MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

IVANA CAVALCANTE DE SOUSA BRUSSA

ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

TERESINA
2023

IVANA CAVALCANTE DE SOUSA BRUSSA

ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

Relatório final de Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito necessário para a Defesa do Mestrado em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas Socioeducativas em Enfermagem.

Orientadora: Profª. Drª. Lídya Tolstenko Nogueira.

TERESINA
2023

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

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello BrancoDivisão de Representação da Informação

B912e Brussa, Ivana Cavalcante de Sousa.

Estrutura, processo e resultado no atendimento emergencial às tentativas de suicídio em tempos de pandemia COVID-19 / Ivana Cavalcante de Sousa Brussa. -- 2023.

80 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Teresina, 2023.

"Orientadora: Profª. Drª. Lídya Tolstenko Nogueira".

CDD 610.736 8

Bibliotecária: Francisca das Chagas Dias Leite – CRB3/1004

IVANA CAVALCANTE DE SOUSA BRUSSA

Estrutura, processo e resultado no atendimento emergencial ás tentativas de suicídio em tempos de pandemia COVID-19

Relatório final de Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito necessário para a defesa de Mestrado em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/_____

Banca Examinadora

Profª. Drª. Lídya Tolstenko Nogueira (Presidente)
Departamento de Enfermagem / Universidade Federal do Piauí

Profª. Drª. Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa (1ª Examinadora)
Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família / UNINOVAFAPI

Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior (2º Examinador)
Departamento de Enfermagem / Universidade Federal do Piauí

Profª. Drª. Ana Maria Ribeiro dos Santos (Suplente)
Departamento de Enfermagem / Universidade Federal do Piauí

A **Deus**, minha fonte de luz, pela vida e conquistas alcançadas ao longo desses anos e por me conceder forças e determinação para realizar este sonho.

Aos meus pais **Regina Lúcia Lemos de Sousa** e **João Batista Moreira de Sousa**, pelos ensinamentos, apoio, exemplo de vida e de superação.

Ao meu esposo **Mariano Luís Brussa**, pelo apoio incondicional, companheirismo, cuidado, amor e encorajamento quando pensei em desistir.

Ao meu filho **Murilo Cavalcante Brussa**, por todo amor que acalentava meu coração nas madrugadas dedicadas à dissertação.

À minha querida vozinha **Helena Cavalcante de Lemos** (*in memoriam*), por ser um exemplo de ser humano quando em vida e uma das maiores incentivadora dos meus estudos. Te amo!

À minha orientadora **Prof. Drª. Lídya Tolstenko Nogueira** pela competência na condução da pesquisa científica, incentivo, tolerância, paciência, orientação e apoio.

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Federal do Piauí** e ao seu **corpo docente** por proporcionar a realização deste sonho.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, em nome da Profª. Drª. **Rosilane Brito** pela competência e elevados indicadores de qualidade ofertados durante a formação acadêmica.

Ao meu esposo, **Mariano Luis Brussa**, pelo apoio, carinho, motivação e amor nas madrugadas difíceis.

Ao meu irmão, **Joaquim de Almeida Lemos Neto**, pelas contribuições durante o estudo, apoio, carinho e incentivo.

Aos funcionários do Hospital Areolino de Abreu, em especial **Judith Rodrigues** e **Socorro Lemos**, pelo acolhimento, ensinamento,amizade, experiências de vida e compreensão nos momentos de ausência.

Ao meu amigo **Daniel de Macêdo**, pela torcida, amizade, incentivo, apoio e pelas grandes contribuições realizadas a cada fase deste estudo.

Aos professores **avaliadores deste estudo**, pelo pronto aceite em apreciar esta pesquisa e pelas importantes contribuições para a melhoria dos seus indicadores de qualidade.

Aos **participantes do estudo**, que representaram minha fonte de conhecimento e dedeterminação.

A **todos** que, direta ou indiretamente, contribuíram para esta formação, o meu muito obrigada!

“Nunca foi sorte. Sempre foi Deus, o tempo todo, do meu lado, guiando minha vida, nos caminhos certos das minhas conquistas.”

Lourdes Sousa

BRUSSA, Ivana Cavalcante de Sousa. **Estrutura, processo e resultado no atendimento emergencial às tentativas de suicídio em tempos de pandemia covid-19**. [Dissertação]. Teresina: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, 2023.

RESUMO

Introdução: A tentativa de suicídio configura-se como emergência psiquiátrica e integra a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. As autoridades sanitárias e a comunidade científica evidenciam o aumento da incidência, prevalência e mortalidade durante a pandemia COVID-19, assim como têm destacado a necessidade da avaliação dos indicadores de estrutura, processo e resultado como importante estratégia para prevenção e controle. **Objetivo**: Avaliar as modificações impostas pela pandemia COVID-19 nos resultados clínicos e nas dimensões de estrutura e processo durante o atendimento emergencial às tentativas de suicídio. **Método**: Estudo analítico desenvolvido em duas etapas: 1 – Estudo retrospectivo analítico com 443 registros assistenciais de pacientes que buscaram atendimento emergencial após tentativa de suicídio entre os anos de 2019 a 2021. A caracterização dos participantes foi realizada após análise dos registros de violência autoprovocada na ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e dos prontuários; 2 – Estudo transversal analítico com 28 profissionais especializados para atendimento às tentativas de suicídio. Para tanto foi utilizado um formulário próprio que permitiu avaliar e comparar a estrutura, o processo e o resultado antes e durante o cenário pandêmico. A análise foi realizada através da aplicação do teste exato de Fischer e Qui-quadrado de Pearson. O estudo obteve aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob processo número 4.866.443. **Resultados**: Apesar de serem registrados 443 casos de violência autoprovocada no período estudado, os resultados demonstraram redução considerável das notificações, sobretudo após o ano de 2020, em que foi decretado o estado de emergência global imposto pela pandemia COVID-19 e pelas suas medidas de enfrentamento. Ainda, verificou-se que o comportamento de risco predominou no sexo feminino (58,24%), com faixa etária de 20 a 34 anos (44,47%), autodeclaradas pardas (56,21%), solteiras (59,82%), de baixa escolaridade (20,10%) e com deficiência e/ou transtorno prévio (49,66%), dentre eles as desordens mentais e comportamentais. Relacionar os indicadores antes e durante a pandemia demonstrou redução do número de profissionais idosos (60,7%), melhoria no quadro de reserva técnica (42,9%), aumento da supervisão técnica (21,4%) e crescimento significativo da equipe de enfermagem (p=0,001). Mesmo com esses avanços, foi expressiva a frequência de participantes que consideraram inadequadas as instalações físicas (75,0%) e leitos com baixa acessibilidade (60,7%), bem como que desconheciam os protocolos clínicos e o organograma institucional (28,6%). No processo e resultado, os avanços compreenderam a aumento dos indicadores de identificação do paciente (82,1%), triagem (67,9%), percepção de agilidade clínica (28,6%), reunião entre equipe (35,7%), registros assistenciais e notificações (64,3%). **Conclusão**: Apesar das melhorias identificadas, as dimensões estrutura e o processo ainda apresentam limitações significativas, requerendo a estruturação de políticas públicas e linhas de cuidados como alternativas válidas, seguras e efetivas para a melhoria dos indicadores de tentativas de suicídio e da qualidade assistencial.

Palavras-chave: Tentativa de Suicídio; Serviços de Emergência Psiquiátrica; Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde; Tríade Estrutura, Processo e Resultados.

BRUSSA, Ivana Cavalcante de Sousa. **Structure, process and result in the emergency attendance to suicide attempts in times of the covid-19 pandemic**. [Dissertação]. Teresina: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, 2023.

ABSTRACT

Introduction: The suicide attempt is configured as a psychiatric emergency and is part of the National List of Compulsory Notification of Diseases, Losses and Public Health Events. The health authorities and the scientific community have shown an increase of the incidence, prevalence and mortality during the COVID-19 pandemic, as well as highlighting the need of evaluation in the structure, process and result indicators as an important strategy for prevention and control. **Objective**: To evaluate the modifications imposed by the COVID-19 pandemic in the clinical results and the dimensions of structure and process during the emergency care for suicide attempts. **Method**: Evaluative study developed in two stages: 1 – Analytical Cross-sectional study with 443 care records of patients who sought emergency care after a suicide attempt between the years 2019 to 2021. The characterization of the participants was performed after analyzing the records of violence self-inflicted in the application of the Information System and Grievences of Notification; 2 – Analytical study with 28 professionals specialized in attendance for suicide attempts. For this purpose, a specific form was used to evaluate and compare the structure, process and result before and during the pandemic scenario. The analysis was performed based on the principles of descriptive and inferential statistics and the study was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Federal do Piauí, under process number 4,866,443. **Results**: Despite 443 cases of self-inflicted violence being recorded in the period studied, the results showed a considerable reduction in notifications, especially after the year 2020, when the global state of emergency imposed by the COVID-19 pandemic and its measures of confrontation. Still, it was verified that the behavior of risk predominated in females (58.24%), aged between 20 and 34 years (44.47%), self-declared brown (56.21%), single (59.82%), with low education (20.10%) and with a disability and/or previous disorder (49.66%), including mental and behavioral disorders. The comparison of indicators before and during the pandemic showed a reduction in the number of elderly professionals (60.7%), improvement in the technical reserve staff (42.9%), increase of the technical supervision (21.4%) and significant growth of the nursing team (p=0.001). Even with these advances, the frequency of participants who considered the physical facilities inadequate (75.0%) and beds with low accessibility (60.7%), as well as who were unaware of the clinical protocols and the institutional organization chart (28.6%). In the process and result, the advances included an increase of the indicators of patient identification (82.1%), triage 19 (67.9%), perception of clinical agility (28.6%), team meetings (35.7%), care records and notifications (64.3%). **Conclusion**: Despite the identified improvements, t dimensions of structure and process still have significant limitations, requiring the structuri of public policies and lines of care as valid, safe and effective alternatives for improving of t indicators of suicide attempts and care quality.

Keywords: Suicide Attempt; Structure, Psychiatric Emergency Services; Evaluation of Processes and Results in Health Care; Triad Structure, Process and Results.

BRUSSA, Ivana Cavalcante de Sousa. **Estructura, proceso y resultado en la atención de emergencia a las intenciones de suicidio en tiempos de pandemia COVID-19**. [Disertación]. Teresina: Programa de Posgraduación en Enfermería, Universidad Federal de Piauí, 2023.

RESUMEN

Introducción: La intención de suicidio se encuentra dentro del marco de emergencia psiquiátrica y compone la Lista Nacional de Notificaciones Obligatorias de Enfermedades, Agravios y Eventos de Salud Pública. Las autoridades sanitarias y comunidad científica presencian aumento de los casos y mortalidad durante la pandemia COVID-19, también se destaca la necesidad de evaluar indicadores patológicos, de proceso y resultados para utilizar como principal estrategia de prevención y control. **Objetivo:** analizar las modificaciones impuestas por la pandemia en los resultados clínicos y las dimensiones de estructura y proceso durante la atención de emergencia a la intención de suicidio. **Método:** Estudio de investigación compuesto por dos etapas: 1 – Estudio transversal analítico de 443 pacientes que buscaron atención luego de intentar suicidio entre los años 2019 al 2021. La caracterización de los participantes fue realizada luego de un análisis de los registros ingresados en el Sistema de Información de Agravios y Notificaciones; 2 – Estudio analítico con 28 profesionales especializados en atención a intenciones de suicidio. Para esto, fue utilizado un formulario que permitió analizar la estructura, el proceso y los resultados antes y durante el período pandémico. Dicho análisis fue realizado con base en los principios de estadística descriptiva y rasocínio, dejando una aprobación emitida por el Comité de Ética en estudios de la Universidad Federal de Piauí, sobre el proceso Nº 4.866.443. **Resultados:** A pesar de registrar 443 casos, éstos demuestran una reducción considerable de las notificaciones, sobre todo después del año 2020, año en que fue decretado el estado de emergencia global ante el COVID-19. Predominando el sexo femenino con un (58,24%), personas entre 20 a 34 años (44,47%), declaradas pardas (56,21%), solteras (59,82%), de baja escolaridad (20,10%), y con deficiencias o trastornos previos un (49,66%), dentro de los desórdenes mentales y de comportamiento. La comparación de los indicadores, antes y durante la pandemia, demostró una reducción de profesionales mayores de edad (60,7%), mejoras en el plantel de reserva técnica (42,9%), aumento de la supervisión técnica (21,4%) y un significativo crecimiento en el plantel de enfermeros (p=0,001). Con esos avances, igualmente fue notorio el número de participantes que consideraron inadecuadas las instalaciones físicas (75,0%), de camas con baja accesibilidad (60,7%), que desconocían los protocolos clínicos y de organización institucional (28,6%). En el proceso y resultado, los avances comprendieron un aumento en la identificación del paciente (82,1%), clasificación (67,9%), que percibieron agilidad dentro de la clínica (28,6%), reuniones entre equipos (35,7%), registros asistenciales y de notificación (64,3%). **Conclusión**: A pesar de las mejoras, las dimensiones de extructura y proceso todavía presencian limitaciones, requiriendo reextructuración de políticas públicas y líneas de cuidados como alternativa válida, segura y efectiva para mejorar los indicadores de intención al suicidio y calidad asistencial.

Palabras claves: Intención de Suicidio; Servicios de Emergencia Psiquiátrica; Estudio de Procesos y Resultados en Cuidados de Salud; Comunión entre Estructura, Proceso y Resultados.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDC	Centro Americano para Controle e Prevenção de Doenças
COVID-19	*Coronavirus Disease* 2019
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
H1	Hipótese Alternativa
H0	Hipótese Nula
IST	Índice de Segurança Técnica
MERS-CoV	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MPT – DF/TO	Ministério Público do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
RAPS	Rede de Apoio Psicossocial
SARS-CoV	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
TCUD	Termo de Compromisso e Utilização de Dados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
1.1 Questão de Pesquisa 15
1.2 Objeto de Estudo..... 15
1.3 Hipóteses em investigação..... 15
1.4 Justificativa e relevância..... 16
2 OBJETIVOS..... 18
2.1 Geral..... 18
2.2 Específicos..... 18
3 REFERENCIAL TEMÁTICO..... 19
3.1 Tentativa de suicídio como problema de saúde pública..... 19
3.2 Políticas e estratégias frente às tentativas de suicídio..... 22
3.3 A Covid-19 e tentativas de suicídio..... 25
3.4 Avaliação em saúde e avaliação de serviços de saúde..... 29
4 MATERIAL E MÉTODO..... 33
4.1 Etapa 1: Caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica dos atendimentos emergenciais às tentativas de suicídio..... 33
4.1.1 Delineamento do estudo..... 33
4.1.2 Local e período..... 33
4.1.3 População e amostra..... 34
4.1.4 Variáveis do estudo..... 34
4.1.5 Operacionalização da coleta dos dados..... 34
4.1.6 Processamento dos dados..... 35
4.2 Etapa 2: Indicadores de estrutura, processo e resultado do atendimento emergencial às tentativas de suicídio antes e durante a pandemia Covid-19..... 36
4.2.1 Delineamento do estudo..... 36
4.2.2 População e amostra..... 36
4.2.3 Variáveis do estudo..... 36
4.2.4 Operacionalização da coleta dos dados..... 37
4.2.5 Processamento dos dados..... 37
4.3 Aspectos éticos e legais da pesquisa..... 38
5 RESULTADOS..... 39
5.1 Caracterização dos indicadores de tentativa de suicídio..... 39
5.2 Indicadores de estrutura, processo e resultado antes e durante a pandemia Covid-19..... 42
6 DISCUSSÃO 47
7 CONCLUSÕES 53
REFERÊNCIAS..... 54
APÊNDICES..... 63
APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NO SINAN 64
APÊNDICE B – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORATORIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 66

APÊNDICE C – ESTRUTURA E PROCESSO PARA O ATENDIMENTO ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO ANTES E DURANTE A PANDEMIA COVID-19 67
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE 70
APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO E UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD 72
ANEXO..... 73
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 74

1 INTRODUÇÃO

O comportamento suicida compreende um desafio global que tem despertado interesse no campo científico, político e assistencial por constituir um fenômeno complexo, universal, multidimensional, subestimado, progressivo e de caráter evitável, além de representar a décima quinta principal causa de morte na população global e a segunda mais frequente entre adolescentes e adultos jovens (MARCOLAN; SILVA, 2019).

