indica “sentimentos negativos em relação ao paciente”, e escores mais elevados indicam uma maior presença de sentimentos negativos. O fator 2 (Q1, Q7, Q10, Q12) refere-se à “percepção da capacidade profissional”, e uma maior pontuação nesse fator indica que os profissionais têm mais autoconfiança ao lidarem com indivíduos com comportamento suicida. O fator 3 (Q3, Q4, Q6, Q16, Q18) é definido como o “direito ao suicídio”, e um maior escore nesse fator representa uma atitude menos “moralista/condenatória”. As questões Q8, Q11, Q14, Q20 e Q21 não são somadas aos fatores da escala, pois não possuem semelhança com os fatores construídos.

As questões para a coleta de dados sociodemográficos dos profissionais e dos processos institucionais de trabalho no que diz respeito ao atendimento dos casos de comportamento suicida, com respostas abertas e fechadas, referem-se a: gênero, idade, raça/cor, religião, estado civil, escolaridade, profissão, tempo de serviço no SAMU, composição da equipe, formação para atendimento dos casos de comportamento suicida, temas de interesse relacionados à problemática do suicídio, utilização de protocolos de intervenção e regulação para os casos de comportamento suicida, descrição de um atendimento e aspectos facilitadores e dificultadores para o manejo dos casos de comportamento suicida.

A aplicação do QACS deu-se em dois momentos, um anterior ao início das atividades do curso de formação e um posterior à conclusão das atividades. As questões referentes às informações sociodemográficas e aos processos institucionais de trabalho não foram aplicadas no segundo questionário.

Os questionários foram enviados por *e-mail*, com *link* direcionado para o Google Forms. Optamos pela aplicação de questionários virtuais, pois os participantes estavam dispersos em todos os estados brasileiros. É válido destacar que os participantes da pesquisa só tiveram acesso aos questionários após leitura e concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), também acessado via Google Forms.

O estudo foi dividido na análise descritiva e de associação. A análise dos dados foi realizada no programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23, 2015.

### **Análise descritiva**

As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio da frequência (n) e da porcentagem (%) antecedentes e subsequentes ao curso. As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio das medidas descritivas média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo e amplitude interquartil.

### **Análise de associação**

Os resultados do QACS foram avaliados em relação aos dados sociodemográficos, aos processos institucionais de trabalho e ao interesse em mais

informação sobre temas relacionados à problemática do suicídio por meio do teste *t* de Student (duas categorias) ou da Análise de Variância Unidirecional (ANOVA) (três ou mais categorias), tendo em vista que esses escores apresentaram distribuição aproximadamente normal pelo teste de Shapiro-Wilk, considerando-se também o gráfico Q-Q plot e o tamanho amostral. O teste *post hoc* de comparações múltiplas de Bonferroni foi realizado nos casos em que houve significância estatística da ANOVA. Para essa análise, é necessário que a categoria apresente frequência de pelo menos 2; sendo assim, foram excluídas da análise de variância as categorias com apenas um profissional.

Os três fatores e as cinco questões não incluídas nos fatores do questionário foram comparados anteriormente e posteriormente ao curso por meio do teste *t* de Student de amostras independentes, tendo em vista que participantes diferentes responderam ao questionário nos dois momentos.

## RESULTADOS

A caracterização dos profissionais e dos processos de trabalho foi obtida por meio do questionário aplicado antes do Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental. A Tabela 1 apresenta a distribuição de características sociodemográficas e de processos institucionais de trabalho de profissionais.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e de processos institucionais de trabalho dos profissionais do Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental (n = 53). Brasília/DF, 2021

<b>Antecedente</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>TCLE</b>	Li e concordo em participar da pesquisa	53 100,00
	Acre (AC)	2 3,77
	Alagoas (AL)	3 5,66
	Amapá (AP)	2 3,77
	Bahia (BA)	2 3,77
	Ceará (CE)	1 1,89
	Distrito Federal (DF)	1 1,89
	Espírito Santo (ES)	3 5,66
<b>Estado/unidade federada (onde você trabalha)</b>	Goiás (GO)	1 1,89
	Maranhão (MA)	4 7,55
	Mato Grosso do Sul (MS)	1 1,89
	Mato Grosso (MT)	3 5,66
	Pará (PA)	3 5,66
	Paraíba (PB)	3 5,66
	Pernambuco (PE)	3 5,66
	Piauí (PI)	2 3,77

	Rio de Janeiro (RJ)	1	1,89
	Rio Grande do Norte (RN)	3	5,66
	Roraima (RR)	3	5,66
	Santa Catarina (SC)	5	9,43
	Sergipe (SE)	2	3,77
	São Paulo (SP)	3	5,66
	Tocantins (TO)	2	3,77
<b>Gênero</b>	Masculino	19	35,85
	Feminino	34	64,15
<b>Idade</b>	20 a 29 anos	2	3,77
	30 a 39 anos	14	26,42
	40 a 49 anos	29	54,72
	50 a 59 anos	7	13,21
	60 anos ou mais	1	1,89
<b>Raça/cor</b>	Branca	26	49,06
	Parda	17	32,08
	Preta	8	15,09
	Amarela	2	3,77
<b>Religião</b>	Católica	27	50,94
	Evangélica/protestante	9	16,98
	Espírita	12	22,64
	Cristã	1	1,89
	Acredito em Deus, mas não frequento uma igreja específica	1	1,89
	Sem religião	3	5,66
<b>Frequência aos serviços da igreja</b>	Não frequento a igreja	8	15,09
	Uma a três vezes no ano	16	30,19
	Uma vez no mês	11	20,75
	Uma vez na semana	18	33,96
<b>Estado civil</b>	Solteiro(a)	11	20,75
	Casado(a)	36	67,92
	Divorciado(a)	5	9,43
	União Estável	1	1,89
<b>Escolaridade</b>	Técnico/profissionalizante	2	3,77
	Superior completo	7	13,21
	Especialização/residência	39	73,58
	Mestrado	5	9,43
<b>Profissão</b>	Médico	17	32,08
	Enfermeiro	34	64,15
	Socorrista/bombeiro	2	3,77
<b>Tempo de serviço no SAMU</b>	Menos de 1 ano	5	9,43
	1 a 3 anos	4	7,55
	3 a 6 anos	5	9,43
	6 a 9 anos	9	16,98
	9 a 12 anos	11	20,75
	Acima de 12 anos	19	35,85
<b>Histórico de suicídio na família</b>	Sim	6	11,32
	Não	47	88,68
<b>Qual a composição da sua equipe de trabalho no SAMU da sua região?</b>	Não trabalho no SAMU	1	1,89
	Médico	1	1,89
	Enfermeiro	12	22,64
	Enfermeiro, instrutor	1	1,89
	Técnico de enfermagem, condutor de emergência	1	1,89
	Médico, enfermeiro, condutor de emergência	16	30,19
	Médico, enfermeiro, condutor de emergência, interno medicina	1	1,89
	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, condutor de emergência	18	33,96
	Médico, enfermeiro, socorrista, condutor	1	1,89

	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, condutor de emergência, farmacêutica e outros	1	1,89
<b>Na sua intervenção junto ao SAMU da sua região, você atende casos de comportamento suicida?</b>	Sim	50	94,34
	Não	3	5,66
<b>Se não, como e por quem são manejados os casos de comportamento suicida?</b>	Pelas equipes das USB e USA, fico exclusivamente na instrução	1	33,33
	Pelos enfermeiros, médicos, técnicos e condutores	1	33,33
	Pela equipe de assistência SAMU	1	33,33
	Não se aplica	50	
<b>As equipes do SAMU da sua região passam por processos de formação continuada para atendimento dos casos de comportamento suicida?</b>	Sim	11	20,75
	Não	40	75,47
	Não sei	2	3,77
<b>Se sim, qual a periodicidade?</b>	Trabalho em hospital psiquiátrico	1	8,33
	Teve 1x há mais de 1 ano	1	8,33
	Semestral	6	50,00
	Anual	4	33,33
	Não se aplica	41	
<b>Mais informação sobre quais temas relacionados à problemática do suicídio?</b>			
Definição do fluxo do paciente com comportamento suicida	Sim	1	1,89
	Não	52	98,11
Avaliação de risco	Sim	47	88,68
	Não	6	11,32
Definições e conceitos do comportamento suicida	Sim	31	58,49
	Não	22	41,51
Gerenciamento	Sim	52	98,11
	Não	1	1,89
Intervenção em crise	Sim	52	98,11
	Não	1	1,89
Comunicação adequada	Sim	46	86,79
	Não	7	13,21
Comunicação terapêutica	Sim	46	86,79
	Não	7	13,21
Contenção física	Sim	39	73,58
	Não	14	26,42
Epidemiologia do suicídio	Sim	22	41,51
	Não	31	58,49
Fatores de risco e fatores de proteção	Sim	36	67,92
	Não	17	32,08
Segurança da cena	Sim	40	75,47
	Não	13	24,53
Mitos e verdades sobre o suicídio	Sim	21	39,62
	Não	32	60,38
Posvenção	Sim	23	43,40
	Não	30	56,60
<b>Utilizam protocolo de intervenção para os casos de comportamento suicida?</b>	Sim	16	30,19
	Não	33	62,26
	Não sei	4	7,55
<b>Se sim, esse protocolo é:</b>	Nacional	6	37,50
	Regional	2	12,50
	Local	8	50,00
	Não se aplica	37	
<b>Utilizam protocolo de regulação para os casos de comportamento</b>	Sim	18	33,96
	Não	28	52,83

<b>suicida?</b>	Não sei	7	13,21
<b>Se sim, esse protocolo é:</b>	Nacional	4	22,22
	Regional	5	27,78
	Local	9	50,00
	Não se aplica	35	
<b>Utilizam outro material de referência p/ auxiliar nos casos de comportamento suicida?</b>	Sim	4	7,55
	Não	36	67,92
	Não sei	13	24,53
<b>Se sim, qual(is) referência(s)?</b>	Ministério da Saúde	1	20,00
	Psiquiatras da região	1	20,00
	Com base nas profissionais (médicos que atuam no serviço)	2	40,00
	Auxílio da Polícia Militar na contenção do paciente	1	20,00
	Não se aplica	48	
<b>Nos casos de comportamento suicida em que o paciente está armado, você e sua equipe</b>	Não trabalho no SAMU	1	1,89
	Acionam a Polícia Militar	33	62,26
	Acionam o Corpo de Bombeiros Militar	6	11,32
	Acionam a Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros Militar	13	24,53
<b>Total</b>		53	100,00

O estudo foi desenvolvido com 53 profissionais médicos (32,08%), enfermeiros (64,15%) e socorristas/bombeiros militares (3,77%) dos SAMUs de 21 estados do Brasil mais o Distrito Federal.

A maioria dos respondentes eram do gênero feminino (64,15%), com faixa etária entre 30 e 49 anos de idade (81,14%), que se autodeclararam de raça/cor branca (49,06%), religião católica (50,94%) e casados(as) (67,92%).

No que se refere à escolaridade dos participantes, 73,58% têm curso de especialização ou residência. O tempo de serviço dos profissionais no SAMU é superior a nove anos (56,60%).

Com relação ao atendimento às pessoas com comportamento suicida no SAMU, 94,34% dos profissionais afirmaram realizar atendimentos dessa natureza, embora 75,47% não tenham participado de processos de formação para o atendimento dessas urgências e emergências. A maioria dos profissionais informou não utilizar nenhum protocolo de regulação (52,83%) e intervenção (62,26%) para o atendimento das crises suicidas.

As principais demandas sobre temas relacionados à problemática do suicídio são: gerenciamento e intervenção em crise, avaliação de risco, comunicação adequada e segurança da cena.

Os profissionais foram convidados a indicar como se dá a abordagem às pessoas com comportamento suicida e quais são os facilitadores e os dificultadores no que se refere a esses atendimentos. Os termos mais prevalentes foram agrupados, e a maior

parte dos profissionais associou o atendimento ao acionamento da “Polícia Militar” (26 menções) e do “Corpo de Bombeiros Militar” (15 menções), bem como à necessidade de “contenção física e química” dos pacientes (17 menções). A “remoção” para a unidade hospitalar foi o principal desfecho do atendimento (12 menções). Elementos de comunicação terapêutica foram menos mencionados: conversa/diálogo (8 menções), comunicação (6 menções), confiança (5 menções), ouvir o paciente (2 menções), vínculo (1 menção).

Ao final do referido curso, 32 participantes responderam ao questionário sobre a atitude dos profissionais frente ao comportamento suicida (Tabela 2).

**Tabela 2.** Análise descritiva dos dados gerais de profissionais de saúde que realizaram o Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental. Brasília/DF, 2021

Subsequente	n	%	
<b>TCLE</b>	Li e concordo em participar da pesquisa	32	100,00
<b>Estado/unidade federada (onde você trabalha)</b>	Alagoas (AL)	1	3,13
	Amapá (AP)	3	9,38
	Bahia (BA)	4	12,50
	Espírito Santo (ES)	1	3,13
	Mato Grosso (MT)	2	6,25
	Paraíba (PB)	2	6,25
	Pernambuco (PE)	2	6,25
	Piauí (PI)	1	3,13
	Rondônia (RO)	1	3,13
	Rio Grande do Norte (RN)	2	6,25
	Roraima (RR)	2	6,25
	Santa Catarina (SC)	5	15,63
	Sergipe (SE)	3	9,38
	São Paulo (SP)	2	6,25
	Tocantins (TO)	1	3,13
	<b>Total</b>	32	100,00

A Tabela 3 apresenta as respostas dos profissionais referentes às questões individuais e aos fatores do QACS antes e após o curso de formação.

**Tabela 3.** Pontuações obtidas pelos profissionais, por questão e por fator, antes e após o Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental. Brasília/DF, 2021

	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Amplitude interquartil
<b>Antecedente</b>							
1. Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar.	53	6,85	7,00	2,17	1,00	10,00	2,00
2. Quem fica a ameaçar geralmente não se mata.	53	2,28	1,00	2,07	1,00	10,00	3,00
3. Apesar de tudo, penso que, se uma	53	2,74	1,00	2,20	1,00	10,00	4,00

4. Diante de um suicídio, penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho.	53	8,17	8,00	1,85	3,00	10,00	3,00
5. No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram suicídio.	53	3,00	2,00	2,19	1,00	8,00	4,00
6. A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirá-la.	53	7,75	9,00	2,84	1,00	10,00	4,50
7. Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar.	53	6,21	7,00	2,30	1,00	10,00	3,00
8. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental.	53	4,74	5,00	3,11	1,00	10,00	6,50
9. Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso.	53	3,96	4,00	2,63	1,00	10,00	4,00
10. Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio.	53	5,40	5,00	2,52	1,00	10,00	3,00
11. É preciso ter certa dose de coragem para se matar.	53	5,15	5,00	3,32	1,00	10,00	6,00
12. Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio.	53	5,64	5,00	2,49	1,00	10,00	2,50
13. No fundo, às vezes sinto até raiva, porque tem tanta gente querendo viver e aquele paciente querendo morrer.	53	2,28	1,00	2,14	1,00	9,00	1,50
14. Se eu sugerir uma consulta psiquiátrica para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo médico assistente.	53	7,55	8,00	2,49	1,00	10,00	5,00
15. A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar.	53	5,34	5,00	2,75	1,00	10,00	4,50
16. Quem tem Deus no coração não vai tentar se matar.	53	3,06	2,00	2,80	1,00	10,00	4,00
17. No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio.	53	2,79	2,00	2,19	1,00	8,00	4,00
18. Quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela.	53	7,85	9,00	2,47	2,00	10,00	4,50
19. Quem quer se matar mesmo não fica “tentando” se matar.	53	2,43	1,00	2,43	1,00	10,00	2,50
20. Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha forte motivo para isso.	53	3,91	3,00	2,80	1,00	10,00	5,00
21. Eu já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio.	53	3,57	1,00	3,39	1,00	10,00	5,00
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	53	22,09	19,00	9,94	7,00	48,00	17,00
Fator 2 – Capacidade profissional	53	22,81	23,00	6,61	4,00	38,00	6,50
Fator 3 – Direito ao suicídio	53	34,09	35,00	7,00	17,00	46,00	11,00
<b>Subsequente</b>							
1. Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar.	32	8,72	9,00	1,11	6,00	10,00	2,00
2. Quem fica a ameaçar geralmente não se mata.	32	1,16	1,00	0,72	1,00	5,00	0,00
3. Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito.	32	2,34	1,00	2,13	1,00	9,00	2,75



4. Diante de um suicídio, penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho.	32	8,72	9,00	1,87	2,00	10,00	2,00
5. No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram suicídio.	32	3,19	2,00	2,68	1,00	10,00	4,00
6. A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirá-la.	32	7,44	9,00	2,97	1,00	10,00	5,00
7. Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar.	32	7,88	8,00	2,20	1,00	10,00	1,75
8. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental.	32	4,00	1,00	3,75	1,00	10,00	7,75
9. Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso.	32	2,44	1,00	2,60	1,00	10,00	1,75
10. Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio.	32	8,31	8,50	1,45	5,00	10,00	2,75
11. É preciso ter certa dose de coragem para se matar.	32	4,84	4,50	3,80	1,00	10,00	7,75
12. Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio.	32	2,94	2,50	2,15	1,00	10,00	3,00
13. No fundo, às vezes sinto até raiva, porque tem tanta gente querendo viver e aquele paciente querendo morrer.	32	1,47	1,00	1,16	1,00	6,00	0,00
14. Se eu sugerir uma consulta psiquiátrica para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo médico assistente.	32	8,16	9,00	2,36	2,00	10,00	3,00
15. A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar.	32	4,34	3,00	3,03	1,00	10,00	5,25
16. Quem tem Deus no coração não vai tentar se matar.	32	2,25	1,00	2,88	1,00	10,00	0,00
17. No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio.	32	2,53	1,00	2,44	1,00	9,00	2,00
18. Quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela.	32	7,84	8,00	2,49	1,00	10,00	3,50
19. Quem quer se matar mesmo não fica “tentando” se matar.	32	1,31	1,00	0,90	1,00	5,00	0,00
20. Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha forte motivo para isso.	32	2,47	1,00	2,58	1,00	10,00	2,00
21. Eu já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio.	32	4,34	1,50	3,88	1,00	10,00	7,00
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	32	16,44	15,00	8,42	7,00	37,00	11,25
Fator 2 – Capacidade profissional	32	31,97	33,50	5,60	16,00	39,00	7,75
Fator 3 – Direito ao suicídio	32	33,91	34,00	7,67	15,00	49,00	9,00

No que corresponde aos três fatores que constituem o QACS, foram identificadas diferenças significativas nos sentimentos em relação ao paciente com comportamento suicida (fator 1) e a percepção da capacidade profissional (fator 2) antes e após o curso de formação. Os resultados apontam sentimentos mais positivos relativos ao paciente em crise suicida e uma melhoria na percepção da capacidade profissional.

Quanto ao fator “direito ao suicídio” (fator 3), não existem evidências de que a formação tenha promovido mudanças relevantes.

A Tabela 4 apresenta as comparações entre as médias obtidas nos fatores do QACS segundo as variáveis relacionadas às características sociodemográficas e aos processos de trabalho.

**Tabela 4.** Características sociodemográficas e processos institucionais de trabalho segundo pontuação obtida nos fatores do QACS. Brasília/DF, 2021

<b>Gênero</b>		n	Média	Desvio Padrão	<i>P</i> *
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Masculino	19	23,00	10,028	0,625
	Feminino	34	21,59	10,009	
Fator 2 – Capacidade profissional	Masculino	19	25,26	4,507	<b>0,042</b>
	Feminino	34	21,44	7,241	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Masculino	19	35,26	8,279	0,368
	Feminino	34	33,44	6,209	
<b>Idade</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	20 a 29 anos	2	15,00	0,000	0,730
	30 a 39 anos	14	20,64	7,851	
	40 a 49 anos	29	21,28	9,827	
	50 a 59 anos	7	30,00	13,166	
	Total	53	22,09	9,943	
Fator 2 – Capacidade profissional	20 a 29 anos	2	27,00	2,828	0,178
	30 a 39 anos	14	23,36	6,698	
	40 a 49 anos	29	21,97	6,977	
	50 a 59 anos	7	23,71	6,448	
	Total	53	22,81	6,613	
Fator 3 – Direito ao suicídio	20 a 29 anos	2	28,00	0,000	0,197
	30 a 39 anos	14	32,57	9,196	
	40 a 49 anos	29	34,48	5,481	
	50 a 59 anos	7	36,43	8,384	
	Total	53	34,09	6,998	
<b>Raça/cor</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Branca	26	21,65	9,579	<b>0,025</b>
	Parda	17	19,71	7,824	
	Preta	8	30,88	11,801	
	Amarela	2	13,00	2,828	
	Total	53	22,09	9,943	
Fator 2 – Capacidade profissional	Branca	26	21,50	6,035	0,097
	Parda	17	22,12	7,664	
	Preta	8	27,88	4,257	
	Amarela	2	25,50	4,950	
	Total	53	22,81	6,613	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Branca	26	33,08	6,962	0,158
	Parda	17	34,18	7,585	
	Preta	8	38,63	4,779	
	Amarela	2	28,50	,707	
	Total	53	34,09	6,998	
<b>Religião</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Católica	27	21,41	9,951	0,745
	Evangélica/protestante	9	24,78	11,111	
	Espírita	12	22,00	9,779	
	Sem religião	3	26,33	9,018	

	Total	53	22,09	9,943	
Fator 2 – Capacidade profissional	Católica	27	23,44	7,723	0,816
	Evangélica/protestante	9	21,89	5,947	
	Espírita	12	22,00	5,135	
	Sem religião	3	20,33	5,132	
	Total	53	22,81	6,613	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Católica	27	33,93	7,274	0,171
	Evangélica/protestante	9	34,33	6,442	
	Espírita	12	35,08	5,869	
	Sem religião	3	25,33	5,033	
	Total	53	34,09	6,998	
<b>Frequência aos serviços da igreja</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Não frequento a igreja	8	25,75	9,706	0,604
	Uma a três vezes no ano	16	20,56	9,136	
	Uma vez no mês	11	20,36	9,146	
	Uma vez na semana	18	22,89	11,386	
	Total	53	22,09	9,943	
Fator 2 – Capacidade profissional	Não frequento a igreja	8	25,75	4,862	0,544
	Uma a três vezes no ano	16	22,31	6,129	
	Uma vez no mês	11	21,36	8,835	
	Uma vez na semana	18	22,83	6,271	
	Total	53	22,81	6,613	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Não frequento a igreja	8	34,13	8,459	0,213
	Uma a três vezes no ano	16	33,81	7,458	
	Uma vez no mês	11	30,73	5,968	
	Uma vez na semana	18	36,39	6,108	
	Total	53	34,09	6,998	
<b>Estado civil</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Solteiro(a)	11	19,82	8,565	0,558
	Casado(a)	36	22,36	10,373	
	Divorciado(a)	5	25,60	11,349	
	Total	53	22,09	9,943	
Fator 2 – Capacidade profissional	Solteiro(a)	11	23,64	4,696	0,894
	Casado(a)	36	22,53	7,599	
	Divorciado(a)	5	22,80	2,280	
	Total	53	22,81	6,613	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Solteiro(a)	11	29,36	6,562	0,027
	Casado(a)	36	35,47	6,487	
	Divorciado(a)	5	32,20	6,496	
	Total	53	34,09	6,998	
<b>Escolaridade</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Técnico/profissionalizante	2	24,50	13,435	0,399
	Superior completo	7	27,29	13,326	
	Especialização/residência	39	20,74	9,349	
	Mestrado	5	24,40	8,295	
	Total	53	22,09	9,943	
Fator 2 – Capacidade profissional	Técnico/profissionalizante	2	27,00	2,828	0,693
	Superior completo	7	24,14	5,843	
	Especialização/residência	39	22,59	7,077	
	Mestrado	5	21,00	4,796	
	Total	53	22,81	6,613	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Técnico/profissionalizante	2	31,50	4,950	0,312
	Superior completo	7	37,57	5,503	
	Especialização/residência	39	33,21	7,328	
	Mestrado	5	37,20	5,541	
	Total	53	34,09	6,998	
<b>Profissão</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao	Médico	17	18,82	7,659	0,260
	Enfermeiro	34	23,59	10,663	

paciente	Socorrista/bombeiro	2	24,50	13,435	
	Total	53	22,09	9,943	
Fator 2 – Capacidade profissional	Médico	17	25,71	6,111	<b>0,040</b>
	Enfermeiro	34	21,12	6,498	
	Socorrista/bombeiro	2	27,00	2,828	
	Total	53	22,81	6,613	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Médico	17	31,35	8,645	0,104
	Enfermeiro	34	35,62	5,789	
	Socorrista/bombeiro	2	31,50	4,950	
	Total	53	34,09	6,998	
<b>Tempo de serviço no SAMU</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Menos de 1 ano	5	21,40	7,987	0,874
	1 a 3 anos	4	16,75	6,238	
	3 a 6 anos	5	20,40	8,234	
	6 a 9 anos	9	21,56	9,606	
	9 a 12 anos	11	22,73	9,665	
	Acima de 12 anos	19	23,74	12,101	
	Total	53	22,09	9,943	
Fator 2 – Capacidade profissional	Menos de 1 ano	5	25,80	3,701	0,329
	1 a 3 anos	4	19,50	6,856	
	3 a 6 anos	5	18,60	7,701	
	6 a 9 anos	9	24,67	7,906	
	9 a 12 anos	11	24,55	5,888	
	Acima de 12 anos	19	21,95	6,407	
	Total	53	22,81	6,613	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Menos de 1 ano	5	32,20	8,614	0,907
	1 a 3 anos	4	32,25	4,425	
	3 a 6 anos	5	32,00	5,523	
	6 a 9 anos	9	34,00	9,695	
	9 a 12 anos	11	35,00	6,914	
	Acima de 12 anos	19	35,05	6,493	
Total	53	34,09	6,998		
<b>Histórico de suicídio na família</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Sim	6	22,50	9,050	0,917
	Não	47	22,04	10,140	
Fator 2 – Capacidade profissional	Sim	6	20,00	8,173	0,273
	Não	47	23,17	6,404	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Sim	6	33,17	7,859	0,734
	Não	47	34,21	6,966	
<b>Qual a composição da sua equipe de trabalho no SAMU da sua região?</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Enfermeiro	12	26,00	11,670	0,219
	Médico, enfermeiro, condutor de emergência	16	19,31	8,452	
	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, condutor de emergência	18	21,39	10,042	
	Total	53	22,09	9,943	
Fator 2 – Capacidade profissional	Enfermeiro	12	21,58	6,171	0,766
	Médico, enfermeiro, condutor de emergência	16	23,44	5,440	
	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, condutor de emergência	18	22,33	8,080	
	Total	53	22,81	6,613	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Enfermeiro	12	35,92	7,465	0,592
	Médico, enfermeiro, condutor de emergência	16	35,00	5,060	

	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, condutor de emergência	18	33,56	6,573	
	Total	53	34,09	6,998	
<b>Na sua intervenção junto ao SAMU da sua região, você atende casos de comportamento suicida?</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Sim	50	22,20	10,168	0,755
	Não	3	20,33	5,686	
Fator 2 – Capacidade profissional	Sim	50	22,76	6,558	0,820
	Não	3	23,67	9,074	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Sim	50	34,20	6,905	0,658
	Não	3	32,33	10,017	
<b>As equipes do SAMU da sua região passam por processos de formação continuada para atendimento dos casos de comportamento suicida?</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Sim	11	31,45	10,596	0,001
	Não	40	19,53	8,458	
	Não sei	2	22,00	0,000	
	Total	53	22,09	9,943	
Fator 2 – Capacidade profissional	Sim	11	23,64	5,025	0,513
	Não	40	22,35	7,018	
	Não sei	2	27,50	6,364	
	Total	53	22,81	6,613	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Sim	11	37,09	6,074	0,102
	Não	40	33,65	6,971	
	Não sei	2	26,50	7,778	
	Total	53	34,09	6,998	
<b>Utilizam protocolo de intervenção para os casos de comportamento suicida?</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Sim	16	25,19	12,051	0,307
	Não	33	21,00	9,155	
	Não sei	4	18,75	3,775	
	Total	53	22,09	9,943	
Fator 2 – Capacidade profissional	Sim	16	22,56	5,773	0,202
	Não	33	22,24	7,045	
	Não sei	4	28,50	3,873	
	Total	53	22,81	6,613	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Sim	16	35,63	6,781	0,371
	Não	33	33,82	7,002	
	Não sei	4	30,25	7,932	
	Total	53	34,09	6,998	
<b>Utilizam protocolo de regulação para os casos de comportamento suicida?</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Sim	18	24,33	12,376	0,470
	Não	28	21,29	7,972	
	Não sei	7	19,57	10,549	
	Total	53	22,09	9,943	
Fator 2 – Capacidade profissional	Sim	18	23,67	5,739	0,585
	Não	28	22,82	6,815	
	Não sei	7	20,57	8,284	
	Total	53	22,81	6,613	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Sim	18	35,06	5,906	0,780
	Não	28	33,61	7,852	
	Não sei	7	33,57	6,630	
	Total	53	34,09	6,998	
<b>Utilizam outro material de referência p/ auxiliar nos casos de comportamento suicida?</b>					

Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Sim	4	24,50	12,767	0,847
	Não	36	21,64	9,906	
	Não sei	13	22,62	9,929	
	Total	53	22,09	9,943	
Fator 2 – Capacidade profissional	Sim	4	26,00	4,243	0,271
	Não	36	23,28	5,974	
	Não sei	13	20,54	8,442	
	Total	53	22,81	6,613	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Sim	4	38,00	2,160	0,475
	Não	36	34,03	7,599	
	Não sei	13	33,08	6,034	
	Total	53	34,09	6,998	
<b>Nos casos de comportamento suicida em que o paciente está armado, você e sua equipe</b>					
Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Acionam a Polícia Militar	33	20,52	8,475	0,072
	Acionam o Corpo de Bombeiros Militar	6	30,67	13,633	
	Acionam a Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros Militar	13	22,15	10,761	
	Total	53	22,09	9,943	
Fator 2 – Capacidade profissional	Acionam a Polícia Militar	33	21,33	6,392	0,121
	Acionam o Corpo de Bombeiros Militar	6	26,67	8,091	
	Acionam a Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros Militar	13	24,08	5,575	
	Total	53	22,81	6,613	
Fator 3 – Direito ao suicídio	Acionam a Polícia Militar	33	33,67	6,440	0,619
	Acionam o Corpo de Bombeiros Militar	6	34,83	9,948	
	Acionam a Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros Militar	13	35,85	6,479	
	Total	53	34,09	6,998	

O fator 1 (“sentimentos”) foi significativamente associado à raça/cor, sendo que profissionais pretos apresentaram valor consideravelmente maior que profissionais pardos ( $P = 0,044$ , teste de Bonferroni). Esse fator também mostrou significância no tocante à passagem por processos de formação para atendimento dos casos de comportamento suicida pelas equipes do SAMU.

No fator 2 (“capacidade profissional”), os homens apresentaram valores significativamente maiores que as mulheres, e os profissionais médicos apresentaram valores significativamente maiores que os profissionais enfermeiros.