Considerada uma manifestação psíquica que pode variar em níveis de gravidade e que é expressa por atos deliberados e intencionais de autoagressão, assim como pela forte expectativa do desfecho fatal, uma das etapas de maior risco compreende a tentativa de suicídio que resulta, na maioria das vezes, da interação entre fatores biopsicossociais, genéticos, culturais, comportamentais e ambientais (GOODFELLOW; KÕLVES; LEO, 2020).

A tentativa de suicídio caracteriza qualquer comportamento suicida não letal relacionado a execução de um ato intencional contra a própria vida. Estudos revelam que o risco de suicídio aumenta proporcionalmente ao número de tentativas, as quais tendem a ser recorrentes e apresentar elevado potencial para indicar quadros psíquicos de maior gravidade (BORBA *et al*., 2020).

As estimativas epidemiológicas realizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) permitem dimensionar a magnitude do problema ao demonstrar que o risco para o desfecho fatal aumenta proporcionalmente ao número de tentativas, descritas na literatura como um dos principais preditores para consumação do suicídio (WHO, 2020).

Na mesma perspectiva, as projeções epidemiológicas evidenciam que a incidência anual e global do suicídio corresponde a 800.000, com taxa estimada em 6,5 mortes para 100 mil habitantes. Além disso, projeta-se que para cada suicídio consumado há aproximadamente mais de 20 tentativas, na maioria das vezes não notificadas (OPAS, 2018).

No Piauí, os indicadores também são elevados quando comparados às projeções nacionais. Uma investigação que estimou o número de suicídios entre 2006 e 2019 indicou aumento de 46,1% na prevalência do comportamento, passando de 41 para 58 óbitos, respectivamente. A taxa de mortalidade geral correspondeu a 6,9/100

mil habitantes e a maior concentração dos casos foi registrada entre os adolescentes e adultos jovens (SOUSA *et al*., 2020).

No cenário mundial, verifica-se tendência crescente dos indicadores em meio à pandemia da COVID-19 e às medidas adotadas para contenção epidemiológica que desestruturaram de forma relevante contextos sociais, laborais, econômicos, políticos e culturais, impactando na saúde mental, na estruturação familiar e na qualidade de vida da população, bem como potencializando os indicadores de ansiedade, depressão e violência autoprovocada (ZALSMSN *et al*., 2020; ROCHA *et al*., 2021).

A pandemia COVID-19 trouxe significativos impactos à saúde mental favorecendo o desenvolvimento ou a intensificação do medo, do estresse, do sentimento de desamparo, abandono, insegurança, tédio, solidão, insônia, raiva, depressão e ansiedade. Ainda impactou nos indicadores de estresse pós-traumático, ideação, tentativa e suicídio consumado que aumentaram consideravelmente no mundo (MARQUES, 2022; HEUKO *et al*., 2022).

É preciso destacar que o impacto da pandemia nos indicadores de suicídio ainda é pouco conhecido e explorado, especialmente no Brasil que apresenta importantes limitações na identificação, monitoramento, registro e notificação do problema. Esses eventos elevam os índices de subnotificação, geram sobrecarga para os serviços, demonstram uma realidade não fidedigna e contribuem para invisibilidade do suicídio e para baixa efetividade das políticas públicas (LOPES *et al*., 2022).

Destaca-se, nesse segmento, a necessidade da estruturação de cuidados voltados para identificação e proteção das populações vulneráveis, assim como de serviços emergenciais com estrutura adequada e processos assistenciais voltados para gerenciamento da crise (PEREIRA, 2022).

A assistência emergencial requer a efetividade de políticas públicas e dos serviços de saúde, considerando a complexidade, o risco e a gravidade do problema. Esse nível de atendimento busca também contribuir com a edificação dos pressupostos da desinstitucionalização, humanização do cuidado e encaminhamento para seguimento terapêutico em unidades substitutivas (BURIOLA *et al*., 2017; ALMEIDA, 2019).

Assim, a avaliação em saúde por meio dos domínios estrutura, processo e resultado torna-se fundamental, tendo em vista que a reabilitação psicossocial pode ser influenciada pelas condições existentes e pelos recursos disponíveis, sejam eles

humanos, materiais, estruturais ou físicos. Além disso, às atividades assistenciais, os procedimentos, as técnicas e a relação terapêutica podem definir os resultados e os desfechos clínicos (DONABEDIAN, 1980).

Para Donabedian (1980) essas dimensões constituem métodos de avaliação da qualidade assistencial e envolvem a definição de critérios para julgar e comparar a adequação, os benefícios, os efeitos adversos e os custos dos serviços, programas, sistemas e políticas de saúde.

Diante disso, considera-se que novas investigações são fundamentais para compreensão dos impactos da pandemia da COVID-19 nos indicadores assistenciais, bem como para subsidiar o fortalecimento de políticas públicas, a reestruturação dos serviços emergenciais e a redução de riscos, sejam eles nas dimensões sociais, epidemiológicos, econômicos ou de saúde.

1.1 Questão de Pesquisa

Considerando a magnitude do problema e a necessidade de políticas públicas efetivas para prevenção da tentativa de suicídio, estruturou-se a seguinte questão: Quais as modificações impostas pela pandemia COVID-19 nos resultados clínicos e nas dimensões de estrutura e processo durante o atendimento emergencial às tentativas de suicídio?

1.2 Objeto de Estudo

Delimita-se como objeto de estudo as modificações impostas pela pandemia COVID-19 nos resultados clínicos e nas dimensões de estrutura e processo durante o atendimento emergencial às tentativas de suicídio.

1.3 Hipóteses em investigação

Neste estudo foram consideradas as seguintes hipóteses:

Hipótese alternativa (H1): O advento da pandemia da COVID-19 acarretou mudanças nos indicadores assistências de estrutura, processo e resultado durante o atendimento emergencial às tentativas de suicídio.

Hipótese nula (H0): O advento da pandemia da COVID-19 não acarretou mudanças nos indicadores assistências de estrutura, processo e resultado durante o atendimento emergencial às tentativas de suicídio.

1.4 Justificativa e relevância

O interesse pela temática partiu da vivência da autora na prática clínica em hospital psiquiátrico, em que pode observar o elevado número de casos de suicídio na cidade de Teresina decorrente da falha na identificação dos fatores predisponentes nos serviços assistenciais, bem como do baixo conhecimento profissional para o manejo dos pacientes em situação de crise e das limitações existentes nos serviços de referenciamento.

Nesse sentido, este estudo se justifica pela tendência crescente nos indicadores de tentativas de suicídio, especialmente no cenário pandêmico, que resultou no aumento da demanda por atendimentos emergenciais, requerendo melhorias na infraestrutura física e nos processos assistenciais para garantir a redução de riscos e a reabilitação psicossocial.

Embora no Brasil se tenha conhecimento sobre as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio elaboradas pelo Ministério da Saúde, esse agravo recebe pouca atenção de políticas públicas de saúde, com ausência de estratégias nacionais que debatam o assunto e proponham ações efetivas para prevenção e controle. Destaca-se ainda a baixa visibilidade do agravo, o potencial para prevenção, os comprometimentos na qualidade de vida de pacientes e cuidadores, e a necessidade de estratégias sensíveis para atendimento adequado do paciente e controle de risco.

Na literatura, as dimensões de estrutura, processo e resultado, apesar de serem reconhecidas como elementos e indicadores de qualidade, são pouco exploradas e os estudos desenvolvidos concentram-se, na maioria das vezes, em investigar os impactos da pandemia nas estimativas epidemiológicas e no estado global de saúde do paciente.

Destaca-se a atuação do enfermeiro com profissional do serviço de emergência, que está à frente da triagem ou determinação de risco e que constitui o primeiro contato do paciente com o sistema após uma tentativa de suicídio ou episódio de autoagressão. Nesse sentido, a avaliação e a gestão adequadas desses pacientes pela enfermagem é fundamental para prevenir futuros comportamentos de risco.

Assim, torna-se pertinente ampliar o conhecimento sobre o tema, visando fornecer subsídio para minimizar os impactos relacionados ao sofrimento mental e despertar a necessidade de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar as modificações impostas pela pandemia COVID-19 nos resultados clínicos e nas dimensões de estrutura e processo durante o atendimento emergencial às tentativas de suicídio.

2.2 Específicos

- Caracterizar os atendimentos emergenciais após tentativa de suicídio quanto aos aspectos sociodemográficos, clínicos e terapêuticos antes e durante a pandemia COVID-19;
- Identificar os indicadores de estrutura e processo disponibilizados para atendimento emergencial às tentativas de suicídio;
- Relacionar as dimensões de estrutura, processo e resultado antes e durante o cenário pandêmico, conforme a avaliação dos profissionais de saúde.

3 REFERENCIAL TEMÁTICO

3.1 Comportamento suicídio como problema de saúde pública

O comportamento suicida é marcado por pensamentos conhecidos como os quatro D, que compreendem a depressão, a desesperança, o desamparo e o desespero, de um sofrimento complexo, multifacetado, multifatorial e multicausal, caracterizando-se como um problema de grande relevância para a saúde pública (SILVA, 2019).

Nessa perspectiva, o comportamento suicida constitui um problema de saúde pública universal e de caráter evitável, por apresentar elevados indicadores de incidência e de mortalidade, configurando a 15ª principal causa de morte na população e a segunda mais frequente entre adolescentes e adultos jovens. As manifestações do comportamento suicida são amplas e incluem pensamentos de autodestruição, ameaças, gestos de violência autoprovocada, elaboração de estratégias de ação, seleção de métodos, locais e momento, tentativas e suicídio consumado. Ainda, revela-se como um pedido de ajuda, reconhecível e previsível, necessitando de suporte, resposta imediata e aplicação precoce de medidas de prevenção e controle (FRANKLIN *et al*., 2017; SANTOS; KIND, 2020).

A Organização Mundial da Saúde, em seu primeiro relatório sobre prevenção do suicídio, identificou que em 2012 os indicadores mundiais de mortalidade acometeram mais 700 mil pessoas, sendo o Brasil o oitavo país com maior índice. Ainda, os parâmetros brasileiros associados ao comportamento acompanham a tendência mundial, com prevalência entre os homens acima de 70 anos (OPAS, 2018).

O suicídio constitui como um grave problema de saúde pública mundial, que pode ser observado desde a antiguidade e incide em todas as culturas e gêneros. É caracterizado como um fenômeno multifatorial e multidimensional, resultante da relação complexa entre diversos fatores ambientais, fisiológicos, biológicos, genéticos e sociais (ALMEIDA *et al.*, 2021). Um dos fatores marcantes para o risco de morte por suicídio é o sexo. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde apontam que entre os anos de 2010 e 2019, os homens apresentaram um risco de morte 3,8 vezes maior que as mulheres, embora as mulheres apresentem maiores prevalências de ideação

e tentativas de suicídio, podendo ser justificado pelos métodos mais letais em que os homens utilizam. (BRASIL, 2021).

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil o suicídio é considerado como a quarta maior causa de morte na população entre 15 e 29 anos de idade, observando que entre os homens é a terceira maior causa e entre as mulheres, a oitava (BRASIL, 2019). A despeito desse panorama a Organização Panamericana da Saúde (OPAS)[1] aponta que o suicídio é passível de prevenção e destaca a importância de estratégias de trabalho com uma abordagem multisetorial abrangente (OPAS, 2018).

Segundo a OPAS, o suicídio é uma prioridade de saúde pública, apresentando-se como a terceira causa de morte em todo o mundo. Na atualidade, a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio, e para cada suicídio aconteceram entre 10 e 20 tentativas. Dados mostram que cerca de 800 mil pessoas tiram a sua própria vida todos os anos e um número ainda maior de indivíduos tentam suicídio (OPAS, 2018).

A tentativa de suicídio é definida como o "ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação" (BRASIL, 2009). Para o Centro Americano para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) trata-se de um ato perpetrado por alguém que se machuca com a intenção de acabar com sua vida, mas não morre como resultado dessa ação (SOSTER *et al*., 2021).

A real magnitude das tentativas de suicídio não é conhecida devido aos escassos estudos sobre o tema em diferentes países do mundo, embora haja estimativa de que parte mínima daqueles que tentam o suicídio buscam ajuda nos serviços públicos de saúde, especialmente quando não conseguem cuidar, por si mesmos, as lesões autoprovocadas (RAMOS *et al*., 2019).

Meira *et al*. (2020) expõem em seu estudo que no Brasil, entre 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019, evidenciando um acelerado aumento nas taxas de suicídio em adolescentes e adultos jovens.

A literatura tem apontado a adolescência e o início da fase adulta como os principais estágios da vida para o desenvolvimento dos comportamentos suicidas. Estudo desenvolvido em hospital de referência para tratamento psiquiátrico de Teresina constatou que dos 291 prontuários de pacientes internados entre fevereiro e

[1] A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) é a agência internacional especializada em saúde pública do Sistema Interamericano, atuando como Escritório Regional para as Américas da OMS, ou seja, é a agência em saúde das Nações Unidas. (OPAS, s/d).

maio de 2018, 10,3% corresponderam a tentativas de suicidio. Quanto as características da totalidade das internações psiquiátricas por transtornos mentais e comportamentais foi constatada prevalência de homens, solteiros, com média de idade de 38,4 anos e baixa escolaridade (COSTA *et al*., 2020).

As tentativas de suicídio são mais comuns do que suicídios consumados. Cerca de 30% a 50% das pessoas, com comportamento suicida, têm história de tentativa prévia de suicídio. O risco de suicídio aumenta proporcionalmente de acordo com o número de tentativas, sendo que a primeira tentativa é um dos mais importantes fatores preditores para futuros suicídios (SANTOS; OLIVEIRA; SANTOS, 2022).

Melo *et al*. (2018), divulgam que de acordo com as Nações Unidas as pessoas mais vulneráveis ao suicídio são as residentes em países de baixa renda, onde são registrados 75% dos casos, sendo que as condições socioeconômicas representam um fator de grande influência. O Brasil é o oitavo país com maior número de suicídio no ranking mundial, com taxa de 10,70% nos homens e 2,60% em mulheres. Esse resultado decorre da seleção de métodos utilizados para o suicídio, sendo que os homens apresentam predileção por meios com maior potencial de letalidade. Os métodos mais utilizados pela população de modo geral são: envenenamento por ingestão de pesticida, enforcamento e uso de arma de fogo.