O fator 3 (“direito ao suicídio”) foi significativamente associado ao estado civil, sendo que os casados apresentaram valor significativamente maior que os solteiros ( $P = 0,027$ , teste de Bonferroni).

Ao término do curso, os profissionais foram novamente convidados a indicar como se dá a abordagem às pessoas com comportamento suicida. Os termos mais prevalentes foram agrupados, e a maior parte dos profissionais associou o atendimento a

acolhimento, escuta ativa, identificação de fatores de risco e proteção, orientações e ultimação (seguimento posterior); ainda, destacaram esses elementos como aspectos facilitadores do atendimento. Os aspectos dificultadores foram associados aos fatores de risco ao suicídio e à abordagem inadequada dos profissionais.

## DISCUSSÃO

A caracterização do estudo apontou a presença majoritária de mulheres no curso de formação, o que provavelmente está associado ao fenômeno de feminização da força de trabalho na área da saúde no Brasil. A feminização pode ser compreendida como a constituição de uma identidade feminina em algum aspecto da vida social. Dias (2013) discute esse fenômeno, no contexto da saúde pública, como um processo social de incorporação e de concentração das mulheres no universo do trabalho, quantitativa e qualitativamente.

Borges e Detoni (2017), em estudo desenvolvido com trabalhadoras de um espaço hospitalar, discutem que o processo de feminização está associado à ideia do cuidado como atribuição naturalizada das mulheres, as quais, devido à influência cultural, adotam “mais facilmente atitudes e comportamentos de sociabilidade, gentileza e amabilidade, pela valorização cultural da sensibilidade e do cuidado com a família e o lar” (Borges; Detoni, 2017, p. 154).

No presente estudo, a maioria dos profissionais do SAMU (75,5%) negou treinamento prévio para atendimento das crises suicidas, embora esse tipo de atendimento faça parte da dinâmica de trabalho. Esse dado reforça os achados de outras pesquisas, que apontam a frequência de atendimento dos profissionais de saúde às pessoas com comportamento suicida, profissionais esses que contraditoriamente não passam por treinamentos e possuem baixa ou nenhuma exposição educacional específica sobre o tema (Almeida; Vedana, 2020; Magrini, 2016; Xiaohui *et al.*, 2015).

Destaca-se assim a importância do papel do gestor federal na indução dessa qualificação junto aos estados, conforme está previsto no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Esse regulamento técnico reconhece que a falta de formação dos trabalhadores das urgências compromete a qualidade da assistência prestada; logo, propõe várias iniciativas no sentido de implantar um processo de aperfeiçoamento do atendimento às urgências e emergências no país, com espaços de

saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências (Brasil, 2002).

A atitude dos profissionais de saúde frente às pessoas com comportamento suicida tem sido amplamente discutida na literatura nacional e internacional (Almeida; Vedana, 2020; Botti *et al.*, 2015; Faria *et al.*, 2022; Karman *et al.*, 2015; Magrini, 2016; McCarthy; Gijbels, 2010; Picarelli; Hübner; Rodrigues, 2020; Ramberg; Di Lucca; Hadlaczky, 2016; Srivastava; Tiwari, 2012; Storino *et al.*, 2018; Vedana; Zanetti, 2019; Wheatley; Austin-Payne, 2009), haja vista influenciar a adesão dos sujeitos ao tratamento de saúde (Gutierrez, 2014; Storino *et al.*, 2018).

Atitudes negativas estão comumente associadas à falta conhecimento acerca do suicídio, à fragilidade no processo de formação e ao conflito com os princípios de vida e a ética dos profissionais de saúde (Almeida; Vedana, 2020; Faria *et al.*, 2022; Karman *et al.*, 2015; Ramberg; Di Lucca; Hadlaczky, 2016; Srivastava; Tiwari, 2012; Storino *et al.*, 2018; Vedana; Zanetti, 2019; Xiaohui *et al.*, 2015), sendo essas atitudes mais frequentes entre os profissionais que atuam nos serviços de emergência (Pompili *et al.*, 2005; Santos *et al.*, 2014; Storino *et al.*, 2018).

O comportamento suicida é permeado por mitos, crenças e estigmas sociais (Botega *et al.*, 2005; Costa *et al.*, 2021; Faria *et al.*, 2022), como as ideias comuns que julgam as tentativas de suicídio como uma maneira de chamar atenção, que pessoas que se suicidam são fracas e egoístas e, ainda, que se trata de um ato de “coragem” ou outras vezes de “covardia” (Botega; Rapeli; Cais, 2006; Costa *et al.*, 2021). O atendimento às pessoas com comportamento suicida frequentemente gera sentimentos de frustração, desprezo, impotência e raiva nos profissionais (Botega *et al.*, 2005; Faria *et al.*, 2022; Storino *et al.*, 2018).

Como alternativa, a literatura aponta que, a partir de processos de educação permanente em saúde, é possível refletir sobre ações e modificar as atitudes dos profissionais (Almeida; Vedana, 2020; Faria *et al.*, 2022; Storino *et al.*, 2018; Vidal; Gontijo, 2013; Xiaohui *et al.*, 2015), pois esses processos propiciam maior clareza e confiança em relação ao papel do profissional no atendimento (Ramberg; Di Lucca; Hadlaczky, 2016), o que também pode ser evidenciado nos resultados deste estudo.

No fator 1 – “Sentimentos negativos em relação ao paciente” –, todas as questões mudaram significativamente, exceto a questão Q5 (“No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram suicídio”). McCarthy e Gijbels (2010) e Wheatley e Austin-Payne (2009) discutem que a formação em saúde possibilita o



desenvolvimento de atitudes positivas, embora não assegure que os profissionais adotem uma postura mais empática ou menos condenatória. Vedana *et al.* (2018), em pesquisa realizada com estudantes de enfermagem, argumentam que o distanciamento pode ser considerado uma alternativa de autoproteção frente à sobrecarga emocional relacionada ao contato com o comportamento suicida.

No presente estudo, foram realizadas análises de associação entre as atitudes relacionadas ao comportamento suicida e ao interesse por mais informações sobre temas acerca da problemática do suicídio. Evidenciou-se que os sentimentos negativos em relação ao paciente são maiores entre os profissionais que não julgaram a comunicação terapêutica (comunicação adequada) como tema de interesse. Assim, essa formação buscou discutir e superar ideias comuns sobre o suicídio que causam angústia e medo nos profissionais e superar mitos e preconceitos sobre a problemática, bem como alinhar entendimentos e orientar sobre o que se sabe atualmente a partir da literatura científica.

Em todas as questões (Q1, Q7, Q10, Q12) relacionadas à percepção da capacidade profissional (fator 2), os participantes avaliaram estar mais preparados após o curso de formação. O processo de formação trouxe o entendimento de que os profissionais do SAMU se sentem mais capacitados para abordar uma pessoa com comportamento suicida e ajudá-la em relação aos cuidados necessários. Esse achado corrobora outros estudos que indicam melhoria na percepção da capacidade profissional após processos de formação (Almeida; Vedana, 2020; Botti *et al.*, 2015; Faria *et al.*, 2022; Gask *et al.*, 2006; Hawgood *et al.*, 2008).

O fato de os homens se sentirem mais preparados que as mulheres pode estar relacionado aos estereótipos culturais de gênero historicamente endossados pela sociedade. Na pesquisa realizada por Storino *et al.* (2018), que verifica as atitudes de profissionais da Atenção Básica diante do comportamento suicida, o gênero masculino obteve maior escore que o gênero feminino, referindo que homens se sentiam mais capacitados que as mulheres. Um estudo publicado pelo Departamento de Psicologia da Universidade Griffith, na Austrália, comprovou que os homens se consideram mais inteligentes do que realmente são, enquanto as mulheres tendem a subestimar a própria inteligência, embora haja consenso entre pesquisadores de psicologia que não há diferenças entre a média de QI de homens e mulheres (Reilly, 2022).

No que se refere ao fator 3 – “Direito ao suicídio” –, não se verificaram diferenças estatisticamente expressivas, o que está em conformidade com outras pesquisas que alcançaram o mesmo resultado (Botti *et al.*, 2015; Picarelli; Hübner;

Rodrigues, 2020). No estudo em questão, esse fator foi significativamente associado ao estado civil, sendo que os casados apresentaram valor significativamente maior que os solteiros.

Na literatura se encontra uma variedade de associações entre direito ao suicídio e fatores sociodemográficos. No trabalho que descreve a construção do QACS, Botega *et al.* (2005) concluem que a crença de que uma pessoa não possui o direito de cometer suicídio foi mais forte entre profissionais mais velhos, aqueles que não tinham nunca cuidado de pacientes com comportamento suicida, aqueles com histórico familiar e os que eram protestantes e costumavam frequentar mais cultos religiosos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível afirmar que o curso proposto supriu uma lacuna na formação dos participantes, tendo em vista que 94% destes informaram atender casos de comportamento suicida no cotidiano de trabalho, embora 75,5% não tivessem, até o momento, participado de nenhum processo formativo para este cuidado e 62% afirmaram não ter nenhum protocolo para esse fim.

Pode-se inferir que o processo de formação foi satisfatório, pois foi capaz de produzir melhorias em relação à percepção da capacidade profissional dos participantes e diminuir os sentimentos negativos destes em relação às pessoas com comportamento suicida, ao produzir maior conhecimento, mudar atitudes, reduzir estigmas e possibilitar uma abordagem mais adequada ao paciente.

As principais limitações deste estudo estão relacionadas à amostra reduzida, o que delimita os resultados alcançados. Ressalta-se também a perda diferencial de resposta entre os participantes da pesquisa antes e após o curso de formação. Devido à preocupação com as questões éticas referentes ao anonimato dos participantes, associada à inserção e à exclusão de participantes após a inscrição no curso, não foi possível identificar se os respondentes do questionário que antecede o curso são exatamente os mesmos respondentes do questionário posterior ao curso, o que inviabilizou uma análise de pareamento dos dados.

Esta pesquisa contribui de forma significativa para a melhor compreensão das atitudes e dos significados relacionados ao comportamento suicida entre profissionais que atuam no SAMU.

Por fim, evidencia-se a importância da articulação interfederativa, união e estados, para qualificar os profissionais dos SAMUs nos atendimentos das urgências e emergências em saúde mental e garantir atitudes mais favoráveis no cuidado e no atendimento às pessoas com comportamento suicida em todo o território nacional.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Aline Siqueira de; VEDANA, Kelly Graziani Giacchero. Formação e atitudes relacionadas às tentativas de suicídio entre profissionais de Estratégias de Saúde da Família. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 4, p. 92-99, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762020000400012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762020000400012). Acesso em: 18 jun. 2022.
- BETZ, Marian E. *et al.* Knowledge, attitudes, and practices of emergency department providers in the care of suicidal patients. **Depression and Anxiety** v. 30, n. 10, p. 1005-1012, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23426881/>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- BORGES, Tábata Milena Balestro; DETONI, Priscila Pavan. **Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 20, n. 2, p. 143-157, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-37172017000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172017000200004). Acesso em: 14 nov. 2022.
- BOTEGA, Neury José *et al.* Atitudes do pessoal de enfermagem em relação ao suicídio: a criação de uma escala de avaliação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p. 315-318, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/BQT8c4Cm8mbFPwdKTXB9Gsc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- BOTEGA, Neury José; RAPELI, Claudemir Benedito; CAIS, Carlos Filinto da Silva. **Comportamento suicida**. In: BOTEGA, Neury José (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 431-445.
- BOTTI, Nadja Cristiane Lappann *et al.* Nursing students attitudes across the suicidal behavior. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 33, n. 2, p. 334-342, 2015. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/23015>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.
- COSTA, Fernanda Benquerer *et al.* **Manual de orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2021.

- DIAS, Marly de Jesus Sá. A feminização do trabalho no contexto da saúde pública: reflexos da reestruturação produtiva no serviço social e na medicina. *In*: YANNOULAS, Silvia Cristina (Coord.). **Trabalhadoras**: análise da feminização das profissões e ocupações. Brasília: Editorial Abaré, 2013. p. 181-205.
- FARIA, Jesiele Spindler *et al.* Atitude dos profissionais de saúde frente a comportamento suicida: estudo de intervenção. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9239338/>. Acesso em: 17 nov. 2022.
- GASK, Linda *et al.* Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. **Journal of Advanced Nursing**, v. 54, n. 6, p. 739-750, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16796665/>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 262-269, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psp/a/x384KbRdwpzd4hLHTq4kw9d/#>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- HARMER, Bonnie *et al.* **Suicidal ideation**. Treasure Islands: StatPearls Publishing, 2021.
- HAWGOOD, Jacinta L. *et al.* Is suicide prevention properly taught in medical schools? **Medical Teacher**, v. 30, n. 3, p. 287-295, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18484456/>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- KARMAN, P. *et al.* Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. **Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing**, v. 22, n. 1, p. 65-75, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25490929/>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- MAGRINI, Daniel Fernando. **Atitudes dos profissionais de enfermagem que atuam em emergências diante do comportamento suicida e fatores associados**. 2016. 82 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.
- MCCARTHY, Linda; GIJBELS, Harry. An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. **International Emergency Nursing**, v. 18, n. 1, p. 29-35, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20129439/>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- NEBHINANI, Naresh; KUPPILI, Pooja Patnaik; MAMTA, Karandeep Paul. Effectiveness of brief educational training on medical students' attitude toward suicide prevention. **Journal of Neurosciences in Rural Practice**, v. 11, n. 4, p. 609-615, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33144799/>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- OLIVEIRA, Gustavo Carvalho de *et al.* Urgências e emergências em saúde mental: a experiência do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 29, supl. 1, p. 75-78, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-39909>. Acesso em: 31 jul. 2023.

PEREIRA, Mara Dantas *et al.* A pandemia de covid-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, e652974548, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/493>. Acesso em: 31 jul. 2023.

PETRIK, Megan L. *et al.* Barriers and facilitators of suicide risk assessment in emergency departments: a qualitative study of provider perspectives. **General Hospital Psychiatry**, v. 37, n. 6, p. 581-586, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26208868/>. Acesso em: 31 jul. 2023.

PICARELLI, Cristiane; HÜBNER, Carlos; RODRIGUES, Cibele. Prevenção de suicídio: modificando percepção e conhecimento de estudantes de medicina. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 21, n. 2, p. 446-455, 2020. Disponível em: [https://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862020000200019&lng=pt&nrm=iso](https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862020000200019&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 nov. 2022.

POMPILI, Maurizio *et al.* Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. **European Journal of Emergency Medicine**, v. 12, n. 4, p. 169-178, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16034262/>. Acesso em: 31 jul. 2023.

RAMBERG, Inga-Lill; DI LUCCA, Maria Anna; HADLACZKY, Gergö. The impact of knowledge of suicide prevention and work experience among clinical staff on attitudes towards working with suicidal patients and suicide prevention. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 2, p. 195, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772215/>. Acesso em: 31 jul. 2023.

REILLY, David. Men think they're brighter than they are and women underestimate their IQ. Why? **The Conversation**, 14 mar. 2022. Disponível em: <https://theconversation.com/men-think-theyre-brighter-than-they-are-and-women-underestimate-their-iq-why-178645>. Acesso em: 30 maio 2023.

ROSA, Natalina Maria da *et al.* Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 3, p. 231-238, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/zMHftcjb5WbM54KHjQ85H3N/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

SANTOS, José Carlos *et al.* Impacto da formação “+Contigo” nos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde acerca do suicídio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 679-684, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/86680>. Acesso em: 31 jul. 2023.

SRIVASTAVA, Mona; TIWARI, Ranjana. **A comparative study of attitude of mental health versus nonmental professional toward suicide**. *Indian Journal of Psychological Medicine*, v. 34, n. 1, p. 66-69, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3361847/>. Acesso em: 1 ago. 2023.

STORINO, Bárbara Diniz *et al.* Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 369-377, 2018.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/PBG5mTwwVWyp88wrMgHrrkh/abstract/?lang=pt#>.

Acesso em: 31 jul. 2023.

TAUSCH, Amy *et al.* Strengthening mental health responses to Covid-19 in the Americas: a health policy analysis and recommendations. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 5, e100118, 2022. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00114-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00114-9/fulltext).

Acesso em: 1 ago. 2023.

VEDANA, Kelly G. G. *et al.* The meaning of suicidal behaviour from the perspective of senior nursing undergraduate students. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 27, n. 3, p. 1149-1161, 2018. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29282843/>. Acesso em: 31 jul. 2023.

VEDANA, Kelly Graziani Giacchero; ZANETTI, Ana Carolina Guidorizzi. Atitudes de estudantes de enfermagem relacionadas ao comportamento suicida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, e3116, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/SzRQmb7RhP4GTScwDFSSkTv/?lang=pt>. Acesso em:

18 mar. 2022.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZgWqyVy6hjVYchTXBWc4z9R/abstract/?lang=pt#>.

Acesso em: 1 ago. 2023.

WHEATLEY, Malcolm; AUSTIN-PAYNE, Hannah. Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 37, n. 3, p. 293-309, 2009. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19393121/>. Acesso em: 1 ago. 2023.

XIAOHUI, Zhao *et al.* Barreira dos departamentos de emergência em fornecer serviços de saúde mental para pacientes com tentativas de suicídio. **Journal of Chinese Medicine**, v. 95, n. 23, p. 1833-1836, 2015. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26712401/>. Acesso em: 1 ago. 2023.

## **5.4 Produto técnico – Circuito dos Cuidados Psicossociais no atendimento pré-hospitalar móvel (Guia de bolso para profissionais do SAMU 192)**

Renata de Almeida Cavalcante  
Samita Batista Vieira Vaz

### **PREFÁCIO**

A pandemia de covid-19 está causando um impacto devastador sobre a saúde mental das populações nas Américas. Vários estudos apontam para o agravamento dos problemas relacionados à saúde mental e para o aumento global das taxas de depressão, ansiedade, ideação suicida e outros agravos, sobretudo entre mulheres, jovens, pessoas com problemas de saúde mental preexistentes, profissionais de saúde e pessoas em situação de vulnerabilidade social. Os mesmos estudos destacam a necessidade dos países de fortalecer urgentemente suas respostas às demandas de saúde mental da população, ampliando e consolidando serviços de apoio psicossocial para todos, bem como reconstruindo melhores sistemas e serviços de saúde mental para o futuro (Tausch *et al.*, 2022).

Este guia versa sobre o Circuito dos Cuidados Psicossociais, uma abordagem sistematizada para auxiliar profissionais de saúde no manejo das crises psíquicas no âmbito das emergências em saúde mental. Este material fornece orientações básicas para que os profissionais possam prestar atendimentos com maior qualidade, assertividade e segurança, atuando como agentes de promoção de saúde e respeitando a autonomia e o protagonismo das pessoas assistidas.

O circuito tem como mnemônico “AEIOU”, e cada letra corresponde a um elemento avaliado como necessário a qualquer intervenção em crise psíquica. No entanto, ele não deve ser empregado de maneira rígida, haja vista que cada abordagem é singular e deve levar em consideração o indivíduo e o seu contexto sociofamiliar.

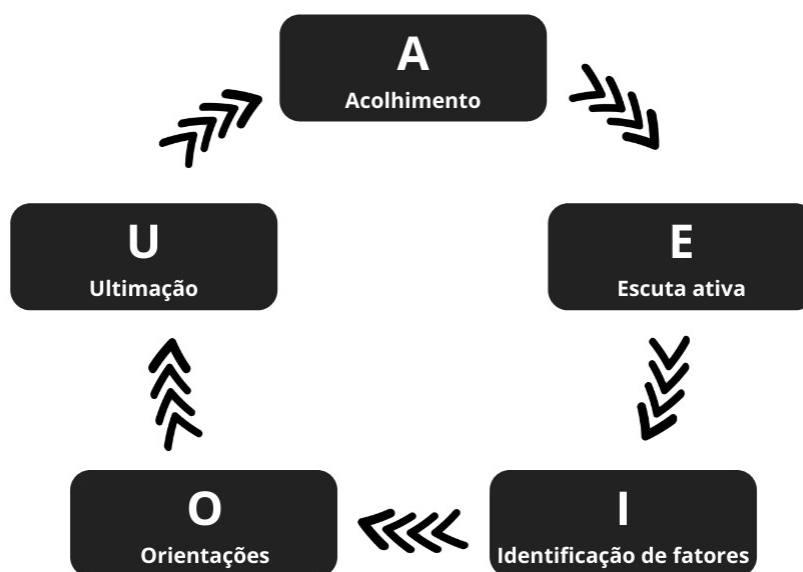
Essa sistematização também pode auxiliar outras pessoas a intervir em uma crise psíquica ou uma emergência em saúde mental, de modo a saber acolher e criar vínculo, identificar fatores de risco e de proteção, orientar as pessoas e encaminhá-las de maneira mais segura para todos os envolvidos no processo.

O AEIOU foi criado e introduzido nos treinamentos de emergências em saúde mental promovidos pelo SAMU 192 do Distrito Federal, inclusive no Curso de

Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental, fornecido para profissionais dos SAMUs dos 26 estados do Brasil, em parceria com o Ministério da Saúde. Essa abordagem prioriza a humanização, maior qualidade e prontidão no atendimento, pois a literatura afirma que esses são elementos fundamentais para determinar a aceitação e a adesão do indivíduo a um tratamento posterior.

A avaliação preliminar da efetividade desse processo de educação permanente evidencia que a sistematização tem facilitado e acelerado a consolidação das habilidades necessárias ao atendimento das crises psíquicas, tanto na visão dos instrutores quanto nos relatos dos profissionais.

Este documento foi organizado como um material de fácil acesso para orientar os profissionais do SAMU. Ele é apenas um modelo e deverá ser adaptado a cada realidade, levando-se em consideração o contexto local, a idade, as tradições e a cultura das pessoas atendidas.





## **A – ACOLHIMENTO**

### **O que é?**

O acolhimento está associado ao primeiro contato do usuário com a equipe de saúde. Muitas vezes é denominado de “triagem”, mas também se refere à postura do profissional, à maneira como ele se comunica com os sujeitos e às técnicas verbais e não verbais utilizadas para oferecer ajuda, com o intuito de se aproximar e construir vínculo.

A Política Nacional de Humanização compreende o acolhimento como uma diretriz ético-política, colocando o sujeito como um agente ativo no seu processo de produção de saúde e considerando a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilização dos envolvidos nesse processo. Ainda, coloca o acolhimento como uma ferramenta de intervenção que tem o objetivo de construir vínculo e estabelecer uma relação de compromisso e confiança entre profissional, indivíduo e a rede sociofamiliar.

### **Objetivos:**

- Oferecer apoio/ajuda e cuidados práticos não invasivos;
- Estabelecer uma relação de confiança e construir vínculo.

### **Como fazer?**

- Aproxime-se do sujeito de maneira tranquila, desde que haja consentimento (posicione-se de frente, olhe nos olhos, mantenha o tom de voz habitual);
- Apresente-se de maneira objetiva e clara (diga seu nome, seu trabalho, sua função e o porquê de estar ali);
- Trate o sujeito pelo nome (não use diminutivos ou nomes jocosos);
- Direcione o sujeito para um local com privacidade, que favoreça o diálogo e a comunicação;
- Adote uma postura calma, segura, empática e acolhedora, com gestos confiantes e não ameaçadores;
- Toque o sujeito, se ele permitir (por exemplo: aferir os sinais vitais é uma maneira de tocá-lo e deixá-lo mais acessível e confiante em relação às intervenções da equipe);

- Oriente o sujeito sobre seu estado atual e, se possível, sobre os procedimentos a serem efetuados.

**Obs.:** Por ser uma postura do profissional, o acolhimento não faz parte apenas do processo de chegada, mas atravessa todo o atendimento. Em alguns atendimentos, o sujeito pode não se vincular com o primeiro profissional que estabelecer contato; logo, toda a equipe precisa estar habilitada para fazer o manejo da crise.

## **E – ESCUTA ATIVA**

### **O que é?**

A escuta ativa é uma tecnologia leve de intervenção que permite a compreensão do sofrimento psíquico a partir do discurso do sujeito. É fundamental que essa intervenção valorize as experiências e as histórias de vida de cada um e seja isenta de julgamentos moralizantes.

O exercício de ouvir auxilia o estabelecimento de uma relação de confiança e possibilita a estabilização emocional, uma vez que fornece segurança, suporte e liberdade para que o sujeito possa expressar a dor que sente sem medo, deslocando a dor interna para fora.

### **Objetivos:**

- Compreender as necessidades e as preocupações do sujeito;
- Adquirir informações necessárias para o manejo da crise;
- Estabilizar emocionalmente o sujeito.

### **Como fazer?**

- Deixe o sujeito falar (deixe-o o mais confortável possível para se expressar e não o pressione);
- Faça perguntas abertas a fim de favorecer a fala. Em caso de resistência para falar, faça perguntas fechadas (aquelas cujas respostas são “sim” ou “não”);
- Respeite as pausas silenciosas (inclusive se o sujeito não quiser voltar a falar);
- Valide os sentimentos (faça falas ou gestos que demonstrem compreensão do que está sendo dito);
- Evite completar as frases para o sujeito (estimule-o a concluir suas próprias falas);
- Repita, resuma e relacione ideias para o sujeito (em momento oportuno, repita as ideias de maneira resumida para verificar a sua compreensão).

**Obs.:** É importante que haja clareza de que as possíveis resoluções surgem no processo de escuta ativa e são pronunciadas pelo próprio sujeito em crise.

## I – IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

### O que é?

Os fatores de risco e os fatores de proteção são aspectos biológicos, sociais, psicológicos, contextuais e familiares que, “somados”, podem auxiliar o sujeito na resolução da crise ou não, tornando o manejo mais complicado ou menos complicado.

Há vários aspectos que podem influenciar ou determinar o desenvolvimento de uma crise; por exemplo: estado de saúde física; histórico pessoal e familiar de transtornos mentais; idade, cultura e tradições pessoais; vivência anterior a situações de crise; suporte que recebe de outras pessoas, dentre outros.

Os fatores de risco estão relacionados aos aspectos ou acontecimentos que desencadearam ou intensificaram o problema e/ou a crise e ao que está implicado nesse processo (o que aconteceu? Como? Onde? Quando?). Os fatores de proteção, por sua vez, referem-se aos aspectos que fortalecem e dão suporte e sensação de segurança ao sujeito no enfrentamento de diferentes adversidades da vida.

### Objetivos:

- Identificar os conflitos que precisam de manejo imediato e aqueles que podem ser deixados para uma intervenção posterior;
- Relacionar os elementos disponíveis para auxiliar a pessoa em situação de crise de maneira responsável e positiva.

### Como fazer?

- Compreenda os acontecimentos que desencadearam a crise (o que aconteceu?);
- Indague sobre a situação presente (quem está envolvido? Como? Onde? Quando?);
- Perceba as dificuldades das pessoas e da família;
- Questione sobre a rede de proteção do sujeito: família, amigos, trabalho, serviços públicos e sociais, instituições comunitárias e religiosas, entre outras.

**Obs.:** A interação entre os fatores de risco e os fatores de proteção é mais relevante para a avaliação do risco do que considerar cada fator isoladamente. A

avaliação deve ser feita de maneira singular, considerando o contexto de cada sujeito, pois em cada caso esses fatores podem ter significados diferentes; por exemplo: a família, de maneira geral, é destacada como um fator de proteção, mas em alguns contextos pode mostrar-se como um agente de violação de direitos, portanto um fator de risco.

## **O – ORIENTAÇÕES**

### **O que são?**

As orientações são as condutas diante das possibilidades de manejo da crise, da transição de cuidados e dos encaminhamentos necessários ao caso. É o momento de auxiliar as pessoas na busca por informações precisas e corretas e serviços e suportes sociais disponíveis ou necessários.

Na etapa da orientação, é necessário unir a pessoa em crise à sua rede de suporte social mais próxima (família, amigos, igreja etc.), bem como à rede de serviços setoriais (saúde, assistência social, educação, trabalho e renda, órgãos de proteção etc.) presentes na comunidade, a fim de assegurar proteção e acesso aos direitos.

### **Objetivos:**

- Auxiliar as pessoas na busca por informações corretas e serviços e suportes sociais disponíveis;
- Construir possíveis direcionamentos para a superação da vivência de crise (em conjunto com o sujeito e sua rede de apoio);
- Encaminhar com qualidade e atenção.

### **Como fazer?**

- Conheça minimamente a rede de serviços de saúde e as demais políticas setoriais (assistência social, educação, trabalho e renda, entre outras);
- Pergunte como o sujeito deseja resolver o problema (evite dar conselhos e emitir opinião pessoal);
- Acione a rede de apoio do sujeito;
- Organize as ideias levantadas e ajude a estabelecer as prioridades nas resoluções; destaque os fatores de proteção do sujeito;
- Forneça informações a respeito do estado atual do sujeito (informe fatores de risco) e dos procedimentos a serem adotados;
- Tome decisões sempre em conjunto com o sujeito e sua rede de apoio;

- Faça os encaminhamentos (informe a natureza dos serviços e quais devem ser as expectativas do sujeito e sua rede de apoio ao buscá-los. Se for preciso, faça-o por escrito);
- Se julgar necessário, peça ao sujeito ou à sua rede de apoio que repita as orientações dadas a fim de evitar qualquer equívoco na comunicação.

**Obs.:** A proposta não é “resolver” o problema apresentado ou tirar a dor, mas oferecer possibilidades de (re)organização e recursos necessários para o enfrentamento da crise. Logo, é fundamental ter clareza de que ouvir, entender e encaminhar o sujeito para a assistência adequada é um processo de ajuda e, nesse contexto, devem ser fortalecidos a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilização do sujeito e sua rede de apoio.

## U – ULTIMAÇÃO (DESFECHO IMEDIATO)

### O que é?

A últimação é o momento de resumir os fatos e as resoluções encontradas, relembrar os acordos feitos e, se possível, solicitar que o sujeito ou sua rede de suporte repita as orientações. É fundamental que se transmita uma perspectiva positiva e realista do contexto. Ainda, é indicada a realização de um “seguimento breve” para verificar a inserção do sujeito na rede de serviços referenciados, bem como seu processo de desenvolvimento.

### Objetivo:

- Finalizar o atendimento de maneira assertiva e resolutiva, de modo a dar respostas satisfatórias às necessidades das pessoas.

### Como fazer?

- Certifique-se de que o sujeito ou a família tem as informações necessárias para dar continuidade à assistência;
- Reforce que dar continuidade à assistência é fundamental para obter melhoras, uma vez que pessoas que recebem acompanhamento adequado tendem a diminuir sua angústia e melhorar o bem-estar;
- Realize acompanhamento breve do sujeito para averiguar se houve mudança no quadro e, ainda, se ele teve acesso à assistência necessária.

**Obs.:** Quando e como finalizar o seu apoio dependerá do contexto da crise, do seu papel e da situação, bem como das necessidades das pessoas que você está ajudando (OPAS, 2015).



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARDOSO, Hugo Ferrari; BORSA, Juliane Callegaro; SEGABINAZI, Joice Dickel. Indicadores de saúde mental em jovens: fatores de risco e de proteção. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 3-25, 2018.