A abordagem ao paciente em risco de suicídio deve ser realizada com cautela e de maneira gradual. Em primeiro instante deve-se saber ouvir e entender as motivações subjacentes. Assim, é necessário desenvolver a escuta qualificada, aliada ao bom julgamento clínico pois todo paciente que fala sobre suicídio tem risco potencial e merece investigação e atenção especializada. Em seguida é o manejo, pois a medicação é tão importante quanto a abordagem verbal. Por fim, deve-se identificar e tratar transtornos psiquiátricos presentes e investigar se aquele paciente apresenta risco de suicídio (BRASIL, 2019).

No sentido da prevenção de suicídio, deve-se enfatizar a intersetorialidade, envolvendo desde ações preventivas nas escolas com ênfase em práticas educativas para desenvolver habilidades sociais, de enfrentamento aos comportamentos preconceituosos, como *o bullying*, e de identificação e cuidado de pessoas com fatores de risco para o suicídio. Ademais, é necessária a continuidade do tratamento instituído e orientações aos familiares frente as situações de crise, assegurando, dessa forma a longitudinalidade de cuidados (SANTOS *et al*., 2021).

3.2 Políticas e estratégias frente às tentativas de suicídio

Considerando que a tentativa suicídio se configura como um grave problema de saúde pública e requer manejo adequado em emergência psiquiátrica (SANTOS; OLIVEIRA; SANTOS, 2022), há que se mencionar as estratégias e políticas públicas estabelecidas no Brasil no sentido de buscar a prevenção e a redução deste evento.

A Reforma Psiquiátrica representou um marco no cuidado às pessoas em sofrimento mental. A Lei n. 10.216/2001 estabeleceu a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Para promover a desinstitucionalização, foram criados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local (BRASIL, 2001).

A assistência adequada à pessoa com comportamento suicida é essencial para salvar vidas e pode ser influenciada por uma multiplicidade de fatores entre os quais estão atitudes, crenças, fatores culturais, religião, formação profissional e a habilidade para avaliação de risco, planejamento e implementação dos cuidados (BAÉRE, 2019).

Assim, a assistência às emergências psiquiátricas tornou-se um dos tópicos mais difíceis e estratégicos no processo da Reforma Psiquiátrica. As pessoas em situação de emergência requerem assistência psicossocial que as considere seres singulares, complexos, entrelaçados por uma rede familiar e social e para a efetividade do cuidado é essencial a valorização da sua subjetividade, seus saberes, sentimentos à fim de compreender o que está acontecendo com ela (NASCIMENTO et al., 2019).

O Serviço de Emergência Psiquiátrica é considerado como alternativo no cuidado em saúde mental, cuja finalidade é a de oferecer suporte para as pessoas que necessitam de atendimento especializado no momento de crise. As internações psiquiátricas devem ser indicadas e utilizadas para os casos graves e/ou em situações de crise, nas quais os pacientes podem colocar-se em risco ou à outras pessoas e quando esgotados os recursos terapêuticos extra hospitalar. Nesse contexto, as ações da saúde devem ser centradas no paciente, buscando todas as possibilidades de lhe oferecer terapêutica multidisciplinar que garanta a sua autonomia e a escuta

qualificada, com vistas à integralidade da assistência prestada por toda a rede, envolvendo prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação (BELLINI *et al*., 2019).

Ainda, sob a perspectiva de adequação do cuidado às pessoas em sofrimento mental valem destacar a Política Nacional de Humanização (PNH), de 2003 e a sua transversalidade com as tentativas de suicídio. A PNH preconiza o acesso e a ação integral à população, abrangendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, em todos os níveis de complexidade do sistema. Também, prevê a transferência do cuidado com vistas ao estabelecimento de fluxograma, procedimentos e orientações no período de internação, alta hospitalar e retorno ao domicílio, por meio de referência e contrarreferência. Outro ponto importante é o conceito de ambiência nela envolvido, intrinsecamente ligado a estrutura institucional para o oferecimento da atenção as pessoas em sofrimento mental (BRASIL, 2009).

A humanização do cuidado é um processo que, além de promover o cuidado humanitário com a saúde, também leva em consideração os processos sociais, políticos, sociológicos, emocionais, psíquicos, espirituais e tecnológicos que influenciam diretamente no processo de cuidado com o paciente, familiares e equipe (RODRIGUES; MAIA; SOUZA, 2022).

Frente ao aumento de 6% nas taxas de suicídio na região das Américas, ocorrido entre 2010 e 2016 (OPAS, 2018) outras políticas de saúde foram estabelecidas no Brasil.

A Lei 13.819/2019 instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, importante dispositivo para “a garantia ao acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio” (BRASIL, 2019, Art. 3, Inciso IV). Uma das medidas de destaque desta Lei é a determinação de que instituições de saúde e de educação, públicas ou privadas, notifiquem os casos suspeitos ou confirmados da violência autoprovocada A notificação compulsória deverá ocorrer de forma sigilosa e as autoridades que as receberem deverão mantê-las em sigilo (BRASIL, 2019).

Segundo Moreira *et al*. (2020), um estudo realizado em países da Europa, caracterizou a autolesão como comportamento não fatal em que o indivíduo intencionalmente causa lesões a si mesmo através de cortes, arranhões ou queimaduras na própria pele, salta de locais relativamente altos, ingere fármacos em

doses superiores as posologias terapêuticas, faz uso de drogas ilícitas ou substâncias psicoativas com propósito de autoagressão e ingestão de substâncias ou objetos não ingeríveis.

Nessa perspectiva a autolesão pode ser dividida em três categorias: a) grave: que inclui cegar-se, provocar a auto amputação de dedos, mãos, braços, membros, pés ou genitália; b) estereotipada: bater a cabeça, morder-se, bater no próprio braço, cortar os olhos ou a garganta, ou arrancar o cabelo; e, c) superficial a moderada: como cortar-se, arranhar-se ou queimar a pele, enfiar agulhas na pele ou arrancar os cabelos compulsivamente (MOREIRA *et al*., 2020). Ressalta-se que as formas mais frequentes de autolesão concernem os cortes superficiais, queimaduras, arranhões, mordidas, bater partes do corpo contra parede ou objetos e cutucar ferimento com consequente aumento destes ferimentos e sangramento (LOPES; TEIXEIRA, 2019).

Além desta política federal, há entidades filantrópicas como o Centro de Valorização da Vida, que fornece apoio emocional na prevenção de tentativas de suicídio, atendendo de forma voluntária e gratuita pessoas que sintam necessidade de conversar, sob total sigilo por telefone, e-mail e chat 24 horas todos os dias.

Outra política que impacta no atendimento às tentativas de suicídio diz respeito a regulação do setor público de saúde, instituída com Política Nacional de Regulação do SUS por meio da Portaria nº 1.559/08. Nela foi introduzido o conceito ampliado de regulação com base em três eixos: atuação nos sistemas de saúde (regulação sobre sistemas), sobre a produção direta das ações e serviços de saúde (regulação da atenção) e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (regulação do acesso). Esses conceitos correlacionam as ações de regulação em saúde ao monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2008).

Ademais, a regulação no setor de saúde é responsável por ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção e a distribuição de bens e serviços de saúde e tem como objeto os estabelecimentos, envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais. Também abrange as relações contratuais; o exercício das profissões de saúde; a oferta e a demanda por serviços; os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; a incorporação e o uso de insumos, medicamentos, as condições de trabalho e os ambientes relativos ao setor saúde; além do controle e da avaliação dos custos e gastos em saúde. Destarte a Política Nacional de Regulação do SUS é uma

ferramenta necessária para organizar o fluxo do atendimento nos diversos níveis da atenção para viabilizar a melhoria de acesso e resolutividade da atenção às tentativas de suicídio (FIGUEIREDO *et al*., 2019).

3.3 A COVID-19 e tentativas de suicídio

Em março de 2020 a OMS caracterizou o surto mundial da doença provocada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2[2]), ou COVID-19, como pandemia, o que exigiu dos serviços de saúde um novo cenário de ações em segurança voltadas para os profissionais envolvidos no processo de cuidado à população. Essa realidade levou a reavaliação dos protocolos para prevenção e controle no ambiente de trabalho considerando a rápida propagação da COVID-19 na população, com mudanças nas rotinas dos serviços, frente a de internações hospitalares por complicações respiratórias (GALLASH *et al*., 2020).

O surto pandêmico do novo coronavírus impactou nos campos social, político, econômico, cultural e, sobretudo, da saúde. Além disso, gerou grande preocupação com o avanço da doença pouco conhecida, com alta transmissibilidade e gravidade clínica, com sérios danos à saúde da população, acentuada pelos determinantes sociais da saúde, especialmente dos países em maior situação de vulnerabilidade e com governança precária (RISI *et al*., 2020).

A pandemia da COVID-19 impactou na sociedade de diversas formas, inclusive na saúde mental da população, com variados agravos decorrentes do isolamento social, que exigiram que as pessoas tentassem se adaptar drasticamente a uma nova realidade de vida, potencializando assim, o risco para tentativas de suicídios (ANDRADE, 2022a).

Ademais, a pandemia da COVID-19 acarretou ainda a exacerbação ou desenvolvimento de ansiedade, depressão e outros transtornos psiquiátricos, impactando no aumento das taxas de suicídio durante e após a pandemia. O impacto psicológico é tão preocupante quanto os efeitos sobre a saúde física pois a incerteza, acompanhada pelo medo do isolamento social, do desconhecido, e das declarações acerca da saúde pública levam a altas taxas de depressão e ansiedade entre o público

[2] SARS-CoV-2, do inglês: *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*, batizado pelo CSG (*Coronavirus Study Group*) do *International Comittee on Taxonomy of Viruses* (ICTV), na publicação de 11 de fevereiro de 2020 no periódico *Cold Springs Harbor preprint oficial bioRxiv*. Constitui-se a única designação aceitável cientificamente (LESNEY, 2020).

em geral e especialmente entre grupos populacionais vulneráveis (NASCIMENTO; MAIA, 2021).

A quarentena, o isolamento físico, o distanciamento social, o excesso de informações equivocadas, a falta de informações consistentes e o clima de insegurança acarretaram diferentes consequências para a população, dentre elas o aumento da violência doméstica, perda de empregos, rotinas familiares alteradas, entre outros. A pandemia de COVID-19 impactou significativamente na saúde mental de muitas pessoas, principalmente nas que contraíram o vírus, causando estresse, ansiedade, medo, raiva, solidão, depressão e nos casos mais extremos, as tentativas de suicídio e o suicídio (DOUGLAS, 2021).

O medo e a ansiedade gerados pela pandemia podem levar a desestabilização de transtornos mentais prévios na população, bem como, a solidão e a incerteza, somadas ao isolamento social e instabilidade econômica, que também podem aumentar o risco de tentativa de suicídio (CALIXTO, 2021).

No Brasil, com o amparo da Lei nº 13.969/2020 e da Portaria nº 327/2020, foram estabelecidas medidas de prevenção, cautela e redução de riscos de transmissão para o enfrentamento da COVID-19. Referem-se à utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs), que de forma segura e eficaz podem bloquear a disseminação de gotículas das vias aéreas de doentes no ambiente, a fim de garantir barreira física e prevenir novos casos da doença (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b).

A realidade observada em diversos países no início da pandemia era a de superlotação das unidades de saúde, falta de leitos para internação, falta de equipamentos como os respiradores mecânicos, problemas na organização do trabalho, insuficiência de EPIs que impactaram a saúde das equipes assistenciais, acarretando a contaminação e adoecimento dos profissionais envolvidos no atendimento aos pacientes (GALLASH *et al*., 2020).

Embora as medidas de distanciamento social, quarentena, uso de EPIs, lavagem constante das mãos, uso de álcool em gel sejam a melhor maneira de conter a pandemia; mas, a gravidade da doença, o medo de contrair e/ou transmitir o vírus, o estigma vivenciado pelos contaminados levam, inevitavelmente, o sofrimento psíquico para os profissionais de saúde que atuam na linha de frente (SAIDEL *et al*., 2020).

Assim, as medidas para reduzir a disseminação do coronavírus têm provocado efeitos psicológicos e sociais, incluindo ansiedade, medo de contágio, sensação de incerteza, estresse crônico e dificuldades econômicas. A tensão e insegurança no emprego, o aumento do desemprego, falência, aumento das dívidas familiares, redução dos recursos de saúde e do amparo social afetam o estado psicológico de milhões de pessoas em todo o mundo. Também, acarretam o desenvolvimento ou agravamento de estados depressivos, ansiedade, uso de substâncias e outros transtornos psiquiátricos e o aumento das taxas de suicídio durante e após a pandemia (SHER, 2020).

É inevitável que os profissionais da saúde atuantes na linha de frente sejam mais vulneráveis a questões emocionais, por lidarem também com seus sentimentos de impotência, fracasso, estresse pelas condições e sobrecarga de trabalho, incertezas sobre essa nova doença e seu tratamento, bem como o medo de contrair e transmitir o vírus e/ou dificuldade de lidar com perdas de seus pacientes (SAIDEL *et al*., 2020).

Ademais, profissionais de saúde são populações cujo risco de suicídio é quase o dobro da população em geral. Com a epidemia da COVID-19 os atuantes na linha de frente se tornam vulneráveis a reações pós-traumáticas, depressão e ansiedade. As consequências para a saúde mental, incluindo o comportamento suicida, podem estar presentes por muito tempo e atingir o pico mesmo após o controle da pandemia (ZALSMSN *et al*., 2020).

Nesse sentido, estudo desenvolvido na China mostrou que profissionais de saúde podem apresentar distúrbios psiquiátricos persistentes mesmo após a pandemia, com destaque para o estresse pós-traumático, evidenciando que o cuidado em saúde mental a esses profissionais deve ser precoce. Como fatores desencadeantes sobressaem as elevadas cargas de trabalho, isolamento e discriminação, tornando-os altamente vulneráveis a sofrer exaustão física e psíquica, medo, distúrbios emocionais e problemas de sono (EVERY-PALMER *et al*., 2020).

Além de afetar o equilíbrio emocional dos profissionais de saúde, a COVID-19 impactou na saúde mental de toda a população. Nesse sentido, uma revisão sistemática identificou taxas relativamente altas de sintomas de ansiedade, depressão, estresse, transtorno de estresse pós-traumático, sofrimento psicológico na população em geral, durante a pandemia COVID-19, em paises como China, Espanha, Itália, Irã, EUA, Turquia, Nepal e Dinamarca. Também, a mesma revisão

levantou alguns fatores de risco associados como gênero feminino, faixa etária mais jovem (≤40 anos), presença de doenças crônicas, psiquiátricas, desemprego, *status* de estudante e exposição frequente à mídia social ou notícias sobre COVID-19 (XIONG *et al*., 2020).

Também, outra meta-análise focalizando COVID-19 e sequelas decorrentes mostrou que pacientes contaminados ou com a infecção grave por coronavírus apresentaram delírio e insônia como manifestações comuns sendo o delírio o mais prevalente em pacientes mais jovens. A neuroinflamação, os eventos cerebrovasculares, o tratamento com esteroides e sintomas psicóticos foram especulados como mediadores biológicos de distúrbio psiquiátrico em pacientes com COVID-19, sendo a maioria das evidências concentrada em pacientes hospitalizados (GILLETT; JORDAN, 2020).