CAVALCANTE, Renata de Almeida *et al.* **Circuito dos Cuidados Psicossociais: sistematização de intervenção na crise psíquica no atendimento pré-hospitalar móvel**. (Artigo em processo de submissão a revista científica), 2022. No prelo.

MARCOLAN, João Fernando. **Técnica Terapêutica da Contenção Física**. São Paulo: Editora Roca, 2013.

MAYNART, Willams Henrique da Costa *et al.* A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 300-304, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; WAR TRAUMA FOUNDATION; VISÃO GLOBAL INTERNACIONAL. **Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo**. Genebra: OMS, 2015.

PELISOLI, Cátula *et al.* Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 31, n. 2, p. 225-235, 2014.

RODRÍGUEZ, Ricardo Moreno *et al.* **Intervención Psicológica en Situaciones de crisis y emergencias**. Madrid: Dykinson, 2003.

SÁ, Samantha Dubugras; WERLANG, Blanca Susana Guevara; PARANHOS, Mariana Esteves. Intervenção em crise. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 4, n. 1, 2008.

TAUSCH, Amy *et al.* Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: a health policy analysis and recommendations. **The Lancet Regional Health-Americas**, v. 5, p. 100118, 2022.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu apreender uma compreensão dos atendimentos prestados às pessoas com comportamento suicida pelas equipes dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência. Os resultados confirmaram estudos antecedentes segundo os quais com frequência, no contexto de emergência, o SAMU é um dos primeiros serviços a atender pessoas em crise suicida, e, apesar disso, há uma fragilidade significativa no processo de formação dos profissionais emergencistas, que em sua maioria não passam por treinamento prévio para atendimentos dessa natureza e possuem baixa ou nenhuma exposição educacional específica sobre o tema, apesar de terem esse tipo de intervenção na dinâmica de trabalho.

Ao se investigarem e analisarem as abordagens dos profissionais no atendimento dos casos de comportamento suicida, verificou-se que um desafio posto para os profissionais do SAMU é fazer convergir os referenciais de urgência e emergência em saúde e os referenciais de saúde mental. Enquanto os primeiros são fundamentados por aspectos de objetividade, gestão do tempo e uso de equipamentos, a saúde mental está assentada sobre o prisma da subjetividade e da construção de vínculo e respeito à temporalidade das crises.

A análise dos aspectos dificultadores nos atendimentos dos casos de comportamento suicida levou à constatação de que os profissionais não se sentem habilitados para intervenções de crises psíquicas, havendo um entendimento de que as pessoas em crise suicida representam um perigo para si e para terceiros. Dessa maneira, os profissionais do SAMU comumente acionam a segurança pública para auxiliar e até gerenciar esses atendimentos. Nesse cenário-problema, no qual as pessoas que demandam atendimento de saúde são confundidas com pessoas em conflito com a lei, muitas vezes o que acontece é uma violação de direitos desses sujeitos por parte dos agentes, que deveriam promover saúde.

A realização desta pesquisa demonstrou que o Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental, que foi destacado pelos participantes como um aspecto facilitador para o manejo das crises suicidas, promoveu reflexões no saber/fazer dos profissionais e mudanças de atitudes, propiciando maior clareza e confiança em relação ao papel do profissional no atendimento. Assim, é possível afirmar que esse processo de formação, promovido pelo Ministério da Saúde, tem o potencial de transformar o cotidiano de trabalho dos profissionais dos SAMUs, melhorar as ações de cuidado ao paciente em crise suicida e representar um avanço na construção da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico.

A análise qualitativa deste estudo permitiu reflexões sobre a necessidade do desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde como estratégia para promover mudanças na prática assistencial dos profissionais do SAMU, contestar condutas rígidas e acríicas que atendem a protocolos hierarquizados de atendimento e produzir uma nova ética para o atendimento às crises psíquicas.

Os profissionais do SAMU estão impregnados por preconceitos, mitos e estigmas construídos socialmente ao longo dos anos. A análise quantitativa dos dados propiciou o entendimento de que a formação foi capaz de produzir melhorias em relação à percepção da capacidade profissional dos participantes e diminuir os sentimentos negativos destes em relação às pessoas com comportamento suicida ao produzir maior conhecimento, mudar atitudes, reduzir estigmas e possibilitar uma abordagem mais adequada ao paciente. Este estudo ainda produziu evidências sobre as interfaces de gênero, raça e estado civil.

É importante salientar que há uma escassez de estudos no que se refere aos atendimentos de crises psíquicas e à abordagem de pessoas com comportamento suicida no âmbito do SAMU, necessitando o campo de mais pesquisas que possibilitem uma maior produção de conhecimento científico e troca de experiências.

Finalmente, destaca-se a relevância deste estudo no âmbito de um mestrado de natureza profissional. A partir dele, foi possível sistematizar, analisar e produzir evidências sobre um processo de educação permanente em curso em que o gestor federal do SUS, em parceria com a esfera estadual, favoreceu o enfrentamento de um grave problema de saúde coletiva no Brasil, garantindo um processo de formação interdisciplinar coerente com o entendimento da natureza multideterminada do fenômeno.

## REFERÊNCIAS

- ALCONERO-CAMARERO, Ana Rosa *et al.* Nursing students' satisfaction: a comparison between medium- and high-fidelity simulation training. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 2, p. 804, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7832850/>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- ALMEIDA, Aleksandro Barreto *et al.* Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 708-714, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/df9LwgWjXrxhGLL6vk33T3c/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- ALMEIDA, Aleksandro Barreto *et al.* Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 1035-1043, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/SKD4T8t86SXX4hm5kZPCypv/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- ALMEIDA, Aline Siqueira de; VEDANA, Kelly Graziani Giacchero. Formação e atitudes relacionadas às tentativas de suicídio entre profissionais de Estratégias de Saúde da Família. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 4, p. 92-99, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762020000400012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762020000400012). Acesso em: 18 jun. 2022.
- ANTONAKAKIS, Nikolaos; COLLINS, Alan. The impact of fiscal austerity on suicide mortality: evidence across the 'Eurozone periphery'. **Social Science & Medicine**, v. 145, p. 63-78, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953615301350?via%3Dihub>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- BERG, John E. Which suicides increase during the economic crisis? A commentary and a proposal. **Journal of Public Health and Epidemiology**, v. 8, n. 5, p. 82-86, 2016. Disponível em: <https://academicjournals.org/journal/JPHE/article-full-text-pdf/65994F557960>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- BERTOLETE, José Manoel; FLEISCHMANN, Alexandra. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181-185, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, supl. 2, p. 87-95, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/tF7BMYsc7sT53qQd5hWrPt/>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- BETZ, Marian E. *et al.* Knowledge, attitudes, and practices of emergency department providers in the care of suicidal patients. **Depression and Anxiety** v. 30, n. 10, p. 1005-1012, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23426881/>. Acesso em: 31 jul. 2023.

BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e as urgências psiquiátricas. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 2, p. 227-236, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/p5GCm87JdCD9f3PkJPJw5NM/#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, Neury José *et al.* Atitudes do pessoal de enfermagem em relação ao suicídio: a criação de uma escala de avaliação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p. 315-318, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/BQT8c4Cm8mbFPwdKTXB9Gsc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2023.

BOTEGA, Neury José *et al.* Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2632–2638, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xY3cvFBxmGnnGYWcxjyrw5h/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

BOTEGA, Neury José *et al.* Prevenção do suicídio. **Debates Psiquiatria Hoje**, v. 2, n. 1, p. 10-20, 2010.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann *et al.* Nursing students attitudes across the suicidal behavior. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 33, n. 2, p. 334-342, 2015. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/23015>. Acesso em: 31 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2017a.

BRASIL. **Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017**. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017. Brasília: Diário Oficial da União, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. **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. Brasília: Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico nº. 33**. Volume 52 (Versão 1). Setembro, 2021b.

BREZO, Jelena *et al.* Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. **The British Journal of Psychiatry**, v. 193, n. 2, p. 134-139, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18669998/>. Acesso em: 31 jul. 2023.

BRITO, Andiará Araújo Cunegundes de; BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1293-1312, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/DXZ9RCkkK5qb4CP68rd8XDC/?lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2023.

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; SENA, Roseni Rosângela de; SILVA, Kênia Lara. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20160317, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9vD6Ww7FyM9qHFKqgrRkT3c/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

CARDOSO, Hugo Ferrari; BORSA, Juliane Callegaro; SEGABINAZI, Joice Dickel. Indicadores de saúde mental em jovens: fatores de risco e de proteção. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 3, supl. 1, p. 3-25, 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072018000400002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000400002). Acesso em: 31 jul. 2023.

CAVALCANTE, Renata de Almeida *et al.* Circuito dos cuidados psicossociais: sistematização de intervenção na crise psíquica no atendimento pré-hospitalar móvel. 2022. No prelo.

CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes; GUIZARDI, Francine Lube. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde. Trabalho, **Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 99-122, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/xYKgpBn66KMdGT5B8HtWfKs/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

CEREL, Julie *et al.* How many people are exposed to suicide? Not six. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 2, n. 49, p. 529-534, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/sltb.12450>. Acesso em: 31 jul. 2023.

CHACHAMOVICH, Eduardo *et al.* Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, supl. 1, p. 18-25, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dxgMC7xdVYNzdmsTk6v5R8h/#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

COSTA, Fernanda Benquerer *et al.* **Manual de orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio**. Brasília: Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, 2021.

COVID-19 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 2020 due to the Covid-19 pandemic. **The Lancet**, v. 398, n. 10.312, p. 1700-1712, 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext). Acesso em: 31 jul. 2023.

DAUDT, Arthur Dondonis *et al.* Manejo em emergências do paciente suicida. **Acta Médica**, v. 35, n. 6, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882736>. Acesso em: 31 jul. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências. **Informativo epidemiológico de violência autoprovocada no Distrito Federal**. Boletim Epidemiológico. Ano 2, nº 1, setembro de 2019a.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Coordenação de Atenção Secundária e Integração dos Serviços. Diretoria de Serviços de Saúde Mental. **Plano distrital de prevenção ao suicídio: 2020-2023**. Brasília: Diretoria de Serviços de Saúde Mental, 2019b.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Saúde mental do DF em dados**. Relatório. Brasília: Diretoria de Serviços de Saúde Mental, 2022.

D'OLIVEIRA, Carlos Felipe; BOTEGA, Neury José. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

FÉDIDA, Pierre. Crise e Metáfora. *In: Crise et Contre-transfert*. Tradução Martha Gambini. Presses Universitaires de France (inédito em português), 1992.

LIMA, Sara Fiterman *et al.* Conhecimentos básicos para estruturação do treinamento de habilidades e da elaboração das estações simuladas. *In: PEREIRA JUNIOR, Gerson Alves; GUEDES, Hermila Tavares Vilar (Orgs.). Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas*. São Carlos: Cubo Multimídia, 2021. p. 53-81.

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana T. Onoko; BALLARIN, Maria Luisa G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007. Disponível em:

<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007oatendimentoacrise.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2023.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; MOREIRA, Marcelo Rasga. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 511-529, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xPxyWfgpxy9Dq6kgq6knnRc/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 6 jun. 2022.

FERREIRA, Lorena *et al.* Educação permanente em saúde na Atenção Primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

FERREIRA, Renato. **O suicídio**. 2008. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Sociologia) – Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008.

GARCEZ, Andrea; DUARTE, Rosalia; EISENBERG, Zena. Produção e análise de videograções em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, v. 37, n.2, p. 249-262, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/q5XSP6jGHgkSWZdy4wGLBbg/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

GASK, Linda *et al.* Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. **Journal of Advanced Nursing**, v. 54, n. 6, p. 739-750, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16796665/>. Acesso em: 31 jul. 2023.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONDIM, Maria de Fátima de Novais. **Os sentidos dos vínculos na crise psíquica grave**. 2007. 335f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

GRANT, Cynthia L.; LUSK, Jaimie L. A multidisciplinary approach to therapeutic risk management of the suicidal patient. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 8, p. 291-298, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4484669/>. Acesso em: 31 jul. 2023.

GUNNELL, David *et al.* Suicide risk and prevention during the Covid-19 pandemic. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 6, p. 468-471, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30171-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30171-1/fulltext). Acesso em: 31 jul. 2023.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 262-269, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psup/a/x384KbRdwpzd4hLHTq4kw9d/#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

HARMER, Bonnie *et al.* **Suicidal ideation**. Treasure Islands: StatPearls Publishing, 2021.



HENDIN, Herbert; MALTSBERGER, John T.; SZANTO, Katalin. The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 195, n. 5, p. 363-368, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17502800/>. Acesso em: 31 jul. 2023.

KAËS, René. Crisis, ruptura y superación. In: KAËS, René (Org.). **Análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal**. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1979. p. 7-47.

KIM, Sun Mi *et al.* Psychosocial-environmental risk factors for suicide attempts in adolescents with suicidal ideation: findings from a sample of 73,238 adolescents. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 45, n. 4, p. 477-487, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25443162/>. Acesso em: 31 jul. 2023.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fjKYMRN6cVdt3SrJqrPhwJr/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jul. 2023.

LIMA, Sara Fiterman *et al.* Conhecimentos básicos para estruturação do treinamento de habilidades e da elaboração das estações simuladas. In: PEREIRA JUNIOR, Gerson Alves; GUEDES, Hermila Tavares Vilar (Orgs.). **Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas**. São Carlos: Cubo Multimídia, 2021. p. 53-81.

LOIZOS, Peter. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 137-155.

MACHADO, Daniela Martins *et al.* Serviço de emergência psiquiátrica no Distrito Federal: interdisciplinaridade, pioneirismo e inovação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 4, e20190519, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6SS7jM7QdWNfts6NfBjxJkd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2022.

MAGRINI, Daniel Fernando. **Atitudes dos profissionais de enfermagem que atuam em emergências diante do comportamento suicida e fatores associados**. 2016. 82 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

MEDEIROS, Bruno Gonçalves de; MEDEIROS, Natany de Souza Batista; PINTO, Tiago Rocha. Educação permanente em saúde mental: o suicídio na agenda do cuidado dos agentes comunitários de saúde. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 2, e2801, jun. 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082020000200011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200011). Acesso em: 18 jun. 2022.

MELO, Brena. Princípios instrucionais na simulação: uso das diretrizes de desenho instrucional na simulação. In: PEREIRA JUNIOR, Gerson Alves; GUEDES, Hermila Tavares Vilar (Orgs.). **Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas**. São Carlos: Cubo Multimídia, 2021. p. 83-95.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A autoviolência: objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 421-428, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GvXYMzt8fkgNJYkjPtqxVqF/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-248, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fJDb/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

MOURA, Beatriz Rocha *et al.* Da crise psiquiátrica à crise psicossocial: noções presentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 11, e00087522, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/W5VRcq7mDnBCwm9jV6MvyWr/#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

NEBHINANI, Naresh; KUPPILI, Pooja Patnaik; MAMTA, Karandeep Paul. Effectiveness of brief educational training on medical students' attitude toward suicide prevention. **Journal of Neurosciences in Rural Practice**, v. 11, n. 4, p. 609-615, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33144799/>. Acesso em: 31 jul. 2023.

OLIVEIRA, Gustavo Carvalho de *et al.* Urgências e emergências em saúde mental: a experiência do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 29, supl. 1, p. 75-78, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-39909>. Acesso em: 31 jul. 2023.

OLIVEIRA, Gustavo Carvalho de; SANTOS, Samita Batista Vaz dos (Orgs.). **Atendimento pré-hospitalar em saúde mental: noções das urgências e emergências em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

OLIVEIRA, Lucídio Clebeson de *et al.* Atendimento móvel às urgências e emergências psiquiátricas: percepção de trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, e20180214, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vvQpyJz53Nk5p4LzGpwRGQN/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; WAR TRAUMA FOUNDATION; VISÃO GLOBAL INTERNACIONAL. **Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo**. Genebra: OMS, 2015.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Folha informativa – Suicídio. **OPAS**, 2018.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Pandemia de covid-19 aumenta fatores de risco para suicídio. **OPAS**, 10 set. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio>. Acesso em: 1 out. 2021.

PEREIRA, Mara Dantas *et al.* A pandemia de covid-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and**

**Development**, v. 9, n. 7, e652974548, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/493>. Acesso em: 31 jul. 2023.

PETRIK, Megan L. *et al.* Barriers and facilitators of suicide risk assessment in emergency departments: a qualitative study of provider perspectives. **General Hospital Psychiatry**, v. 37, n. 6, p. 581-586, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26208868/>. Acesso em: 31 jul. 2023.

QUEIROZ, Danielle Teixeira *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-475662>. Acesso em: 31 jul. 2023.

ROSA, Natalina Maria da *et al.* Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 3, p. 231-238, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/zMHftcJB5WbM54KHjQ85H3N/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

SANTOS, Luciana Almeida; KIND, Luciana. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e190116, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/FhqsySCcnjw7ShVwjqs9ksN/#>. Acesso em: 1 ago. 2023.

SCHNEIDERS, Luís Antônio. **O método da sala de aula invertida (*flipped classroom*)**. Lajeado: Editora da Univates, 2018. (Metodologias Ativas de Aprendizagem; 99)

SILVA, Gizelda Monteiro da; SEIFFERT, Otília Maria L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 362-366, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JzZfqNYkdhL5RLt6bvr3sBm/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a análise temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672019000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005). Acesso em: 31 jul. 2023.

STORINO, Bárbara Diniz *et al.* Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 369-377, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/PBG5mTwwVWyp88wrMgHrrkh/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

VALENTE, José Armando. *Blended learning* e as mudanças no ensino superior: a proposta da sala de aula invertida. **Educar em Revista**, n. 4, p. 79-97, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/GLd4P7sVN8McLBcbdQVyZyG/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jul. 2023.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental and Behavioural Disorders Team. **Preventing suicide: a resource for general physicians**. Geneva: World Health Organization, 2000.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multisite intervention study on Suicidal behaviours SUPRE-MISS**: protocol of SUPRE-MISS. Geneva: World Health Organization, 2002.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health and Substance Use Team. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide. **World Health Organization**, 17 jun. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 23 jun. 2022.

YAMANE, Marcelo Tsuyoshi *et al.* Simulação realística como ferramenta de ensino na saúde: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 1, p. 87-107, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1008011>. Acesso em: 31 jul. 2023.



## 1.4 Religião:

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Católica                 | <input type="checkbox"/> Judaica      |
| <input type="checkbox"/> Evangélica / Protestante | <input type="checkbox"/> Sem religião |
| <input type="checkbox"/> Espirita                 | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Candomblé / Umbanda      |                                       |

## 1.5 Frequência aos serviços da igreja:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todo dia          | <input type="checkbox"/> Uma a três vezes no ano |
| <input type="checkbox"/> Uma vez na semana | <input type="checkbox"/> Não frequento a igreja  |
| <input type="checkbox"/> Uma vez no mês    |  |

## 1.6 Estado Civil:

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Casado (a)   | <input type="checkbox"/> Divorciado (a) |
| <input type="checkbox"/> Solteiro (a) | <input type="checkbox"/> Outro: _____   |

## 1.7 Escolaridade:

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Técnico / Profissionalizante | <input type="checkbox"/> Mestrado  |
| <input type="checkbox"/> Superior Completo            | <input type="checkbox"/> Doutorado |
| <input type="checkbox"/> Especialização / Residência  |                                    |

## 1.8 Profissão:

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Médico     | <input type="checkbox"/> Técnico / Auxiliar de Enfermagem |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro | <input type="checkbox"/> Outra: _____                     |

## 1.9 Tempo de serviço no SAMU:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 ano           | <input type="checkbox"/> Acima de 6 anos a 9 anos  |
| <input type="checkbox"/> 1 ano a 3 anos           | <input type="checkbox"/> Acima de 9 anos a 12 anos |
| <input type="checkbox"/> Acima de 3 anos a 6 anos | <input type="checkbox"/> Acima de 12 anos          |

## 1.10 Histórico de suicídio na família:

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

## 2. PROCESSOS DE TRABALHO E CARACTERÍSTICAS DA INSTITUIÇÃO

2.1 Qual a composição da sua equipe de trabalho no SAMU da sua região? (Aqui você deve se incluir na composição de equipe)

- Médico  Conductor de emergência  
 Enfermeiro  Outros: \_\_\_\_\_  
 Técnico de enfermagem

2.2 Na sua intervenção junto ao SAMU da sua região, você atende casos de comportamento suicida?

- Sim  Não

2.2.1 Se não, como e por quem são manejados os casos de comportamento suicida?

2.3 As equipes do SAMU da sua região passam por processos de formação continuada para atendimento dos casos de comportamento suicida?

- Sim  Não  Não sei

2.3.1 Se sim, qual a periodicidade?

- Semestral  Anual Outra: \_\_\_\_\_

2.4 Sobre quais temas relacionados a problemática do suicídio, você gostaria de ter mais informação? (Nesta questão você pode selecionar/marcar mais de uma alternativa)

- Classificação do suicídio  Mitos e verdades sobre o suicídio  
 Epidemiologia do suicídio  Fatores de risco e fatores de proteção  
 Segurança da cena  Contenção física  
 Gerenciamento de crises / Tipos de intervenção  Pósvenção  
 Comunicação adequada / Comunicação terapêutica  Outros: \_\_\_\_\_

2.5 Utilizam protocolo de intervenção para os casos de comportamento suicida?

- Sim  Não se aplica, pois não atendemos casos de comportamento suicida  
 Não  
 Não sei

2.5.1 Se sim, esse protocolo é?

- Nacional  Regional  Local

2.6 Utilizam protocolo de regulação para os casos de comportamento suicida?

- Sim  Não se aplica, pois não atendemos casos de comportamento suicida  
 Não  
 Não sei

2.6.1 Se sim, esse protocolo é?

- Nacional  Regional  Local

2.7 Utilizam outro material de referência p/ auxiliar nos casos de comportamento suicida?

- Sim  Não sei  Não se aplica, pois não atendemos casos de comportamento suicida  
 Não

2.7.1 Se sim, qual(is) referência(s)? \_\_\_\_\_

2.8 Nos casos de comportamento suicida, que o paciente está armado, você e sua equipe:

- Negociam com o paciente, sem pedir reforço ou apoio especializado  Acionam a Polícia Militar  
 Acionam o Corpo de Bombeiros Militar  Não atendem o paciente  
 Não se aplica, pois não atendemos casos de comportamento suicida



( ) Outro: \_\_\_\_\_

### **3. CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS FRENTE AO COMPORTAMENTO SUICIDA**

3.1 Descreva como se dá o atendimento prestado aos pacientes com comportamento suicida. (Aqui você deve citar acerca da abordagem e condutas, os elementos ou componentes utilizados para o atendimento dos casos. Se quiser exemplificar, pode descrever um caso).

3.2 No que se refere ao atendimento aos pacientes com comportamento suicida, quais são os **aspectos facilitadores**?

3.3 No que se refere ao atendimento aos pacientes com comportamento suicida, quais são os **aspectos dificultadores**?

## APÊNDICE B

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **“Atenção às pessoas com comportamento suicida nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência: avaliação de uma intervenção de educação permanente”**, de responsabilidade da pesquisadora Renata de Almeida Cavalcante, sob a orientação da Profª. Drª. Dais Gonçalves Rocha. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa, sendo que, havendo concordância, uma cópia será encaminhada para seu e-mail e deverá ser guardada e/ou arquivada.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Renata de Almeida Cavalcante, no telefone (61) 98185 7262 (disponível inclusive para ligação a cobrar), por endereço eletrônico [renatacavalcante100@gmail.com](mailto:renatacavalcante100@gmail.com) ou no endereço SIA Trecho 3, Lote 2090/2100 - Brasília, DF, 71200-030, de segunda-feira à sexta-feira, das 8h às 17h. Ainda, poderá contactar a Profª. Dais Gonçalves Rocha, no telefone (61) 3107.1952, por endereço eletrônico [daisrocha@yahoo.com.br](mailto:daisrocha@yahoo.com.br) ou na Faculdade de Ciências da Saúde – Asa Norte, Brasília - DF-70910-900, de segunda-feira à sexta-feira, das 8h às 17h.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem que haja nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Entretanto, caso tenha algum tipo de gasto com a sua participação na pesquisa terá direito ao ressarcimento, desde que comprovada a relação.

O treinamento para profissionais de saúde tem sido amplamente defendido como um caminho fundamental à prevenção do suicídio em diversos países. Os programas de conscientização para o público em geral e para os profissionais de saúde estão entre as



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

maiores áreas de prevenção do suicídio e o acolhimento à pessoa com tentativa de suicídio é compreendido como essencial, pois se desempenhado com segurança, prontidão e qualidade é possível determinar a aceitação e a adesão do paciente ao tratamento.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) decide promover o Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental para profissionais do SAMU. Como o relato de avaliações desses processos formativos são escassos na literatura, esse estudo visa avaliar comparativamente as abordagens realizadas pelas equipes dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência nos casos de comportamento suicida antecedente e subsequente ao referido processo de educação permanente.

O(A) senhor(a) será convidado a responder o Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida (QACS), adaptado também para coleta de dados sociodemográficos dos profissionais e de processos institucionais de trabalho, e a participar da videogravação dos cenários de simulação realística para manejo do comportamento suicida.

O QACS é um instrumento brasileiro, de abordagem individual e auto aplicação, para mensurar as atitudes de profissionais de enfermagem diante do comportamento suicida. Compreende uma escala de 21 itens visuais analógicos (crenças, sentimentos e reações em relação a pacientes suicidas), que variam de 0 a 10, desde “discordo totalmente” em uma extremidade a “concordo totalmente” na outra (BOTEGA et al., 2005).

As questões para coleta de dados sociodemográficos dos profissionais e dos processos institucionais de trabalho no que diz respeito ao atendimento dos casos de comportamento suicida, com respostas abertas e fechadas, referem-se a: gênero, idade, raça/cor, religião, estado civil, escolaridade, profissão, tempo de serviço no SAMU, composição de equipe, formação para atendimento dos casos de comportamento suicida, temas de interesse relacionados a problemática do suicídio, utilização de protocolos de intervenção e regulação para os casos de comportamento suicida, descrição de um atendimento e aspectos facilitadores e dificultadores para o manejo dos casos de comportamento suicida.

A aplicação do questionário se dará em dois momentos:



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

- um anterior ao início das atividades do curso de formação – 15 dias antes do início das aulas do módulo EAD. Para o preenchimento deste questionário, o participante levará em média 20 minutos.
- um após a conclusão das atividades do curso de formação – 15 dias após o término das atividades do módulo presencial. Nesse momento, as questões referentes às informações sociodemográficas e dos processos institucionais de trabalho não serão aplicadas novamente, portanto, serão retiradas do segundo questionário. Para o preenchimento deste questionário, o participante levará em média 15 minutos.

Os questionários deverão ser enviados por e-mail, com link direcionado para o Google Forms, que é um aplicativo de gerenciamento de pesquisas lançado pelo Google. Optamos pela aplicação de questionários virtuais, disponibilizados através de e-mail, pois os participantes estão dispersos em todos os estados brasileiros.

Sua participação se dará também no cenário de simulação realística para manejo do comportamento suicida, onde serão realizadas capturas de imagem e som que subsidiarão as análises por parte da pesquisadora no que se refere às abordagens e condutas, aspectos facilitadores e dificultadores no manejo dos casos de comportamento suicida pelas equipes dos SAMU's. As salas de simulação realística do Núcleo de Educação em Urgências do SAMU/DF, espaço onde o cenário de simulação acontecerá, dispõem de recursos técnicos para captura de imagem e som, já posicionados estrategicamente para que os participantes dos cursos acompanhem as simulações em tempo real. Acontecerão 3 estações simultâneas de simulação realísticas, com temas diferentes. Todos os participantes que não autorizarem o uso da imagem serão direcionados para a mesma estação de simulação realística, de modo que nesse cenário não haja qualquer gravação.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa estão na possibilidade de cansaço ou aborrecimento ao responder os questionários; desconforto e vergonha na interação com outros participantes, colegas de trabalho, em expor suas ideias e considerações; constrangimento com os resultados da pesquisa e, ainda, receio relacionado à divulgação de imagens que possam resultar na sua identificação como participante.



**Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Adotaremos providências para minimizar os riscos ao garantir que os participantes estejam habilitados ao método de coleta de dados, tenham liberdade para não responder questões que julguem constrangedoras, estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto e assegurar a confidencialidade e a privacidade dos participantes, a partir do armazenamento adequado dos dados coletados. As imagens das videografações que ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora deste estudo serão manuseadas apenas pela referida e sua orientadora. Concluída a coleta de dados, será feito download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

Se alguma possibilidade de dano ao participante for percebida em decorrência dos procedimentos utilizados, será garantida assistência integral, imediata e gratuita, bem como serão discutidas as providências cabíveis. Esclarecemos também que caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) poderá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

É importante destacar, no que se refere a videografação dos cenários de simulação realística e diálogos coletivos, que esses procedimentos estão previstos no treinamento, pois são etapas da metodologia do curso, e que para dar andamento ao estudo não haverá qualquer interferência da pesquisadora, que assumirá apenas postura observante dentro deste processo.

O principal benefício dessa pesquisa está na possibilidade de qualificar os processos de trabalho e de educação permanente dos profissionais do SAMU no manejo dos casos de comportamento suicida e, conseqüentemente, melhorar a assistência à população que acessa o serviço de emergência.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso haja concordância na sua participação na pesquisa, imediatamente após a marcação do campo “Li e concordo em participar da pesquisa”, uma cópia deste documento será encaminhada para o e-mail referenciado e o(a) senhor(a) terá acesso aos questionários da pesquisa.

Ao clicar no botão abaixo, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

- Li e concordo em participar da pesquisa.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

**APÊNDICE C**  
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGENS E SOM DE**  
**VOZ PARA FINS DE PESQUISA**



Universidade de Brasília  
 Faculdade de Ciências da Saúde  
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE**  
**VOZ PARA FINS DE PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_  
 autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante de pesquisa do projeto de pesquisa intitulado **“Atenção às pessoas com comportamento suicida nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência: avaliação de uma intervenção de educação permanente”**, sob responsabilidade de Renata de Almeida Cavalcante vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Meu som de voz pode ser utilizado apenas para transcrição que subsidiará a análise por parte da pesquisadora, sendo a minha identidade preservada.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem e/ou som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e ao som de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o(a) senhor(a).

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_  
 Renata de Almeida Cavalcante

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

**ANEXO A**  
**QUESTIONÁRIO SOBRE A ATITUDE FRENTE AO COMPORTAMENTO**  
**SUICIDA (QACS)**

**QUESTIONÁRIO SOBRE A ATITUDE FRENTE AO COMPORTAMENTO**  
**SUICIDA (QACS)**

Este questionário pesquisa atitudes em relação ao comportamento suicida.

Evite pensar demais para responder. Estamos interessados na sua resposta espontânea, sem se preocupar se é “certo” ou “errado”.