Um estudo mostrou que dentre 1.000 adultos americanos no início da pandemia de COVID-19, cerca de 40% se apresentavam ansiosos quanto a adoecer gravemente ou morrer com COVID-19, 48% estavam preocupados em adquirir a COVID-19, e a maioria (62%) preocupada com a possibilidade de seus entes queridos adoecerem (HERNÁNDEZ-CALLE *et al*., 2020).

O suicídio constitui uma das principais causas de morte nos Estados Unidos, nesse sentido, com o advento da pandemia da COVID 19 os Centros de Controle e Prevenção de Doenças do país constataram aumento nas taxas de suicídio em todas as idades, classe socioeconômica e grupos geográficos. (ELBOGEN *et al*., 2020).

Em adição, casos de tentativas de suicídio atribuídos ao surto de COVID-19 foram relatados em todo o mundo através de jornais e meios de comunicação social (KAHIL, 2021), contudo a associação direta entre os dois eventos ainda permanece globalmente incerta (BETZ, 2020).

Do mesmo modo, a OMS expressou preocupação com os efeitos que a COVID-19 pode ter sobre o bem-estar emocional. Dessa maneira, evidências reais dos impactos psicológicos da pandemia que estão começando a surgir com um número crescente de estudos, sugerem o aumento da ansiedade e da depressão durante ao isolamento social (EVERY-PALMER *et al*., 2020; WHO, 2020).

3.4 Avaliação em saúde e avaliação de serviços de saúde

Sob o impacto da pandemia da COVID-19, é pertinente a avaliação de serviços de saúde destinados ao atendimento das tentativas de suicídio.

Os serviços de saúde são estruturas organizacionais e técnicas diversificadas que abrangem desde consultórios individuais, unidades operacionais até hospitais especializados e, que em essência, constituem o espaço onde se localizam os profissionais e as tecnologias materiais responsáveis pela realização da atenção à saúde da população O objetivo finalístico dos serviços de saúde é o de melhorar essa atenção, consoante as expectativas de todos os envolvidos no processo de cuidar, levando em conta os recursos disponíveis, os valores sociais existentes e o alcance desse objetivo pode ser verificado mediante a avaliação (TESTON *et al*., 2021).

A avaliação é um termo polissêmico e consiste em realizar um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou de qualquer um de seus componentes, com objetivo de ajudar na tomada de decisões (FERREIRA *et al*., 2021).

Os indicadores de qualidade na saúde constituem pré-requisito para monitorizar, comparar e melhorar a qualidade nos cuidados de saúde, visando a garantir bons resultados para melhoria na qualidade da assistência prestada ao paciente e seus familiares (REIS, 2022).

Ressalta-se que a avaliação em saúde deve envolver a apreciação do serviço em todas as suas vertentes, inclusive a satisfação dos usuários e as condições de trabalho dos profissionais que ali atuam; requerendo, portanto, a utilização de métodos avaliativos adequados a cada objetivo, para a identificação das potencialidades e fragilidades, de modo a subsidiar os gestores no planejamento de estratégias que contribuam para o aprimoramento do atendimento oferecido (CABRAL *et al*., 2021).

Segundo Donabedian (1980), a avaliação em saúde compreende a seleção de critérios para julgar e comparar a adequação, os benefícios, efeitos adversos e custos de tecnologias, serviços ou programas de saúde. Também, tem em perspectiva a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Avaliar significa monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, para que se possa detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo dessa forma, o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados.

Nesse sentido, a avaliação da qualidade em saúde visa a relação entre os benefícios obtidos, a diminuição de risco e o custo para a obtenção de um elevado padrão assistencial e a satisfação do paciente (DONABEDIAN, 1982; DONABEDIAN, 1992). Constitui ferramenta essencial para a apoiar a gestão frente a tomada de decisão, embora o seu uso seja ainda incipiente no processo de gestão em saúde (PESSOA *et al.*, 2020).

Há diversificadas maneiras de realizar a avaliação da qualidade em saúde. Na perspectiva donabediana a avaliação envolve três componentes: estrutura, processo e resultado, considerando a possível relação causal entre a estrutura que apoia a execução do processo e o processo que é executado para gerar resultado (DONABEDIAN, 1980). Assim, essa proposta permite a utilização de diferentes mecanismos metodológicos para orientar a avaliação de uma única dimensão ou, de duas ou três dimensões simultaneamente.

A estrutura consiste nas características relativamente estáveis, como as condições físicas (características das instalações físicas e materiais), os recursos humanos (perfil, preparo e experiência) e organizacionais. Pode focalizar a descrição das características das instalações, perfil dos recursos humanos, preparação e experiência (CHAMPAGNE, 2016; DONABEDIAN, 1980).

Dentre as dificuldades estruturais podem ser destacadas a insuficiência e distribuição desigual dos serviços, o subfinanciamento, a fragilidade na articulação intra e intersetorial, o estigma atribuído ao sujeito em sofrimento mental e as dificuldades de reinserção social (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

A avaliação de processo envolve a operacionalização de um programa/intervenção, considerando a qualidade, a direção e a consistência dos serviços prestados, além dos aspectos das relações entre os participantes do programa. Também, é possível a identificação de fragilidades e pontos fortes no desenvolvimento de um programa, ao se contrastarem as atividades realizadas com as planejadas (VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020).

Já a avaliação de resultados diz respeito tanto ao produto das ações executadas, quanto à modificação das condições de saúde da população-alvo. Portanto, a avaliação do resultado compara o estado de saúde de uma pessoa ou de uma população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde (DONABEDIAN, 1980).

Ressalta-se ainda, no plano de avaliação da estrutura, os subsídios, estratégias e políticas brasileiras para contemplar a citada dimensão.

Nessa direção, a ambiência diz respeito ao espaço físico necessário à atenção acolhedora, resolutiva e humana, focada na confortabilidade, privacidade e individualidade dos trabalhadores e dos usuários. Assim, a disponibilidade de um espaço que possibilite o encontro entre os profissionais, pacientes e familiares ou acompanhantes, enseja ao profissional de saúde o atendimento resolutivo e o fornecimento de informações sem interrupções e de maneira singular, viabilizando um local acolhedor e propício ao cuidado às tentativas de suicídio (ROOSLI; PALMA; ORTOLAN, 2020).

Um estudo mostrou que as discussões acerca da estrutura física são importantes e devem ser consideradas prioridade, pois a efetivação da ambiência, como forma de valorização do espaço físico, possibilita a construção de ações de saúde efetivas, humanizadas e voltadas para a segurança do paciente (BURIOLA *et al*., 2017).

Desse modo, a estrutura física torna-se ferramenta facilitadora do processo de trabalho, voltada para a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. Ademais, alguns pontos devem ser assegurados para a construção da ambiência compatível com as características e valores de cada instituição, sem perder de vista a promoção do bem-estar e da segurança do paciente. Destacam-se as disponibilidades de: a) infraestrutura adequada ao funcionamento de equipamentos; b) quantidade e a qualidade da iluminação dentro dos diversos ambientes, c) temperatura compatível com às condições climáticas de cada local, d) cor dos revestimentos dos ambientes (BRASIL, 2018).

Ao se avaliar o cuidado em saúde mental é importante evidenciar a percepção da equipe de saúde sobre as ações assistenciais desenvolvidas nas unidades onde atuam. Nesse contexto, os profissionais devem ter como fundamento o cuidado voltado ao acolhimento, com vistas a concretizar os princípios da Reforma Psiquiátrica, valorizando a singularidade de cada pessoa, somada à força da família no contexto do cuidado em saúde mental (AMARAL *et al.*, 2021).

Finalmente, vale destacar a produção científica de pesquisadores brasileiros de diversas áreas do campo da saúde que utilizaram a avaliação na perspectiva donabediana, enfocando uma, duas ou três dimensões.

Quanto a dimensão estrutura, Sampaio e Bispo-Júnior (2021) avaliaram a estrutura dos centros de atenção psicossocial, Buriola (2017) avaliou a estrutura e os recursos humanos de um serviço de emergência psiquiátrica, Silva e Lima (2017) elaboraram dissertação sobre a avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

No que se refere a estrutura e processo, Silva (2020) analisou as condições de estrutura e processo na implantação do Sistema de Informação de Imunização do Brasil. Quanto ao processo, Silva e Nogueira (2012) avaliaram os indicadores operacionais obtidos por um SAMU.

Sob o vértice da estrutura, processo e resultado, Portela (2016) avaliou o serviço de atendimento móvel de urgência e, Ferreira *et al*. (2021) avaliaram a Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. Ainda, Araújo (2014) analisou indicadores de resultado dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

4 MATERIAL E MÉTODO

Estudo analítico vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí e desenvolvido em duas etapas:

Etapa 1: Caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica dos atendimentos emergenciais às tentativas de suicídio.

Etapa 2: Indicadores de estrutura, processo e resultado do atendimento emergencial às tentativas de suicídio antes e durante a pandemia COVID-19.

4.1 Etapa 1: Caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica dos atendimentos emergenciais às tentativas de suicídio

4.1.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo retrospectivo analítico

4.1.2 Local e período

A pesquisa foi desenvolvida em um serviço de referência em assistência às urgências e emergências psiquiátricas de Teresina, estado do Piauí, entre os meses de janeiro a junho 2022.

Considerada uma instituição pública, integrada ao SUS e especializada no gerenciamento de transtornos mentais graves, a instituição alvo da pesquisa dispõe de equipe multiprofissional para atendimento ao paciente em situação de risco ao suicídio, visando minimizar o grau de vulnerabilidade e reduzir a incidência de desfechos fatais. Ainda, apresenta 167 leitos, dos quais cinco foram direcionados para atendimento emergencial, dois para isolamento de casos suspeitos ou confirmados da infecção pela COVID-19 e 160 para internação voluntária, involuntária ou compulsória (SESAPI, 2018).

4.1.3 População e amostra

A população do estudo compreendeu prontuários de pessoas em atendimento emergencial após tentativa de suicídio. Foram considerados para inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, ambos os sexos, com assistência psiquiátrica e notificação do agravo realizados entre os anos de 2019 a 2021. A exclusão ocorreu diante do preenchimento duplicado ou incompleto das fichas assistenciais.

Nessa perspectiva, a composição amostral foi não probabilística, por conveniência, e totalizou 443 notificações de pacientes que buscaram atendimento emergencial para gerenciamento do comportamento de risco. Destaca-se que para fins de comparação, foi estabelecido o ano de 2019 como o período antes da pandemia e os anos de 2020 a 2021 como durante a pandemia.

4.1.4 Variáveis do estudo

Nesta etapa, foi considerada como variável dependente o período do atendimento emergencial à tentativa de suicídio. As independentes foram aquelas relacionadas às características sociodemográficas, clínicas e terapêuticas, sendo expressas pela idade, sexo, raça/cor, escolaridade, ocupação, situação conjugal/estado civil, portador de alguma deficiência/transtorno. Ainda, foram investigados os meios de agressão, via, tipo e circunstância de exposição, tipo de atendimento recebido, classificação final, evolução e desfecho do caso.

4.1.5 Operacionalização da coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora após levantamento dos participantes que atendiam aos critérios de inclusão, certificação de diagnóstico, do tratamento e seleção da amostra. Destaca-se que os dados foram coletados mediante análise de prontuários e das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), não havendo contato direto com os pacientes em atendimento emergencial.

Para tanto, utilizou-se um formulário próprio (APÊNDICE A) que foi elaborado após levantamento bibliográfico e análise das variáveis dispostas na ficha de

notificação de agravos proposta pelo SINAN (BRASIL, 2016). A Figura 1 apresenta o percurso realizado para condução desta etapa.

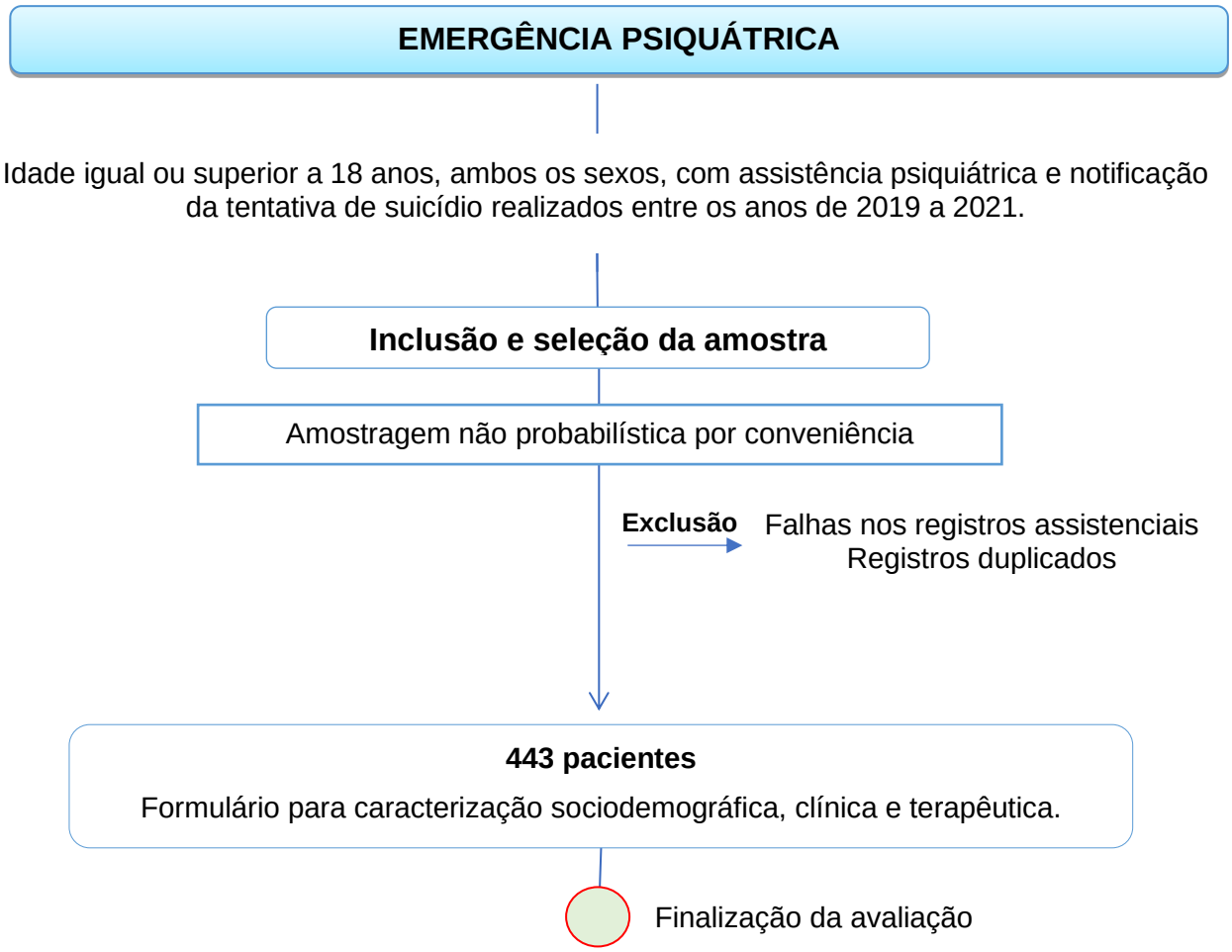


Figura 1. Operacionalização da coleta de dados na etapa 1

4.1.6 Processamento dos dados

Para construção do banco de dados foi utilizado o *software* da *Microsoft Office Excel* e empregado a técnica de limpeza e correção dos dados por meio da digitação em planilha com dupla entrada. Posteriormente, as informações foram exportadas para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) visando a análise quantitativa com base nos princípios da estatística descritiva.

A análise descritiva considerou a frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas.

4.2 Etapa 2: Indicadores de estrutura, processo e resultado do atendimento emergencial às tentativas de suicídio antes e durante a pandemia COVID-19

4.2.1 Delineamento do estudo

Estudo transversal analítico

4.2.2 População e amostra

Para avaliar os indicadores de estrutura, processo e resultado, foi considerada como população de interesse os profissionais de saúde atuantes na unidade de urgência e emergência de um hospital referência para atendimento psiquiátrico de Teresina. Para atendimento emergencial, a instituição possui 50 profissionais, sendo 14 enfermeiros, 12 técnicos/auxiliares de enfermagem, 12 médicos, 12 assistentes social.

Foram definidos para inclusão os seguintes critérios: profissionais efetivos ou com contratos temporários que atuavam na unidade de emergência desde o ano de 2019. A exclusão foi condicionada aos trabalhadores submetidos ao regime de residência média, devido ao tempo de permanência na instituição e aos que estavam em afastamento de qualquer natureza.

Assim, a amostra foi constituída por 28 profissionais de saúde que foram selecionados por conveniência, considerando os critérios previamente definidos para elegibilidade.

4.2.3 Variáveis do estudo

Considerou-se, nesta etapa, como variável dependente os indicadores de estrutura (recursos humanos, infraestrutura física; materiais e equipamentos; recursos normativos e financeiros), de processo e de resultado (relação terapêutica, planejamento e gestão do cuidado).

Às independentes corresponderam ao perfil dos trabalhadores de saúde expresso pelo sexo, idade, estado civil, profissão, tempo de formação, pós-graduação, tempo de trabalho na instituição, cargo, trabalho exclusivo no hospital, outros vínculos empregatícios, carga horária semanal, turno de trabalho, tempo de atuação no serviço

na emergência, treinamento para assistência às tentativas de suicídio, treinamento sobre o novo coronavírus e percepção sobre modificação no atendimento as tentativas de suicídio com o advento da COVID-19.

4.2.4 Operacionalização da coleta dos dados

Para caracterizar o perfil dos trabalhadores, foi utilizado um formulário próprio que contemplou variáveis sociodemográficas, laborais e percepção sobre modificação no atendimento as tentativas de suicídio com o advento da COVID-19. Trata-se de formulário com perguntas predominantemente fechadas, respostas dicotômicas (sim ou não), escolha de opção e de preenchimento livre (APÊNDICE B).

Para coletar os dados relativos à estrutura, foi utilizado um formulário elaborado após análise da Portaria nº 393/2020, que trata sobre Requisitos de Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência (BRASIL, 2020c). Composto por 39 questões, o formulário contemplou cinco domínios: recursos humanos (10 itens); infraestrutura física (15 itens); materiais e equipamentos (07 itens); recursos normativos (05 itens) e recursos financeiros (02 itens). A avaliação ocorreu por meio de escala do tipo *likert* com três opções de resposta, sendo elas: 3 – sim; 2 – não; 1 – em parte.

Para os dados relativos ao processo, buscou-se fundamento no *Check List* das Condições de Trabalho nos Serviços de Saúde, criado pelo Ministério Público do Trabalho (MPT-DF/TO, 2020) e o formulário foi construído pela autora. Trata-se de uma ficha composta por 19 itens que abrangem três domínios: Relação terapêutica (04 itens); planejamento do cuidado (05 itens) e gestão do cuidado (10 itens). À semelhança das informações sobre estrutura, as opções de resposta foram distribuídas em escala do tipo *likert* (APÊNDICE C).

4.2.5 Processamento dos dados

Os dados foram digitados em dupla planilha no *software* da *Microsoft Office Excel* e exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) visando a análise com base nos princípios da estatística descritiva. A análise inferencial foi realizada pelos testes exato de Fischer e Qui-quadrado de *Pearson*, considerando nível de significância de 5% ($p<0,05$).

4.3 Aspectos éticos e legais da pesquisa

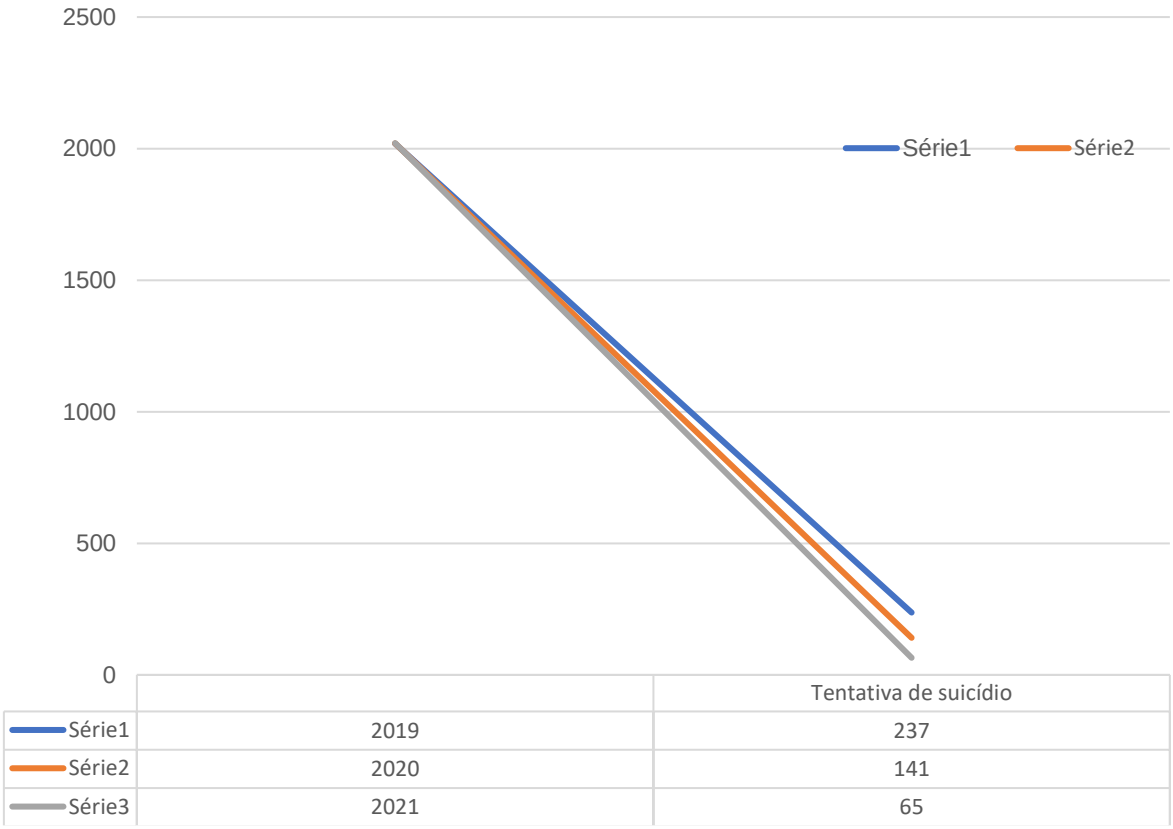
Este estudo atendeu a todas as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em que o projeto foi encaminhado para autorização institucional e, em seguida, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, via Plataforma Brasil (BRASIL, 2013). O parecer favorável à realização da pesquisa foi emitido por meio do processo número 4.866.443 (ANEXO A).

Foram apresentados os objetivos, métodos, riscos e benefícios do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) com linguagem clara e acessível e ao se formular o convite para participação, foi ofertado um documento em duas vias, garantindo aos participantes anonimato, privacidade e possibilidade de desistência em qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo à assistência. Ainda, foi solicitada autorização institucional para análise de prontuários por meio do Termo de Compromisso e Utilização de Dados – TCUD (APÊNDICE E).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos indicadores de tentativa de suicídio

A primeira etapa do estudo foi direcionada para caracterização dos indicadores epidemiológicos das tentativas de suicídio após atendimento emergencial entre os anos de 2019 a 2021. Nessa etapa foram registrados 443 casos de violência autoprovocada e os resultados demonstraram redução considerável no número de notificação, especialmente após o ano de 2020 (Gráfico 1).



		Tentativa de suicídio
Série1	2019	237
Série2	2020	141
Série3	2021	65

Gráfico 1 – Indicadores de notificação da tentativa de suicídio após atendimento emergencial. Teresina, Piauí, Brasil, 2022

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

A análise descritiva evidenciou que nas tentativas de suicídio, independente do ano de notificação, predominaram: sexo feminino 254 (58,24%), faixa etária de 20 a 34 anos 197 (44,47%), raça/cor autodeclarada parda 249 (56,21%), situação conjugal solteiro 265 (59,82) e com ensino médio completo 89 (20,10%). A caracterização sociodemográfica está apresentada na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos atendimentos emergenciais após tentativa de suicídio. Teresina, Piauí, Brasil, 2022

Variável / Ano de notificação	2019		2020		2021		TOTAL	
	n	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Masculino	103	43,45	57	40,43	25	28,46	185	41,76
Feminino	134	56,54	84	59,57	40	61,54	254	58,24
Faixa etária								
10-14	9	3,80	3	0,71	-	-	12	2,71
15-19	47	19,84	28	19,86	16	24,62	91	20,54
20-34	110	46,42	62	43,97	25	38,56	197	44,47
35-49	54	22,79	36	25,53	16	24,62	106	23,93
50-64	13	5,58	12	8,51	6	9,23	31	7,00
65-79	4	1,69	-	-	1	1,54	5	1,13
80 ou mais	-	-	-	-	1	1,54	1	0,22
Raça/cor (autodeclarada)								
Branca	50	21,10	28	19,86	23	35,83	101	22,80
Preta	33	13,92	21	14,89	9	13,85	63	14,22
Amarela	10	4,22	3	2,13	3	4,62	16	3,61
Parda	138	58,23	83	58,86	28	43,08	249	56,21
Indígena	1	0,42	-	-	-	-	1	0,22
Ignorado	5	2,11	6	4,26	2	3,08	13	2,93
Escolaridade								
Analfabeto	8	3,38	-		2	3,08	10	2,26
1 a 4 série incompleto EF	12	5,06	10	7,09	1	1,54	23	5,19
4 série completa do EF	9	3,80	2	1,42	2	3,08	13	2,93
5 a 8 série incompleta do EF	33	13,42	15	10,64	5	7,69	53	11,96
EF completo	10	4,22	7	4,96	2	3,08	19	4,29
EM incompleto	52	21,44	18	12,76	10	15,38	80	18,06
EM completo	43	18,14	33	23,40	13	20,0	89	20,10
Educação superior incompleta	27	11,39	15	10,64	7	10,77	49	11,06
Educação superior completo	15	6,33	13	9,25	4	6,15	32	7,22
Não se aplica	1	0,42	1	0,71	-	-	2	0,45
Ignorado	27	11,39	27	19,15	19	29,23	73	16,48
Situação conjugal								
Solteiro	148	62,45	82	58,16	35	53,85	265	59,82
Casado/união estável	59	24,89	27	19,15	14	21,54	100	22,57
Viúvo	2	0,84	3	0,71	3	4,62	8	1,80
Separado	10	4,22	8	5,67	6	9,23	24	5,42
Não se aplica	3	1,26	3	0,71	1	1,54	7	1,58
Ignorado	15	6,33	18	12,76	6	9,23	39	8,80
Total	**237**	**100**	**141**	**100**	**65**	**100**	**443**	**100**

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: EF – Ensino fundamental; EM – Ensino Médio.

A Tabela 2 apresenta a caracterização clínica e terapêutica dos casos após tentativa de suicídio atendidos na emergência do hospital psiquiátrico em estudo e evidencia que a maioria apresentava deficiência e/ou transtorno prévio 267 (60,27%), com predominância de desordens de mentais 220 (49,66%) e comportamentais 112 (25,28%).

A tentativa de suicídio ocorreu, na maioria dos casos, no ambiente domiciliar 341 (76,98%) e os métodos de agressão utilizados apresentaram diferentes graus de letalidade, envolvendo majoritariamente o enforcamento 147 (33,18%), seguido da lesão com objeto perfurocortante 137 (30,92%) e da intoxicação exógena 108 (24,38%).

A recorrência do episódio de violência autoprovocada 311 (70,20%) foi expressiva e o atendimento hospitalar 443 (100%), assim como o referenciamento para outros dispositivos da RAPS 443 (100%) constituíram as medidas de prevenção e controle do suicídio aplicada para todos os participantes. Ainda, destaca-se que apesar da baixa frequência, o consumo do álcool 56 (12,41%) foi identificado na amostra estudada.

Nesse contexto, as medidas terapêuticas compreenderam, em sua totalidade 443 (100%), a vigilância e monitorização, psicoterapia, participação familiar, assim como a abordagem interdisciplinar com atendimento especializado e individual realizado por psiquiatras, equipe de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Tabela 2 – Caracterização clínica e terapêutica das tentativas de suicídio que foram notificadas em serviço de emergência psiquiátrica. Teresina, Piauí, Brasil, 2022

(continua)

Variável	2019		2020		2021		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Deficiência/Transtorno*	**150**	**63,29**	**85**	**60,28**	**32**	**49,23**	**267**	**60,27**
Física	4	1,69	2	1,42	1	1,54	7	1,58
Mental	127	53,59	70	49,64	23	35,38	220	49,66
Comportamental	64	27,00	37	26,24	11	16,92	112	25,28
Método de agressão*								
Força corporal	3	1,26	4	2,84	-	-	7	1,58
Enforcamento	84	35,44	29	20,57	34	52,31	147	33,18
Objeto contundente	4	1,69	2	1,42	1	1,54	7	1,58
Objeto perfurocortante	67	28,27	53	37,59	17	26,15	137	30,92
Intoxicação exógena	56	29,63	35	24,82	12	18,46	108	24,38

Tabela 2 – Caracterização clínica e terapêutica das tentativas de suicídio que foram notificadas em serviço de emergência psiquiátrica. Teresina, Piauí, Brasil, 2022

(conclusão)

Variável	2019		2020		2021		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Arma de fogo	4	1,69	-	-	-	-	4	0,90
Outras formas	28	11,81	17	12,06	8	12,31	53	11,96
Local								
Residência	180	75,95	108	76,60	53	81,54	341	76,98
Habitação coletiva	4	1,69	2	1,42	3	4,62	9	2,03
Escola	1	0,42	-	-	-	-	1	0,22
Prática esportiva	3	1,26	-	-	-	-	3	0,68
Via pública	27	19,39	14	9,93	5	7,64	46	10,38
Comércio	11	4,64	-	-	1	1,54	12	2,71
Outras	7	2,95	10	7,09	2	3,08	19	4,29
Atendimento Hospitalar	237	100	141	100	65	100	443	100
Recorrência do episódio	173	73,00	91	64,54	47	72,31	311	70,20
Uso de álcool	31	13,08	19	13,48	6	9,23	56	12,41
Encaminhamento	237	100	141	100	65	100	443	100
Total	**237**	**100**	**141**	**100**	**65**	**100**	**443**	**100**

Fonte: Elaboração própria.
Nota: *A soma das frequências da variável é superior a 100%, tendo em vista que para alguns casos foram notificados mais de um tipo de transtorno/deficiência.