Ao responder as questões, assinale a posição que mais se aproxima de sua opinião. Veja nos exemplos abaixo:

Exemplos												
“Eu gosto de ouvir música sertaneja”												
Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
A resposta acima indica concordância com a proposição, mas não uma concordância total. A concordância total seria indicada por uma marcação no final da tabela numérica, como abaixo:												
Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
Se, em relação à afirmativa, você não tiver opinião formada ou for indiferente, assinale no centro da tabela numérica, conforme indicado:												
Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente

1. Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar



Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

2. Quem fica a ameaçar, geralmente não se mata

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

3. Apesar de tudo, penso que se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

4. Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

5. No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram suicídio

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

6. A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

7. Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

8. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

9. Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

10. Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

11. É preciso ter certa dose de coragem para se matar

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

12. Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

13. No fundo, às vezes sinto até raiva, porque tanta gente querendo viver e aquele paciente querendo morrer

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

14. Se eu sugerir uma consulta psiquiátrica para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo médico assistente

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

15. A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

16. Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

17. No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

18. Quando uma pessoa fala de por fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

19. Quem quer se matar mesmo, não fica "tentando" se matar

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

20. Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha forte motivo para isso

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

21. Eu já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio

Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo totalmente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

**Obrigada por sua colaboração!**

## ANEXO B

## GUIA DA ESTAÇÃO SIMULADA PARA TREINAMENTO DO ATENDIMENTO DE COMPORTAMENTO SUICIDA

## ESTAÇÃO SIMULADA

## CENÁRIO CLÍNICO

<b>Nome do Cenário: COMPORTAMENTO SUICIDA</b>	
<b>Objetivos de Aprendizagem do Cenário:</b>	
Desenvolver competências cognitivas e atitudinais no manejo dos casos de comportamento suicida.	
<b>Objetivos Técnicos:</b>	<b>Objetivos Não Técnicos:</b>
<p><b>ACOLHER</b> – Oferecer apoio e cuidado prático não invasivo, ajudar as pessoas a se sentirem calmas. É o momento de construção do vínculo.</p> <p><b>ESCUTAR</b> – Compreender as necessidades e preocupações das pessoas, mas sem pressioná-las a falar.</p> <p><b>IDENTIFICAR</b> – Fatores de Risco e de Proteção</p> <p><b>ORIENTAR e ENCAMINHAR</b> – Auxiliar na busca de informações, serviços e suporte social.</p> <p><b>ULTIMAR</b> – Definir as condutas, protegendo as pessoas de danos adicionais e transmitindo uma perspectiva positiva, mas realista sobre a possibilidade de melhora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrar liderança e trabalho em equipe;</li> <li>• Respeitar a integridade do paciente;</li> <li>• Demonstrar empatia e controle emocional.</li> </ul>
Cenário Escrito por: NUSAM	
Produzido em: NUEDU	
Local do Cenário: Atendimento domiciliar	
Tempo de Cenário: 10 minutos	Tempo de Debriefing: 30 minutos
Voluntário: equipe multiprofissional (tripulação viatura)	
Cenário:	
<input type="checkbox"/> Simulador <input checked="" type="checkbox"/> Paciente Padronizado <input type="checkbox"/> Ambos	
<b>Descrição do Cenário:</b>	
<p>Mateus, 23 anos, pardo, solteiro, universitário. Possui diagnóstico de Depressão Maior desde os 15 anos de idade e em acompanhamento regular. Devido à pandemia da COVID-19, ele está mais isolado, tendo se afastado dos amigos, da faculdade, com autocuidado prejudicado, diminuição do apetite, dormindo muito durante o dia e diz não ver sentido em continuar vivendo. Possui histórico de tentativas prévias com uso de medicações, sendo a última tentativa após término de um relacionamento há um ano. Na noite anterior, discutiu com o seu pai, após este descobrir que Mateus estava em um relacionamento homossexual. Hoje, a mãe de Mateus, sempre muito preocupada com o seu filho, ligou para o SAMU, após receber uma mensagem em que ele disse que iria comprar um veneno para se matar.</p>	
<b>Início de Cenário:</b>	
A equipe chega para atendimento do paciente, que se encontra deitado na cama, envolto em cobertores, sem querer conversar inicialmente. A mãe está junto, preocupada e ansiosa com a situação.	

**INFORMAÇÃO DISPONÍVEL PARA FACILITADOR E AUXILIAR DE SIMULAÇÃO (ATOR)**

<b>PERFIL DO PACIENTE</b>		
<b>Nome:</b> Mateus Oliveira	<b>Idade:</b> 23 anos	
<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Peso:</b> 70kg	<b>Altura:</b> 180cm
<b>Perfil Físico:</b>		
Magro, olhar cansado e cabisbaixo, cabelo e barba descuidados.		
<b>Perfil Psicológico:</b>		
Mateus é introspectivo, tímido e quieto, tem dificuldade em iniciar e manter um diálogo. A faculdade era um ponto forte de apoio porque, apesar do seu perfil introspectivo, ele conseguiu fazer alguns amigos. Com a suspensão das aulas presenciais, trancou a faculdade, perdendo o contato com esses amigos. Relaciona-se bem com a sua mãe, e principalmente com seu primo Joseph, que é um grande confidente. O relacionamento amoroso é recente e lhe dá um bom suporte afetivo.		
<b>Perfil Técnico:</b>		
Faz tratamento no CAPS e usa Fluoxetina regularmente. Universitário e mora com os pais e uma irmã.		
<b>Acompanhamento de Saúde:</b> Acompanhava no CAPS por Depressão Maior.		
<b>Medicamentos em Uso:</b> Fluoxetina		

<b>FRAMES DO CENÁRIO</b>
<b>Paciente padronizado:</b> Tentativa de autoextermínio
<b>Staff:</b> Instrutor do NUEDU e NUSAM
<b>Como o cenário se inicia?</b>
A equipe chega para atendimento do paciente, que se encontra deitado na cama, envolto em cobertores, sem querer conversar inicialmente. A mãe está junto, preocupada e ansiosa com a situação.

<b>Atos e ações + Falas direcionadas simulador e/ou paciente padronizado:</b>	
<b>SE o aprendiz:</b>	<b>O ator/simulador deverá:</b>
Apresenta-se ao paciente e solicita permissão para se aproximar.	Ignora a equipe.
Pergunta o nome do paciente.	"Está apático e não quer conversa" A mãe responde por ele.
Pergunta ao paciente como pode ajudar.	Responde: não preciso de ajuda, podem ir embora.. Não chamei vocês aqui.
Cria vínculo com o paciente (acolhimento) Valida o sentimento (Parece difícil, estou vendo que está sofrendo muito, estou aqui pra ajudar)	Aceitar ajuda.
Pede para aferir sinais vitais	Aceita.
Não cria vínculo com o paciente	Não aceita ajuda.

Pede para aferir sinais vitais	Não aceita.
Pergunta o que aconteceu (escuta ativa)	Minha vida não tem mais sentido, não quero mais viver (chora), meu pai não me aceita (ele conta a história).
Avalia fator de proteção (amigos, hobbies, faculdade, familiares e outras pessoas de confiança, religião, planos para o futuro) e risco (relacionamento com o pai, uso de drogas e álcool, isolamento, tentativas anteriores, acesso a meios)	Responde às perguntas que a equipe fizer.
Orienta quanto a importância do retorno ao tratamento (esperança), orienta paciente e família sobre fatores de proteção e RAPS, etc.	Mostra entendimento e aceitação às orientações e encaminhamentos da equipe.
Inicia com argumentação vazia, julgamento, aconselhamento (jovem, tem tudo, sua família quer seu bem)	Ignora, não conversa com a equipe.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NECESSARIOS	
ITENS	OBSERVAÇÕES
Ator (roupa, dispositivos, identificação)	Ator caracterizado.
Bolsas de SSVV e Medicamentos	NUSAM
EPI's	
Preparo de montagem do Simulador/Paciente padronizado e sala	Quarto com cama, mesa lateral, corda. Tela dos sinais vitais, computador com o simulador.

**PONTOS NORTEADORES PARA O DEBRIEFING**

<p><b>Dominios de Desempenho:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(x) Tomada de Decisão</li> <li>(x) Habilidade Técnica</li> <li>(x) Comunicação</li> <li>(x) Utilização de recursos</li> <li>(x) Liderança e Trabalho em equipe</li> <li>(x) Consciência situacional</li> </ul>
<p><b>Protocolos Específicos (Listar comportamentos específicos desejados):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar-se, dirigir-se ao paciente, vincular-se (Ex: olhar nos olhos do paciente, usar um tom de voz adequado, chamá-lo pelo nome) e oferecer apoio;</li> <li>• Dar tempo para o paciente falar, respeitar pausas silenciosas, validar o sofrimento, perguntar as possibilidades de solução do problema. Resumir e verificar a compreensão;</li> <li>• Identificar fatores de proteção: Família (mãe e primo), adesão ao tratamento no CAPS, amigos da faculdade, relacionamento afetivo;</li> <li>• Identificar fatores de risco: Plano de suicídio, tentativa prévia, diagnóstico de Depressão Maior, conflito com o pai, isolamento progressivo;</li> <li>• Orientar o paciente e a família a informar o ocorrido à equipe do CAPS, recomendar à família sobre a vigilância do paciente, evitar acesso a meios letais (inclusive medicações prescritas e não prescritas), ligar para o SAMU ou acionar a rede de emergência em psiquiatria (HSVP, HBDF), em caso de piora do quadro ou incapacidade;</li> <li>• Deixar o paciente no local conforme orientações, transmitir perspectiva positiva e realista de melhora.</li> </ul>
<p><b>Exemplo de frases que podem ser utilizadas no Debriefing:</b></p> <p>1º Para o ator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como você se sentiu diante dessa abordagem?</li> </ul> <p>2º Para a equipe que conduziu o atendimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como vocês se sentiram?</li> <li>• Foi fácil fazer essa abordagem? Quais os aspectos facilitadores no manejo da crise?</li> <li>• Foi difícil fazer essa abordagem? Quais os aspectos dificultadores no manejo da crise?</li> <li>• Vocês acham que suas emoções influenciaram na abordagem?</li> </ul> <p>3º Para todos os participantes do cenário:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliaram a segurança da cena?</li> <li>• Conseguiram identificar os elementos de acolhida? Alguém faria algo diferente?</li> <li>• Conseguiram identificar os elementos de escuta ativa? Alguém faria algo diferente?</li> <li>• Conseguiram identificar fatores de risco e de proteção? Alguém faria algo diferente?</li> <li>• Conseguiram identificar se houve orientação e/ou encaminhamento do paciente e da família? Alguém faria algo diferente?</li> <li>• Como foi o desfecho do atendimento? Era necessária a contenção física? Era necessária a remoção? Alguém faria algo diferente?</li> <li>• Antes deste curso, vocês teriam abordagens e condutas diferentes?</li> </ul>



<b>Manejo da Crise em Saúde Mental</b>
<b>Objetivo do cenário:</b> Desenvolver competências cognitivas e atitudinais no manejo dos casos de comportamento suicida.
<b>Local do Cenário:</b> Domicílio da paciente
<b>Descrição do Cenário:</b>  Ocorrência Vigente: 127284956 Prioridade: Nível 02 (Moderada) Diagnóstico: Tentativa de suicídio Médico Regulador: Pâmela Nogueira História Clínica: Mãe relata que o paciente quer se matar.  Nome do paciente: Mateus Alves Sexo/Idade: Masculino, 23 anos.  Endereço: CSB 1, conj. B Casa 34  Referência: Sem referência
<b>Início do Cenário:</b>  A equipe chega para atendimento do paciente, que se encontra sentado na cama, envolto em cobertores, sem querer conversar inicialmente. A mãe está junto, preocupada e ansiosa com a situação.

## CHECK LIST

<b>Manejo da Crise em Saúde Mental</b>				
<b>Objetivo:</b> Desenvolver competências cognitivas e atitudinais no manejo dos casos de comportamento suicida.				
<b>COMPORTAMENTO E/OU HABILIDADES TÉCNICAS</b>		<b>Realizado</b>	<b>Não realizado</b>	<b>Obs</b>
<b>Segurança da Cena</b>	Utilização de equipamento de proteção individual.			
	Avaliação da cena para identificar a necessidade de recursos adicionais (CEB, PC, PMDF, CBM, outros).			
	Observação de aspectos ambientais (acesso a meios ou materiais que podem colocar o paciente ou terceiros em risco).			
<b>Abordagem AEI</b>	<b>Acolher:</b> apresentar-se, dirigir-se ao paciente e oferecer apoio.			
	<b>Escutar:</b> dar tempo para o paciente falar, respeitar pausas silenciosas, perguntar as possibilidades de solução do problema.			
	<b>Identificar fatores de proteção:</b> família (mãe e primo), adesão ao tratamento no CAPS, amigos da faculdade, relacionamento afetivo.			
	<b>Identificar fatores de risco:</b> plano de suicídio, tentativa prévia, diagnóstico de Depressão Maior, conflito com o pai, isolamento progressivo.			
<b>Condução</b>	<b>Orientar:</b> orientar o paciente e a família a informar o ocorrido à equipe do CAPS, recomendar à família sobre a vigilância do paciente, evitar acesso a meios letais (inclusive medicações prescritas e não prescritas), ligar para o SAMU ou acionar a rede de emergência em psiquiatria (HSVP, HBDF), em caso de piora do quadro ou incapacidade.			
	<b>Ultimar:</b> deixar o paciente no local conforme orientações, transmitir perspectiva positiva e realista de melhora.			

**ANEXO C**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Atenção às pessoas com comportamento suicida nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência: avaliação de uma intervenção de educação permanente

**Pesquisador:** RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 52278321.3.0000.0030

**Instituição Proponente:** Departamento de Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.164.770

**Apresentação do Projeto:**

Conforme o documento 'PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1779897.pdf' postado em 29/09/2021:

"O treinamento para profissionais de saúde tem sido amplamente defendido como um caminho fundamental à prevenção do suicídio em diversos países (GASK et al., 2005). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) decide promover o Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental para profissionais do SAMU. Como o relato de avaliações desses processos formativos são escassos na literatura, esse estudo visa avaliar comparativamente as abordagens e condutas realizadas pelas equipes dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, antecedente e subsequente ao referido processo de educação permanente, nos casos de comportamento suicida. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quanti-qualitativa, que será conduzida durante a execução do curso de formação. A aplicação do Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida (QACS), adaptado também para coleta de dados sociodemográfico dos profissionais e de processos de trabalho institucionais, e a videogravação dos cenários de simulação realística para manejo do comportamento suicida serão as técnicas utilizadas para garantir a coleta de dados. A análise de conteúdo e estatísticas descritivas e inferenciais serão utilizadas para análise e correlações do material coletado. As vagas do curso serão para 108 médicos e enfermeiros, instrutores do SAMU, dos 26 estados do Brasil, com

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.164.770

distribuição definida pelo MS. O projeto prevê a realização de 3 turmas, cada uma com 36 profissionais, que acontecerão nos meses de setembro e novembro do ano de 2021 e fevereiro do ano de 2022, com módulos a distância e presencial. Como resultados dessa pesquisa, esperamos refletir sobre as experiências de educação permanente nos casos de comportamento suicida no contexto das emergências, bem como propormos melhorias e contribuições nos processos de trabalho desses profissionais.”

**Metodologia e critérios de análise dos dados:**

“O estudo, de abordagem quanti-qualitativa e caráter descritivo exploratório, será realizado durante a execução do Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental, promovido pelo Ministério da Saúde, a ser realizado pelo Núcleo de Educação em Urgências (NUEDU) e o Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF. O curso terá as aulas teóricas ministradas na modalidade EAD e a etapa prática, de simulação realística, na modalidade presencial. As vagas serão para 108 médicos e enfermeiros, instrutores do SAMU, dos 26 estados do Brasil, com distribuição definida pelo Ministério da Saúde. O projeto prevê a realização de 3 turmas, cada uma com 36 profissionais, que acontecerão nos meses de setembro (turma 1) e novembro (turma 2) do ano de 2021 e fevereiro (turma 3) do ano de 2022. A pesquisa será realizada junto aos profissionais que participarão do curso nos meses de novembro/2021 e fevereiro/2022, devido ao tempo necessário para submissão do projeto aos Comitês de Ética, não havendo tempo hábil para realização da pesquisa no mês de setembro/2021. Utilizaremos das seguintes ferramentas para coleta de dados: a aplicação do Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida (QACS), adaptado também para coleta de dados sociodemográficos dos profissionais e de processos institucionais de trabalho, e a videogravação dos cenários de simulação realística para manejo do comportamento suicida. Em cada turma, a aplicação do questionário se dará em dois momentos:• um anterior ao início das atividades do curso de formação – 15 dias antes do início das aulas do módulo EAD, período definido para que todos os profissionais acessem o material de estudo do curso. Para o preenchimento deste questionário, o participante levará em média 20 minutos;• um após a conclusão das atividades do curso de formação – 15 dias após o término das atividades do módulo presencial. Nesse momento, as questões referentes às informações sociodemográficas e dos processos institucionais de trabalho não serão aplicadas novamente, portanto, serão retiradas do segundo questionário. Para o preenchimento deste questionário, o participante levará em média 15 minutos. Os questionários deverão ser enviados por e-mail, com link direcionado para o Google Forms, que é um aplicativo

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.164.770

de gerenciamento de pesquisas lançado pelo Google. Optamos pela aplicação de questionários virtuais, disponibilizados através de e-mail, pois os participantes estão dispersos em todos os estados brasileiros. Os participantes da pesquisa só terão acesso aos questionários após leitura e concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), também enviado por e-mail, com link direcionado para o Google Forms. Caso haja concordância na participação da pesquisa, imediatamente após a marcação do campo no Google Forms, uma cópia do TCLE será encaminhada para o e-mail referenciado. As salas de simulação realística do NUEDU, espaço onde o cenário de simulação para o manejo do comportamento suicida acontecerá, dispõem de recursos técnicos para captura de imagem e som, já posicionados estrategicamente para que os participantes dos cursos acompanhem as simulações em tempo real. Acontecerão 3 estações simultâneas de simulação realísticas, com temas diferentes (Comportamento suicida, Comunicação de más notícias e Agitação psicomotora), alternando temas a cada 50 minutos (15 minutos para a abordagem ao paciente e 35 minutos para o debriefing). Portanto, por se tratar de 36 profissionais por turma, cada cenário de simulação terá a participação de 12 profissionais e todos os participantes passarão por todas as estações. Após o encerramento do curso, essas gravações serão apanhadas pela pesquisadora no NUEDU. Todos os participantes que não autorizarem o uso da imagem serão direcionados para a mesma estação de simulação realística, de modo que nesse cenário não haja qualquer gravação."

**Critérios de Inclusão e Exclusão**

"A princípio, todos os 72 profissionais inscritos nas turmas 2 e 3 do curso estarão aptos para participar da pesquisa e serão excluídos aqueles que se ausentarem de qualquer etapa do processo de formação e aqueles que se recusarem a participar da coleta de dados do estudo"

**Hipótese:**

"Os profissionais dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência apresentarão maior conhecimento e melhores atitudes e práticas no manejo dos casos de comportamento suicida após o Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental"

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme o documento 'PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1779897.pdf' postado em 29/09/2021:

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.164.770

**\*Objetivo Geral**

•Avaliar comparativamente as abordagens e condutas realizadas pelas equipes dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, antecedentes e subsequentes ao Curso de Formação em Emergências em Saúde Mental, nos casos de comportamento suicida.

**Objetivos Específicos**

•Apreender os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais, antes e após o processo de educação permanente, nos atendimentos dos casos de comportamento suicida;  
•Relacionar os aspectos facilitadores e dificultadores nos atendimentos dos casos de comportamento suicida”.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme o documento 'PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1779897.pdf' postado em 29/09/2021:

**Riscos**

“Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa estão na possibilidade de cansaço ou aborrecimento ao responder os questionários; desconforto e vergonha na interação com outros participantes, colegas de trabalho, em expor suas ideias e considerações; constrangimento com os resultados da pesquisa e, ainda, receio relacionado à divulgação de imagens que possam resultar na sua identificação como participante. Adotaremos providências para minimizar os riscos ao garantir que os participantes estejam habilitados ao método de coleta de dados, tenham liberdade para não responder questões que julguem constrangedoras, estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto e assegurar a confidencialidade e a privacidade dos participantes, a partir do armazenamento adequado dos dados coletados”.

**Benefícios**

“O principal benefício dessa pesquisa está na possibilidade de qualificar os processos de trabalho e de educação permanente dos profissionais do SAMU no manejo dos casos de comportamento suicida e, conseqüentemente, melhorar a assistência à população que acessa o serviço de emergência”.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.164.770

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa de mestrado profissionalizante do programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva desenvolvida pela pesquisadora Renata de Almeida Cavalcante sob orientação da Profª Dais Gonçalves Rocha, tendo como instituições coparticipantes a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Distrito Federal – SAMU/DF.

O cronograma apresenta data prevista para o início da coleta de dados para 01/11/2021.

O orçamento será realizado com recursos próprios da pesquisadora no valor de R\$ 2.200,00.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos analisados para emissão do presente parecer:

1. PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1779897.pdf postado em 29/09/2021
2. Currículos\_Lattes\_Renata\_de\_Almeida\_Cavalcante.pdf postado em 29/09/2021
3. Currículos\_Lattes\_Dais\_Goncalves\_Rocha.pdf postado em 29/09/2021
4. Termo\_De\_Responsabilidade\_E\_Compromisso\_Do\_Pesquisador\_Responsavel.pdf postado em 29/09/2021
5. Termo\_De\_Responsabilidade\_E\_Compromisso\_Do\_Pesquisador\_Responsavel.doc - versão editável postado em 29/09/2021
6. Carta\_Encaminhamento.pdf postado em 29/09/2021
7. Carta\_Encaminhamento.docx - versão editável postado em 29/09/2021
8. TAI\_MS.doc - versão editável postado em 29/09/2021
9. TAI\_SAMU.doc- versão editável postado em 29/09/2021
10. Termo\_De\_Concordancia.doc - versão editável postado em 29/09/2021
11. TCLE.docx- versão editável postado em 29/09/2021
12. Projeto\_Atencao\_as\_Pessoas\_Comportamento\_Suicida.docx- versão editável postado em 29/09/2021
13. TAI\_SAMU.pdf postado em 22/09/2021 - assinatura eletrônica da Gerente da Central de Informações Toxicológicas e Atendimento Psicossocial e pelo Diretor(a) do Samu 192.
14. Termo\_De\_Concordancia.pdf postado em 22/09/2021 - assinatura manuscrita e carimbo da Vice-Diretora da FS e assinatura manuscrita da pesquisadora responsável

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
 SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
 BRASÍLIA - UNB**



Continuação do Parecer: 5.164.770

15. Folha\_De\_Rosto.pdf postado em 22/09/2021
16. Projeto\_Orcamento.docx - versão editável postado em 22/09/2021
17. TAI\_MS.pdf postado em 22/09/2021 - assinatura eletrônica da Chefe de Gabinete da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
18. Projeto\_Cronograma.docx - versão editável postado em 21/09/2021
19. Questionario\_Subsequente.docx - versão editável postado em 21/09/2021
20. Questionario\_Antecedente.docx - versão editável postado em 21/09/2021
21. Termo\_Usolmagem.docx -versão editável postado em 21/09/2021

**Recomendações:**

Não se aplicam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com as Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1779897.pdf	29/09/2021 11:58:18		Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Renata_de_Almeida_Cavalcante.pdf	29/09/2021 11:54:51	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Dais_Goncalves_Rocha.pdf	29/09/2021 11:45:53	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.164.770

Declaração de Pesquisadores	4_Termo_De_Responsabilidade_E_Compromisso_Do_Pesquisador_Responsavel.pdf	29/09/2021 11:33:25	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	4_Termo_De_Responsabilidade_E_Compromisso_Do_Pesquisador_Responsavel.doc	29/09/2021 11:33:09	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Outros	Carta_Encaminhamento.pdf	29/09/2021 11:29:12	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Outros	Carta_Encaminhamento.docx	29/09/2021 11:27:41	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Outros	7_TAI_MS.doc	29/09/2021 11:25:02	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Outros	7_TAI_SAMU.doc	29/09/2021 11:24:24	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Outros	1_Termo_De_Concordancia.doc	29/09/2021 11:21:49	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	5_TCLE.docx	29/09/2021 11:15:09	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_Atencao_as_Pessoas_Comprometimento_Suicida.docx	29/09/2021 11:13:20	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Outros	7_TAI_SAMU.pdf	22/09/2021 16:44:55	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Declaração de concordância	1_Termo_De_Concordancia.pdf	22/09/2021 16:44:32	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Folha de Rosto	1_Folha_De_Rosto.pdf	22/09/2021 16:43:30	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Orçamento	2_Projeto_Orçamento.docx	22/09/2021 16:42:37	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Outros	7_TAI_MS.pdf	22/09/2021 13:20:58	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Cronograma	2_Projeto_Cronograma.docx	21/09/2021 20:19:42	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Outros	3_Questionario_Subsequente.docx	21/09/2021 19:53:22	RENATA DE ALMEIDA	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.164.770

Outros	3_Questionario_Subsequente.docx	21/09/2021 19:53:22	CAVALCANTE	Aceito
Outros	3_Questionario_Antecedente.docx	21/09/2021 19:52:58	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito
Outros	6_Termo_Usomagem.docx	21/09/2021 19:50:13	RENATA DE ALMEIDA CAVALCANTE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 14 de Dezembro de 2021

---

**Assinado por:**  
**Fabio Viegas Caixeta**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

**ANEXO D****CONTRATO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS DO GUIA DE BOLSO  
PARA PROFISSIONAIS DO SAMU 192****Celebração de contrato de cessão e transferência de direitos autorais sob a égide da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**

Celebração de contrato de cessão e transferência de direitos autorais sob a égide da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.

Pelo presente Contrato, de um lado a UNIÃO, por intermédio do Ministério da Saúde, inscrito no CNPJ sob o número 00394544/0127-87, doravante denominado simplesmente CESSIONÁRIO, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-Sede, Brasília, Distrito Federal, neste ato representado por **Hélio Angotti Neto, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, nomeado pela portaria nº 140 de 16 de fevereiro de 2022** e, de outro lado Renata de Almeida Cavalcante, brasileira, solteira, assistente social, portadora da Carteira de Identidade nº 2001030056305 e do CPF nº 002.118.063-66, residente e domiciliada na QE 30 Conjunto F, nº 57 – Guará II, Brasília, doravante denominada simplesmente CEDENTE, firmam CONTRATO DE CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS, sob as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente Contrato tem por objeto a cessão de direitos autorais da obra intelectual denominada Circuito dos Cuidados Psicossociais no Atendimento Pré-hospitalar Móvel – Guia de bolso para profissionais do SAMU 192, em sua integralidade, doravante denominada simplesmente OBRA, de autoria do CEDENTE.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA CESSÃO E TRANSFERÊNCIA**

Pelo presente instrumento de contrato, o CEDENTE cede e transfere ao CESSIONÁRIO os direitos autorais da OBRA, que poderá publicá-la, elaborar, produzir ou alterar a programação visual, se necessário, inclui-la em fonograma ou produção audiovisual, distribuí-la, armazená-la em banco de dados, realizar veiculação eletrônica ou em qualquer outra forma direta ou indireta, pelo prazo de 10 (dez) anos, neste ou em qualquer outro país, sem ônus para o CESSIONÁRIO, podendo ser prorrogado, por igual período, mediante assinatura de termo aditivo, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, anterior ao término de sua vigência.

§ 1º A cessão de que trata o caput deste artigo se refere aos direitos patrimoniais do direito do autor.

§ 2º Fica autorizado ao CESSIONÁRIO assinar contrato de coedição com outras instituições congêneres ou patrocinadoras.

§ 3º Cabe ao CESSIONÁRIO a decisão sobre a edição parcial ou integral da OBRA cedida.

§ 4º A presente cessão e transferência dos direitos autorais ao CESSIONÁRIO é válida para uma edição de até cem mil exemplares, podendo a OBRA ser reimpressa, caso se faça necessário, no período supracitado na cláusula segunda.

§ 5º São resguardados ao CEDENTE os direitos morais de autor/ilustrador/fotógrafo, os de natureza personalíssima, expressamente incluídos pela legislação, tais como o de modificar a OBRA, antes ou depois de utilizada, o de reivindicar, a qualquer tempo, a sua autoria.

§ 6º A cessão e a transferência total ou parcial da OBRA não será onerosa.

§ 7º A OBRA integrará a coleção e a memória técnica institucional da administração direta do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas, com veiculação permanente na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO CEDENTE**

O CEDENTE responsabiliza-se pela boa origem da OBRA, assumindo, desde logo, o ônus por quaisquer medidas judiciais ou extrajudiciais propostas por terceiros, incluindo a utilização de ilustrações, desenhos, fotografias, gráficos, nomes, referências históricas e bibliográficas.

Parágrafo único. Compromete-se o CEDENTE a dar preferência ao CESSIONÁRIO, em igualdade de condições, para a publicação de novas edições da OBRA, podendo o CESSIONÁRIO opor-se às alterações que ofendam sua reputação ou aumentem sua responsabilidade.

#### CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CESSIONÁRIO

Compromete-se o CESSIONÁRIO a facultar ao CEDENTE o exame da escrituração na parte que lhe corresponde, bem como a informá-lo sobre o estado da edição. Parágrafo único. Compromete-se o CESSIONÁRIO a imprimir e publicar fielmente a OBRA, em até dois anos, a contar da assinatura do presente instrumento contratual.

#### CLÁUSULA QUINTA – DA SUCESSÃO

Comprometem-se o CESSIONÁRIO e o CEDENTE, este por si e por seus herdeiros ou sucessores, a qualquer título, a respeitar integralmente os termos estipulados no presente Contrato.

#### CLÁUSULA SEXTA – DA DENÚNCIA E RESCISÃO

O presente Contrato poderá ser denunciado por qualquer dos partícipes, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ou a qualquer tempo, em face da superveniência de impedimento legal que o torne formal ou materialmente inexecutável, e rescindido de pleno direito, no caso de infração a qualquer uma das cláusulas ou condições nele estipuladas.

#### CLÁUSULA SÉTIMA – DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos ou situações não explicitadas nas cláusulas deste instrumento serão avaliados pelo Conselho Editorial do Ministério da Saúde (Portaria nº 1.722/GM, de 2 de setembro de 2003), em conjunto com o CESSIONÁRIO, segundo as disposições contidas na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, e nos demais regulamentos e normas administrativas federais que fazem parte integrante deste Contrato, observados supletivamente os preceitos da teoria geral dos contratos, bem como as normas do Direito Privado.

#### CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO

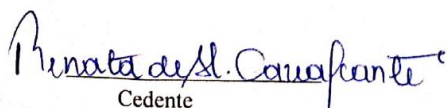
O CESSIONÁRIO providenciará a publicação do extrato deste Contrato no Diário Oficial da União (DOU), conforme dispõe a legislação vigente.

#### CLÁUSULA NONA – DO FORO

Permanecendo as omissões e existindo divergências entre o CESSIONÁRIO e o CEDENTE, serão essas, em última instância, encaminhadas ao Foro da Seção Judiciária da Justiça Federal de Brasília, Distrito Federal, eleito em comum acordo entre as partes contratantes, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e combinados, assinam o presente instrumento, em três vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas que também o subscrevem, para os devidos fins de direito.

Brasília, 10 de novembro de 2022.

  
Cedente

\_\_\_\_\_  
Cessionário

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MC