5.2 Indicadores de estrutura, processo e resultado

A avaliação das dimensões processo, estrutura e resultado foi realizada considerando a perspectiva de 28 trabalhadores atuantes no serviço de interesse para esta investigação. A análise do perfil profissional demonstrou o predomínio do sexo feminino 25 (89,30%), solteiros 11 (39,30%) e integrantes da equipe de enfermagem 22 (78,6%).

Quanto ao perfil educacional e ocupacional, a maioria 20 (71,40%) apresentava curso de pós-graduação e trabalha exclusivamente na instituição em estudo, em regime de plantão. Ainda, foi considerável a frequência dos trabalhadores que referiram não receber treinamento sobre manejo, gerenciamento e prevenção da tentativa de suicídio 19 (67,90%). AA capacitações sobre o atendimento de casos suspeitos e confirmados da infecção pela COVID-19 foram mencionados por 15 (53,60%) profissionais.

No que diz respeito as mudanças assistenciais impostas pela crise sanitária e pelo decreto de pandemia, a maioria 16 (57,10%) dos participantes considerou que não houve modificações ou melhorias no atendimento clínico (Tabela 3).

Tabela 3 – Perfil sociodemográfico, educacional e ocupacional dos trabalhadores atuantes em um serviço de emergência psiquiátrica. Teresina, Piauí, Brasil, 2022

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	3	10,7
Feminino	25	89,3
Estado civil		
Solteiro	11	39,3
Casado	10	35,7
União estável	5	17,9
Separado	2	7,1
Profissão		
Enfermeiro	11	39,3
Técnico de enfermagem	11	39,3
Médico	1	3,6
Assistente social	5	17,9
Pós-graduação		
Sim	20	71,4
Não	8	28,6
Trabalho exclusivo		
Sim	15	53,6
Não	13	46,4
Treinamento sobre tentativa de suicídio		
Sim	9	32,1
Não	19	67,9
Treinamento COVID-19		
Sim	15	53,6
Não	13	46,4
Percepção modificação atendimento		
Sim	12	42,9
Não	16	57,1
Total	**28**	**100,0**

Fonte: Elaboração própria.
Legenda: N – Frequência absoluta; % – Frequência relativa,

Na tabela 4 estão expressos os indicadores de estrutura para atendimento às tentativas de suicídio antes e depois da pandemia da COVID-19. Os resultados evidenciam redução do número de profissionais idosos (60,7%) diante do cenário pandêmico, assim como melhoria no quadro de reserva técnica (42,9%). Não foram evidenciadas alterações no quadro de profissional médico, o que difere da equipe de enfermagem, que cresceu significativamente (p=0,001) para enfrentamento da crise sanitária imposta pela COVID-19.

Após o advento da pandemia, pode-se observar, em relação aos grupos profissionais, que houve aumento percentual na supervisão técnica (21,4%). Ainda, os participantes consideraram que a instituição não apresentava instalações físicas adequadas 21 (75,0%) e que a disposição dos leitos não garantia acessibilidade e comprometia a segurança do paciente por não possuírem grades 17 (60,7%).

Na mesma perspectiva, a maioria dos profissionais desconheciam os protocolos clínicos, assim como o organograma 8 (28,6%). Ainda, as normas de afastamento tiveram um declínio durante a pandemia e as testagens foram mais intensas durante o contexto pandêmico (Tabela 4).

Tabela 4 – Indicadores de estrutura para atendimento emergencial às tentativas de suicídio antes e durante a pandemia COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2022.

(continua)

Indicador	Antes da pandemia						Durante a pandemia						p-valor
	Sim		Não		Em parte		Sim		Não		Em parte		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	
Profissionais especializados	10	35,7	7	25,0	11	39,3	11	39,3	5	17,9	12	42,9	0,001[a]
Assiduidade	15	53,6	2	7,1	11	39,3	19	67,9	2	7,1	7	25,0	0,001[a]
Reserva técnica	11	39,3	8	28,6	9	32,1	12	42,9	7	25,0	8	28,6	0,001[a]
Trabalhadores idosos	23	82,1	4	14,3	1	3,6	17	60,7	7	25,0	4	14,3	0,036[a]
Médico responsável	22	78,6	2	7,1	3	10,7	22	78,6	4	14,3	2	7,1	0,001[a]
Equipe médica 24hrs	17	60,7	7	25,0	4	14,3	15	53,6	7	25,0	5	17,9	0,001[a]
Enfermeiro exclusivo	24	85,7	3	10,7	1	3,6	25	89,3	2	7,1	1	3,6E	0,001[a]
Enfermeiro 24hrs	17	60,7	6	21,4	5	17,9	19	67,9	4	14,3	5	17,9	0,001[a]
Equipe capacitada	8	28,6	8	28,6	12	42,9	7	25,0	9	32,1	12	42,9	0,001[a]
Supervisão técnica eficaz	15	53,6	5	17,9	8	28,6	16	57,1	4	14,3	6	21,4	0,001[a]
Instalação físicas	4	14,3	20	71,4	4	14,3	3	10,7	21	75,0	4	14,3	0,001[a]
Acesso independente	18	64,3	9	32,1	1	3,6	18	64,3	8	28,6	2	7,1	0,001[a]
Recepção e Banheiro	26	92,9	2	7,1	-	-	27	96,4	1	3,6	-	-	0,071[a]
Consultórios adequados	7	25,0	10	35,7	11	39,3	8	28,6	10	35,7	10	35,7	0,001[a]
Observação adequada	4	14,3	15	53,6	9	32,1	3	10,7	14	50,0	11	39,3	0,001[a]
Climatização	9	32,1	9	32,1	10	35,7	7	25,0	10	35,7	11	39,3	0,001[a]
Boa ventilação	6	21,4	10	35,7	11	39,3	7	25,0	9	32,1	12	42,9	0,001[a]
Iluminação	11	39,3	6	21,4	10	35,7	12	42,9	6	21,4	10	35,7	0,001[a]
Água potável	8	28,6	11	39,3	9	32,1	8	28,6	12	42,9	8	28,6	0,001[a]

Tabela 4 – Indicadores de estrutura para atendimento emergencial às tentativas de suicídio antes e durante a pandemia COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2022.

(conclusão)

Indicador	Antes da pandemia						Durante a pandemia						p-valor
	Sim		Não		Em parte		Sim		Não		Em parte		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	
Higienização das mãos	7	25,0	11	39,3	10	35,7	11	39,3	8	28,6	9	32,1	0,001[a]
Limpeza das instalações	7	25,0	9	32,1	12	42,9	8	28,6	8	28,6	12	42,9	0,001[a]
Chuveiro	12	42,9	10	35,7	6	21,4	12	42,9	9	32,1	6	21,4	0,001[a]
Desinfecção	8	28,6	11	39,3	9	32,1	9	32,1	11	39,3	8	28,6	0,001[a]
Repouso	4	14,3	14	50,0	10	35,7	2	7,1	16	57,1	10	35,7	0,001[a]
Refeitório	10	35,7	16	57,1	2	7,1	8	28,6	15	53,6	5	17,9	0,001[a]
EPI	12	42,9	8	28,6	8	28,6	17	60,7	3	10,7	8	28,6	0,001[a]
Materiais e equipamentos	13	46,4	8	28,6	7	25,0	13	46,4	6	21,4	8	28,6O	0,001[a]
O2	16	57,1	6	21,4	6	21,4	16	57,1	6	21,4	6	21,4	0,001[a]
Leito com grades	5	17,9	16	57,1	6	21,4	6	21,4	17	60,7	4	14,3	0,001[a]
Equipamentos de Reanimação	12	42,9	9	32,1	7	25,0	12	42,9	8	28,6	8	28,6	0,001[a]
Equipamentos preservados	12	42,9	7	25,0	8	28,6	13	46,4	5	17,9	9	32,1	0,001[a]
Materiais suficientes	8	28,6	8	28,6	12	42,9	10	35,7	7	25,0	11	39,3	0,001[a]
Organograma	4	14,3	11	39,3	13	46,4	6	21,4	11	39,3	11	39,3	0,001[a]
Rotinas e técnicas	11	39,3	10	35,7	7	25,0	10	35,7	10	35,7	7	25,0	0,001[a]
Protocolos clínicos	8	28,6	9	32,1	11	39,3	10	35,7	8	28,6	10	35,7	0,001[a]
Normas para afastamento	12	42,9	12	42,9	4	14,3	11	39,3	8	28,6	9	32,1	0,001[a]
Descanso profissional	10	35,7	13	46,4	5	17,9	10	35,7	13	46,4	5	17,9	0,001[a]
Protocolo de testagem para COVID-19	5	17,9	17	60,7	6	21,4	8	28,6	15	53,6	5	17,9	0,001[a]
Recurso humanos	6	21,4	11	39,3	11	39,3	6	21,4	11	39,3	10	35,7	0,001[a]
Solicitação de medicamentos	8	28,6	12	42,9	8	28,6	10	35,7	10	35,7	8	28,6	0,001[a]

Fonte: Elaboração própria.
Legenda: [a] Teste Qui-quadrado de *Pearson*.

Os indicadores de processo e resultado estão apresentados na tabela 5. A análise descritiva indica que os participantes apesar de não consideram melhorias nos indicadores de identificação do paciente após a ascensão da pandemia, o percentual desse indicador foi elevado correspondendo a 82,1% dos casos. Ainda, a avaliação

do ambiente de cuidado não apresentou alteração antes e durante, o qual manteve-se desconfortável desde o advento da crise sanitária (53,6%).

Modificações positivas e significativas (p=0,001) diante do cenário pandêmico foram evidenciadas nas seguintes dimensões: triagem (67,9%), procedimentos específicos (50%), atendimento emergencial (53,6%), reunião entre equipe (35,7%), registros assistenciais e de indicadores, e notificações das tentativas de autoagressão (64,3%). Em relação a resolutividade (39,3%) verificou-se que não houve aumento percentual, assim como na percepção de agilidade clínica (28,6%).

Tabela 5 – Indicadores de processo e resultado do atendimento emergencial às tentativas de suicídio antes e durante a pandemia COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2022

Indicador	Antes da pandemia						Durante a pandemia						p-valor
	Sim		Não		Em parte		Sim		Não		Em parte		
	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%	N	%	
Ambiente confortável	1	3,6	15	53,6	12	42,9	1	3,6	15	53,6	11	39,3	0,382[a]
Triagem	18	64,3	5	17,9	5	17,9	19	67,9	5	17,9	4	14,3	0,001[a]
Identidade e privacidade	23	82,1	2	7,1	3	10,7	23	82,1	2	7,1	3	10,7	0,001[a]
Relacionamento harmonioso	17	60,7	3	10,7	8	28,6	17	60,7	3	10,7	8	28,6	0,001[a]
Procedimento específicos	12	42,9	6	21,4	10	35,7	14	50,0	5	17,9	8	28,6	0,001[a]
Cuidados discutidos	12	42,9	6	21,4	10	35,7	12	42,9	7	25,0	9	32,1	0,001[a]
Assistência efetiva	15	53,6	4	14,3	8	28,6	15	53,6	4	14,3	8	28,6	0,001[a]
Resolutividade	11	39,3	7	25,0	10	35,7	11	39,5	7	25,0	10	35,7	0,001[a]
Planejamento	16	57,1	3	10,7	9	32,1	16	57,1	3	10,7	9	32,1	0,001[a]
Comunicação	16	57,1	3	10,7	8	28,6	15	53,6	3	10,7	10	35,7	0,001[a]
Emergência RAPS	14	50,0	8	28,6	6	21,4	15	53,6	7	25,0	6	21,4	0,001[a]
Reunião entre equipe	8	28,6	13	46,4	7	25,0	10	35,7	11	39,3	7	25,0	0,001[a]
Aspecto éticos	15	53,6	6	21,4	7	25,0	15	53,6	7	25,0	6	21,4	0,001[a]
Ficha do paciente	25	89,3	1	3,6	2	7,1	26	92,9	-	-	2	7,1	0,008[a]
Registro de indicadores	15	53,6	9	32,1	4	14,3	18	64,3	5	17,9	4	14,3	0,001[a]
Notificações das tentativas	17	60,7	10	35,7	1	3,6	18	64,3	8	28,6	2	7,1	0,001[a]
Resolutividade	11	39,3	4	14,35	13	46,4	11	39,3	4	14,3	13	46,4	0,001[a]
Agilidade	8	28,6	9	32,1	11	39,3	8	28,6	9	32,15	11	39,3	0,001[a]
Transferência	19	67,9	3	10,7	5	17,9	19	67,9	3	10,7	5	17,9	0,001[a]

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: [a] Teste Qui-Quadrado de *Pearson*.

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, a tentativa de suicídio constituiu um fenômeno complexo, expressivo e multidimensional, exigindo para seu gerenciamento o reconhecimento precoce, assim como o atendimento emergencial em unidade especializada.

Apesar de serem registradas 443 notificações entre os anos de 2019 a 2022, evidenciou-se redução considerável nos registros clínicos, especialmente após o ano de 2020, que marca o advento e a ascensão da pandemia COVID-19. Os resultados diferem da literatura, que aponta crescimento considerável dos indicadores de tentativa de suicídio durante o cenário pandêmico.

Ainda, pode-se destacar que o declínio no registro de casos pode expressar a priorização de outras demandas assistenciais necessárias para contenção da crise sanitária ou a sobrecarga de trabalho vivenciada pelos profissionais durante o enfrentamento da pandemia, resultando na redução considerável dos indicadores de notificação.

A caracterização dos participantes foi semelhante ao perfil já evidenciado por estudos populacionais desenvolvidos no Brasil e em outros países que também apontam maior prevalência no sexo feminino. A maior prevalência entre as mulheres pode refletir o maior potencial para o estresse, bem como a carga de responsabilidades em sua família, o ambiente de trabalho, a falta de parceiro ou cônjuge e a idade jovem. Além disso, destaca-se as fases do ciclo reprodutivo, as flutuações hormonais e neuroquímicas relacionadas ao ciclo menstrual (WEISS *et al*., 2022; OLIVEIRA *et al*., 2020).

Na mesma perspectiva, outra investigação que avaliou a expressão do comportamento entre os sexos demonstrou que os coeficientes de tentativa de suicídio tiveram impacto diferenciado, indicando que os processos psicossociais podem ser influenciados pelas diferenças de gênero (AGUIAR *et al*., 2022).

Em relação à idade, houve expressivo predomínio de adultos jovens, com idade entre 20 a 34 anos. Este achado reitera a idade como um dos principais fatores presentes nas tentativas de suicídio, tendo em vista a dificuldade característica deste grupo etário para lidar com os estressores, a busca pela formação da identidade pessoal, mudanças hormonais, a baixa capacidade de abstração e a maior predisposição para o consumo de substâncias psicoativas (WEISS *et al*., 2022; PEREIRA; ALVARENGA, 2017).

O predomínio das tentativas de suicídios também ocorreu em pessoas autodeclaradas pardas e de baixa escolaridade. Na literatura, a vulnerabilidade desse segmento populacional está relacionada ao contexto neoliberal contemporâneo, uma vez que as chances para ingressar no mercado de trabalho e adquirir renda é reduzida consideravelmente. Ainda, destaca-se a realidade brasileira no segmento educacional caracterizada por dificuldades para informações, reconhecimento dos fatores de risco e as limitações no acesso aos serviços de saúde (BOTTI *et al*., 2018).

Quanto à situação conjugal, houve o predomínio de solteiros, também reconhecido como fator de risco para a tentativa de suicídio, uma vez que a presença de um cônjuge representa referenciais para reestruturação de vínculos afetivos, como também para manutenção da segurança no manejo da doença, do tratamento e de incapacidades, constituindo fonte de vigilância, apoio social e emocional (OLINDA; SANTOS; MARQUES, 2020).

As notificações dos agravos realizados em 2020 tiveram um declínio considerável, o que difere da literatura, que aponta tendência crescente dos indicadores de tentativa em meio a pandemia (WATANABLE; TANAKA, 2022; SANTOS FILHO *et al*., 2022). Esse resultado pode ser justificado pela priorização das medidas de controle epidemiológico da infecção COVID-19, a negligência da saúde mental e da notificação das tentativas de suicídio.

Destaca-se também as dificuldades de acesso dos pacientes aos serviços de saúde, a queda nos indicadores de busca pelos serviços de saúde por conta das medidas de isolamento e baixa importância e comprometimento dos profissionais pela notificação, uma vez que a pandemia aumentou a demanda de trabalho e acarretou sobrecarga profissional.

Quanto à manifestação clínica, a tentativa de suicídio pode ser definida como um problema complexo, tendo em vista a elevação das taxas de incidência e a sua recorrência, sendo constantemente associada à presença de transtornos mentais crônicos e graves. Estima-se uma tentativa de suicídio a cada três segundos e a ocorrência de um suicídio a cada 40 segundos. Aproximadamente, um quarto dos indivíduos com história de tentativas acaba tentando novamente o suicídio no ano seguinte e para cada suicídio completo há entre 10 e 20 tentativas de suicídio (ANDRADE, 2022b).

O local predominante para a ocorrência da tentativa foi a residência e os métodos prevalentes envolveram o enforcamento e a intoxicação exógena. A literatura

aponta que esse aspecto é comum nos pacientes, devendo ser clinicamente investigado, tendo em vista que uma tentativa prévia constitui um dos principais fatores de risco para a futura efetivação desse intento (OLINDA; SANTOS; MARQUES, 2020).

A avaliação da estrutura considerou os recursos empregados para alcançar os resultados da intervenção assistencial como área física, recursos humanos, qualificação profissional, perfil de atendimento e funcionamento e serviços ofertados à população.

Assim, essa dimensão associa-se aos recursos materiais, físicos, operacionais, humanos e financeiros necessários ao funcionamento da assistência, configurando-se também como método de análise da sistematização e gestão da assistência, bem como da qualidade, eficiência e eficácia do cuidado emergencial (OLIVEIRA *et al.,* 2018).

Nesse contexto, mesmo com as melhorias evidenciadas na estrutura institucional, os participantes indicaram limitações e fragilidades assistenciais associadas às instalações físicas, à baixa acessibilidade ao baixo alinhamento do serviço à política pública de saúde mental e às necessidades psicossociais da população (SAMPAIO; BISPO, 2021).

Neste estudo, o afastamento dos profissionais idosos constituiu uma realidade expressiva diante do cenário pandêmico. Trata-se de uma estratégia amplamente recomendada para proteção da saúde dos grupos que apresentam maior vulnerabilidade para complicações graves e para mortalidade quando comparada a população geral (HELIOTERIO *et al*., 2020; FERIOLI *et al*., 2020).

As estimativas projetadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) confirmam essa tendência, apontando alta mortalidade entre os trabalhadores idosos. O mesmo levantamento indica que até 16 de junho de 2020 a prevalência de óbitos entre os profissionais de saúde com 60 anos ou mais correspondeu a 18,7% (COFEN, 2020).

Esses dados confirmam que o processo de envelhecimento associado à alta prevalência de doenças crônicas degenerativas representam importantes fatores de risco e concentram os indicadores de mortalidade, sobretudo entre os profissionais de saúde. Ainda, indicam que o afastamento laboral pode reduzir o grau de exposição ocupacional à doença, assim como os indicadores de mortalidade (HUH, 2020; KOH, 2020).

Diante do afastamento laboral, seja pela proteção dos grupos vulneráveis ou pela contaminação ocupacional, evidenciou-se que o Índice de Segurança Técnica (IST) também aumentou com o advento e a progressão do cenário pandêmico. Esse resultado demonstra que as organizações de saúde têm adotado diferentes estratégias de gestão que possibilitem conciliar a redução dos custos, a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos e a satisfação dos clientes como a previsão de pelo menos 15% adicional no quadro profissional, especialmente da equipe de enfermagem para cobertura das ausências não previstas (COFEN, 2004).

Apesar de não serem evidenciadas alterações no quadro de profissional médico, a equipe de enfermagem cresceu significativamente em resposta a crise sanitária em virtude do aumento abrupto dos atendimentos emergenciais e da carga de trabalho, assim como da elevação na incidência de transtornos mentais e no uso de substâncias psicoativas, fatores de risco para a tentativa de suicídio (ROCHA *et al*., 2022).

Além disso, destaca-se que mesmo com o aumento percentual das atividades de supervisão técnica, ainda é elevada a prevalência dos profissionais que desconhecem os protocolos clínicos e o organograma institucional. Esse resultado reforça a necessidade da estruturação de atividades voltadas para educação permanente e qualificação profissional.

O baixo conhecimento dos profissionais sobre os fluxos de cuidado e as fragilidades dos mecanismos de comunicação institucionais dificultam o desenvolvimento do cuidado integral e continuado, e comprometem a construção de uma linguagem coletiva e reconhecida pelos diversos profissionais que atuam no setor emergencial (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Destaca-se que o conhecimento, atitudes e práticas adequadas entre profissionais de saúde podem diminuir o risco de contaminação e contribuir para melhoria dos desfechos clínicos durante o atendimento às tentativas de suicídio. Essas evidências também reforçam que as instituições devem garantir acesso a informação, treinamento adequado e preparação emocional para aumentar a qualidade do cuidado e subsidiar a sua estruturação nas melhores evidências científicas (SOUSA *et al.*, 2022).

Embora o acesso aos recursos para testagem em massa tenha se configurado como um importante desafio global, inclusive para os profissionais de saúde, no contexto estudado os indicadores foram intensificados na progressão da pandemia.

Trata-se de uma medida para controle epidemiológico que permite direcionar as estratégias e os protocolos de segurança ocupacional, assim como conhecer o perfil epidemiológico da doença (KANTORSKI *et al.*, 2021).

A dimensão processo se relaciona com as medidas adotadas pelos serviços assistenciais para atingirem os resultados esperados seja por meio da observação direta da prática ou pela análise dos registros assistenciais. Assim, compreende a análise das atividades ofertadas no desenvolvimento da assistência e abrange desde os procedimentos, técnicas, aspectos éticos e até a relação terapêutica (FERREIRA *et al.,* 2021).

Na dimensão Resultado, que consiste em saber se os objetivos das intervenções em saúde estão sendo alcançados, a avaliação descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde (DONABEDIAN, 1992).

Embora não tenha sido verificada melhorias nos indicadores de identificação do paciente, seu percentual permaneceu elevado indicando alinhamento a primeira meta internacional de segurança do paciente. Considerada uma ferramenta importante para prevenção e redução de danos potencialmente fatais, a identificação do paciente psiquiátrico ainda representa um desafio global e requer o planejamento estratégias para implementação adequada (DIAS *et al*., 2019).

Quanto ao ambiente do cuidado, não foram verificadas alteração antes e durante, mantendo-se desconfortável em ambas as avaliações. Esses resultados podem estar associados as limitações evidenciadas na infraestrutura física, humana e operacional.

Outras mudanças positivas compreenderam a triagem assistencial de todos os pacientes durante a admissão no serviço emergencial, a realização procedimentos específicos, os registros assistenciais e as notificações dos episódios de violência autoprovocada.

A triagem no serviço de emergência psiquiátrica busca uma avaliação dinâmica dos usuários, contribui para um atendimento organizado e estruturado mediante protocolo sistematizado, promove a satisfação do usuário e da equipe de saúde, permite classificar e minimizar os riscos, bem como otimiza o tempo de atendimento e os recursos utilizados (COSTA *et al*., 2020).

O registro e a notificação da tentativa de suicídio, mesmo tendo apresentado melhora neste estudo, constitui um desafio global, especialmente diante da carga de

trabalho imposta pela pandemia COVID-19 e por suas medidas de enfrentamento. No contexto nacional e internacional é amplamente referenciado seus impactos na identificação, rastreio e notificação nos diferentes tipos de violência, resultando na baixa visibilidade do problema e em limitações severas para efetivação das estratégias de prevenção e controle (LEVANDOWSKI *et al*., 2021).

Desse modo, considera-se que o cuidado ao paciente psiquiátrico exige muito além da assistência prestada, envolvendo também a estrutura, equipamentos, profissionais, treinamentos, processos, políticas, protocolos e procedimentos específicos. Esses componentes quando integrados formam uma assistência de qualidade e melhoram o desfecho de cada paciente envolvido nesse processo (CASTANHEIRA *et al.,* 2020).

Diante das dificuldades encontradas, não se pode deixar de considerar as ameaças à Reforma Psiquiátrica brasileira e à sustentabilidade do SUS em decorrência do quadro social, econômico e político vivenciado no Brasil nos últimos anos (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

É importante destacar duas limitações do estudo. A primeira refere-se ao não preenchimento adequado das fichas de notificação das tentativas de suicídio pelos profissionais de saúde que atuam da urgência psiquiátrica visto que a omissão de informações ou o seu respectivo registro de maneira errônea afetam diretamente os indicadores epidemiológicos necessários para a identificação, rastreio e prevenção das tentativas do suicídio.

Outra limitação diz respeito ao número de profissionais de saúde que participaram do estudo, menor que o esperado, decorrente do afastamento das atividades laborais presenciais na instituição daqueles com idade igual e/ou superior a 60 anos, conforme as determinações dos decretos estaduais que normatizavam o distanciamento social durante a pandemia de COVID-19.

7 CONCLUSÕES

Os indicadores de tentativa de suicídio, apesar de apresentarem queda com o advento da pandemia COVID-19, foram expressivos por serem recorrentes, predominando no sexo feminino, com idade média de 20-34 anos e com histórico de transtorno mental e comportamental.

Apesar do cenário pandêmico exigir a reestruturação assistencial em diferentes contextos e níveis de atenção, os profissionais investigados consideram que a instituição não apresenta infraestrutura adequada para atendimento dos pacientes em situação de crise. Em meio a isso, foram evidenciados avanços na dimensão processo, expressa pela melhoria no sistema de triagem, reunião entre equipe, registros assistenciais e de indicadores, e notificações das tentativas de autoagressão.

Os indicadores de estrutura, processos e resultados, quando associados adequados garantiriam, a priori, o alcance de melhores resultados ou dos objetivos propostos. Portanto o presente estudo evidenciou na sua totalidade ausência de mudanças principalmente no que diz respeito a estrutura durante o advento da pandemia da COVID-19.

Assim, a hipótese nula foi confirmada nesta investigação haja visto que os resultados não demostraram alterações dos indicadores de estrutura, processo e resultado no advento da pandemia da COVID-19.

A partir desta pesquisa, pode-se perceber a necessidade de outros estudos voltados para a avaliação dos indicadores de estrutura, processo e resultado durante os atendimentos, para assegurar a qualidade na assistência e no desempenho profissional voltado para o rastreio, monitoramento e prevenção aos casos de suicídio.

Ademais, sugere-se a realização de pesquisas voltadas para os indicadores de notificação, os quais não foram contemplados neste estudo. Tais indicadores potencializam o embasamento para a efetivação de políticas públicas de proteção à saúde mental e valorização da vida, e constituem estratégias importantes que impactam nos coeficientes de incidência, prevalência e mortalidade em casos de tentativas de suicídio.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. A. *et al*. Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da atenção primária à saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, n. 2, p. 133-140, 2022.

ALMEIDA, A. *et al.* O suicídio como problema de saúde pública. **Saúde coletiva**, Barueri, v. 11, n. 61, p. 5018-5027, 2021. Diponível em: https://revista.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1208. Acesso em: 8 out. 2022.

ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, e00129519, 2019.

AMARAL, C. E. M. *et al*. Assistência à saúde mental no Brasil: estudo multifacetado em quatro grandes cidades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00043420, 2021.

ANDRADE, A. S. Pandemia COVID-19: Um agente potencializador de tentativas e suicídios? Um estudo. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 1, p. 4264-4269, 2022a

ANDRADE, M. V. Fatores associados à recorrência de tentativas de suicídio: uma revisão integrativa da literatura de 2000 a 2020. Rev. Bras. Psicoter.(Online), p. 107-123, 2022b.

ARAÚJO, R. E. **Análise exploratória dos indicadores de resultado dos núcleos de apoio a saúde da família (NASF)**: a experiência de Belo Horizonte. 2014.121f. Dissertação (Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional) Universidade Federal de Minas Gerais. 2014.

BAÉRE, F. Registro de tentativa de suicídio no Distrito Federal: uma realidade subnotificada. **Interação em Psicologia**, v. 23, n. 1, 2019.

BELLINI, L. C. *et al*. Internação na Emergência Psiquiátrica-Significados, Sentimentos, Percepções e Expectativas da Família**. Rev Fund Care Online**. v. 11, n. 2, p. 383-389, 2019.

BETZ, E. COVID-19 And Suicide: An Uncertain Connection. **STAT**. 2020 . Disponível em: https://www.statnews.com/2020/04/22/suicide-COVID-19-uncertain-connection/. Acesso em: 09 jun 2022.

BORBA, L. O. *et al*. Fatores associados à tentativa de suicídio por pessoas com transtorno mental. **Revista Mineira de Enfermagem,** v. 24, n. 1284, 2020.

BOTTI, N. C. L. *et al*. Características e fatores de risco do comportamento suicida entre homens e mulheres com transtornos psiquiátricos **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, e54280, 2018. Disponível em: https://docsbvsalud.org/biblioref/2018/05/883500/54280-231505-1-pb.pdf. Acesso em: Acesso em: 09 jun 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 09 maio 2022. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008. html. Acesso em: 03 fev 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, n. 12, s. 1, p. 59, 13 jun.2013. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Violência interpessoal/autoprovocada**. SINANWEB. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Diretriz EBSERH de humanização**: assistência humanizada para melhoria da qualidade em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Diário Oficial da União. Brasília (DF): PR, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 13.969, de 06 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 337, de 24 de março de 2020**. Dispõe acerca de medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, COVID-19, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 393, de 13 de março de 2020**. Dispõe acerca da aprovação da Resolução GMC nº 02/2015: requisitos de boas práticas para organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência (revogação da Res. GMC nº 12/2007). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**,v. 52, n. 3, set. 2021.

BURIOLA, A. A. *et al*. Avaliação da estrutura e de recursos humanos de um serviço de emergência psiquiátrica. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, p 1-10, 2017.

CABRAL, K. B. *et al*. Classificação de risco em um serviço pediátrico: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2021.

CALIXTO, T. M. **Risco de suicídio e a pandemia do coronavírus**. 2021. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021.

CASTANHEIRA, J. S. *et al*. Assistência na parada cardiorrespiratória: estruturas do cuidado em saúde em uma unidade de internação hospitalar. Research, Society and Development, v. 9, n. 9, p. e329997319-e329997319, 2020.

CHAMPAGNE, F. A Análise da Implantação. *In*: BROUSSELLE **A. Avaliação em saúde**: conceitos e métodos. 2 reimpr. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 293, de 21 de setembro de 2004**. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados [legislação na Internet]. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: http://corensp.org.br/072005/legislacoes/legislacoes_busca.php?leg_id=10105&texto=. Acesso em: 13 jan. 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Observatório da Enfermagem. **Profissionais infectados com COVID-19 informado pelo serviço de saúde**. 2020. Disponível em: http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/. Acesso em: 16 jun. 2020.

COSTA, D. M. A. *et al*. Psychiatric hospitalizations related to mental and behavioral disorders in a psychiatric hospital. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 42, p. e48746, 2020.

COSTA, J. P. *et al*. The accuracy of the Manchester Triage System in an emergency service. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2020, v. 41, e20190327, Epub 26 out. 2020. ISSN 1983-1447. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190327. Acesso em: 13 jan. 2023.

DIAS, M. O. *et al*. Percepção das lideranças de enfermagem sobre a luta contra a precarização das condições de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.53, 2019.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**, v. 1, p. 77-125, 1980.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**: the definition of quality and approaches to its assessments. v.1. Ann Arbor: Health Administration Press. 1982.

DONABEDIAN, Avedis. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB-Quality Review Bulletin**, v. 18, n. 11, p. 356-360, 1992.

DOUGLAS, K. M. Teorias da conspiração COVID-19. **Processos de Grupo e Relações Intergrupais**, v. 24, n. 2, p. 270-275, 2021.

ELBOGEN, E. B. *et al*. Respond to “Stressors and suicide attempts in a time of COVID-19. **American Journal of Epidemiology**. v. 189, n. 11, p. 1278-1279, 2020.

EVERY-PALMER, S. *et al*. Psychological distress, anxiety, Family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand dutrin the COVID-19 lockdown: a cross-sectional study. **PLoS ONE**. v. 15, n. 11, 2020.

FERIOLI, M. *et al*. Protecting healthcare workers from SARS-CoV-2 infection: practical indications. **European Respiratory Review**: an official journal of the European Respiratory Society. Sheffield, v. 29, n. 155, p. 1-7, 2020.

FERREIRA, J. *et al*. Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. **Avances en Enfermería**, v. 39, n. 1, p. 63-73, 2021.

FIGUEIREDO, T. A. *et al*. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 29, 2019.

FRANKLIN, J. C. *et al*. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. **Psychol Bull**. v. 143, n. 2, p. 187-232, 2017.

GALLASCH, C. H. *et al*. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro online**, Rio de Janeiro, v. 28. 2020.

GILLETT, G.; JORDAN, I. Sever psychiatric disturbance and attempted suicide in a patient with COVID-19 and no psychiatric history. **BMJ Case Report**, v. 13, 2020.

GOODFELLOW, B.; KÕLVES, K. LEO, D. Contemporary clasifications of suicidal behaviors. **Crisis**, v. 41, n. 3, p. 179-186, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31512927. Acesso em: 10 set. 2022

HELIOTERIO, M. C. *et al*. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 18, n. 3, e00289121, Epub, 31 jul. 2020. ISSN 1981-7746. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289. Acesso em: 13 jan. 2023.

HERNÁNDEZ-CALLE *et al*. Trends in psychiatric emergency department visits due to suicidal ideation and suicide attempts during the COVID-19 pandemic in Madrid, Spain. **J Clin Psychiatry**. v. 81. n. 5, 2020.

HEUKO, J. G. *et al*. Violência autoprovocada: estudo da incidência nos primeiros meses da pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e40111234101, 2022.

HUH, S. How to train health personnel to protect themselves from SARS-CoV-2 (novel coronavirus) infection when caring for a patient or suspected case. **Journal of Educational Evaluation Health Professions**, Chuncheon, South Korea, v. 17, n. 10, p. 1-6, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32150796/. Acesso em: 13 jan. 2023.

KAHIL, H *et al*. Suicide during COVID-19 and other major international respiratory outbreaks: A systematic review. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 56, p. e-102509, 2021.

KANTORSKI, L. P. *et al*. Suspected infection, absenteeism at work and testing for covid-19 among nursing professionals. **Texto & Contexto** – Enfermagem [online]. 2021, v. 30, e20210135, Epub, 1 nov. 2021. ISSN 1980-265X. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0135. Acesso em: 13 jan. 2023.

KOH, D. Occupational risks for COVID-19 infection. **Occupational Medicine**, Oxford, v. 70, n. 1, p. 3-5, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7107962/. Acesso em: 13 jan. 2023.

LEVANDOWSKI, M. L. *et al*. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 37, n. 1, e00140020, Epub, 11 jan. 2021. ISSN 1678-4464. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00140020. Acesso em: 13 jan. 2023.

LOPES, M. M. *et al*. As medidas governamentais de prevenção ao suicídio no Brasil têm sido efetivas?. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. e146111133319, 2022.

LOPES, L. S.; TEIXEIRA, L. C. Automutilações na adolescência e suas narrativas em contexto escolar. **Estilos clin.**, v. 24, n. 2, p. 291-303, 2019.

MARCOLAN, J. F., SILVA, D. A. da. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Revista M.** Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer, v. 4, n. 7, p. 31-44. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.31-44. Acesso em: 10 set. 2022.

MARQUES, H. R. R. **Saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia covid-19**: desafios, estratégias e intervenções terapêuticas para o manejo do estresse ocupacional. Orientador: Roger dos Santos Rosa 2022. 25 f. Trabalho de Conclusão

de Curso (Especialização) – Faculdade de Medicina, Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

MEIRA, S. S. *et al*. Representações sociais de profissionais de emergência sobre prevenção de readmissões hospitalares por tentativa de suicídio. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

MELO, M. A. S. *et al*. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 71, 2018.

MOREIRA, É. S. *et al*. Automutilação em adolescentes: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3945-3954, 2020.

MPT-DF/TO. Checklist das condições de trabalho nos serviços de saúde. *In*: **Ministério Público do Trabalho no Distrito Federal e no Tocantins**: 10ª região, 24 mar. 2020. Disponível em: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScmRky5ukbtz-mFJyV5zS1bhYpMjRNeoiMFAJVBnPlo3U-BTA/viewform. Acesso em: 10 set. 2022.

NASCIMENTO, B. B. *et al*. Dificuldades no atendimento às situações de urgências e emergências psiquiátricas. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 3, p. 215-220, 2019.

NASCIMENTO, A. B.; MAIA, J. L. F. Comportamento suicida na pandemia por COVID-19: **Panorama geral. Research, Society and Development,** v. 10, n. 5, p. e59410515923, 2021

OLINDA, K. R. de S.; SANTOS, R. F. dos; MARQUES, T. H. C. Fatores associados ao comportamento suicida em hospital psiquiátrico: estudo transversal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 6, e3050, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.25248/reas.e3050.2020. Acesso em: 13 jan. 2023.

OLIVEIRA, L. S. *et al*. Indicadores de qualidade nos serviços de urgência hospitalar. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE, v. 4, n. 3, p. 173-173, 2018.

OLIVEIRA *et al*. Prevalência de tentativas de suicídio entre adolescentes e jovens. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 4, p. 85-91, 2020. Disponível em: https//dx.doi.org./10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.168441. Acesso em: 16 nov. 2022.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. **Folha informativa**: suicídio. OMS, 2018. Disponível em: https//www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:Folha-Informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 5 out. 2022.

OPAS. **Organização Panamericana da Saúde**. Opas, s/d. Disponível em: https://www.paho.org/pt. Acesso em: 5 out. 2022.

PEREIRA, W. S. B. Desafios e perplexidades no atendimento de emergência a quem tenta suicídio. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 6, p. 37-57, 2022.

PEREIRA, A. C. R.; ALVARENGA, V. C. Suicídio: um estudo sobre fatores de risco. **Revista Educação, saúde e Meio Ambiente**, v. 3, p. 35-52, 2017. Disponível em: https://www.unicerp.edu.br/revistas/educsaudemeioamb/2017-2/ART-03-EDUCACAO-2017-2.pdf. Acesso em: 5 out. 2022.

PESSOA, D. L. R. *et al*. Os principais desafios da gestão em saúde na atualidade: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 3413-3433, 2020.

PORTELA, F. **Modelo de avaliação de estrutura, processo e resultado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Projeto técnico apresentado ao Programa de Integração de Políticas de Educação à Distância. Universidade Federal do Paraná. 2016.

RAMOS, K. A. *et al*. Prevalência de suicídio e tentativa de suicídio no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 32, p. e1244, 2019

REIS, M. S. **Indicadores de qualidade na teleconsulta em cuidados de saúde primários**: o cuidado centrado no utente. Orientadores: Nazaré da Glória do Rego e José António Crispim. 2022. 56 f. Projeto (Mestrado) – Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho, Minho, 2022.

RISI, L. R. *et al*. Desenvolvimento de máscaras de tecido e celulose para resposta emergencial à pandemia provocada pelo SARS-CoV-2. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**. v. 28, p. 1-10, 2020.

ROCHA, D. M. *et al*. Contribuições das tecnologias em saúde na avaliação de risco para comportamento suicida: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, supl. 3, p. e20200205, 2021.

ROCHA, D. M. *et al*. Comportamento suicida durante a pandemia da COVID-19: aspectos clínicos e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2022, v. 35, eAPE02717, Epub 12 dez. 2022. ISSN 1982-0194. Disponível em: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02717. Acesso em: 13 jan. 2023.

RODRIGUES, I. A.; MAIA, A. M. Q.; SOUZA, N. P. A política nacional de humanização e o cuidado em saúde: contribuições da política para a atenção primária à saúde no estado do Rio de Janeiro. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO**, v. 6, n. 1, p. 751-770. 2022.

ROOSLI, A. C. B. S.; PALMA, C. M. S.; ORTOLAN, M. L. M. Sobre o cuidado na saúde: da assistência ao cidadão à autonomia de um sujeito. **Psicologia USP**, v. 31, 2020.

SAIDEL, M. G. B. *et al*. Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, v. 28, n. 2020.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SANTOS, D. M. A. *et al*. Estrutura e processo de trabalho referente ao cuidado à criança na Atenção Primária à Saúde no Brasil: estudo ecológico com dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica 2012-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

SANTOS FILHO, A. *et al*. **COVID-19**: suicídio em tempos de pandemia. Subsecretaria de Saúde / Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS, 4 mar. 2022. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/files//conecta-sus/produtos-tecnicos/I%20-%202022/Suic%C3%ADdio%20em%20tempos%20de%20pandemia.pdf. Acesso em: 26 no. 2022.

SANTOS, L. A; KIND, L. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. **Interface**, Botucatu, v. 24, 2020.

SANTOS, V. C.; OLIVEIRA, L. E. S.; SANTOS, L. G. R. Aspectos socioeconômicos das tentativas de suicídio em Sergipe (Brasil). **Revista em Pauta**: teoria social e realidade contemporânea, v. 20, n. 50, 2022.

SESAPI. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio e violência autoprovocada (tentativa de suicídio) no estado do Piauí, no período de 2015 a 2017.**Boletim de Informação em Saúde – BIS**, a. 2, n. 2, mai. 2018.

SHER, L. Suicide research and preventin during and after the COVID-19 pandemic. **Acta Psychiatrica Scadinavica**. v. 142. p. 353-354, 2020.

SILVA, B. S. Condições de estrutura e processo na implantaçãodo Sistema de Informação de Imunização do Brasil **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 73, n. 4, 2020.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 149-160, 2017.

SILVA, N. C.; NOGUEIRA, L. T. Avaliação de indicadores operacionais obtidos por um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, p. 471-477, 2012.

SILVA D. A. A autoestima e o comportamento suicida em estudantes universitários: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde,** n. 23, p. e422, 18 maio 2019.

SOSTER, F. F. *et al*. Ideação suicida, tentativa de suicídio ou suicídio em adolescentes: revisão narrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e54410212730, 2021.

SOUSA, C. M. S. *et al*. Ideação suicida e fatores associados entre escolares adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 54. 2020.

SOUSA, M. L. A. *et al*. Conhecimento, atitudes e práticas em relação à COVID-19 entre profissionais de saúde na América Latina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 48, n. 5, e20220018, 2022. ISSN 1806-3756. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/DWLpXpbjFTF5sNbRc4WwBKD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 13 jan. 2023.

TESTON, L. M. *et al*. Desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 31, p. e310127, 2021.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M; FURTADO, J.P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00237219, 2020.

WATANABLE, M.; TANAKA, H. Increase suicide mortality in Japan during the COVID-19pandemic in 2020. **Psychiatry Research**, Elsevier, v. 309, p. e114422, mar. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114422. Acesso em: 26 nov. 2022.

WEISS, S. J. *et al*. Potential paths to suicidal ideation and suicide attempts among high-risk women. **Journal of Psychiatric Research**, 2022.p

WHO. World Health Organization. **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak**. 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf. Acesso em: 10 set. 2022.

WHO. World Health Organization. **Guidelines for the global surveillance of severe acute respiratory syndrome (SARS): updated recommendations, october**. 2004. Disponível em: Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/who-cds-csr-aro-2004-18fcdaab9-a1ca-42f7-adaf-d5c624b54b76.pdf?sfvrsn=949080c3_1&download=true. Acesso em: 10 set. 2022.

XIONG, J. *et al*. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. **Journal of Affective** Disorders, v.277, p. 55-64. 2020.

ZALSMAN, G. *et al*. Suicide in the Times of COVID-19: review and recommendations. **Archives of Suicide Research**. v. 24, a. 4, p. 477-482. 2020.

APÊNDICES

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NO SINAN

1 INFORMAÇÕES GERAIS

Tipo de notificação: individual

Agravo/doença: violência interpessoal/ autoprovocada

Data da notificação: ____ / ____ / _____

Unidade Notificadora: HAA

Data da ocorrência da violência: ____ / ____ / _____

2 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS

Data de nascimento: ____ / ____ / _____

Sexo: 1 – Masculino ( ) 2 – Feminino ( ) 3 – Ignorado ( )

Raça/cor: 1 – Branca ( ) 2 – Preta ( ) 3 – Amarela ( )
4 – Parda ( ) 5 – Indígena ( ) 6 – Ignorado ( )

Escolaridade: 0 – Analfabeto ( )
1 – 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) ( )
2 – 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) ( )
3 – 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) ( )
4 – Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) ( )
5 – Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2ºgrau) ( )
6 – Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) ( )
7 – Educação superior incompleta ( )
8 – Educação superior completa ( )
9 – Ignorado ( )
10 – Não se aplica ( )

Situação conjugal/estado civil: 1 – Solteiro ( ) 2 – Casado/união consensual ( )
3 – Viúvo ( ) 4 – Separado ( ) 5 – Não se aplica ( ) 6 – Ignorado ( )

Portador de alguma deficiência/transtorno: 1 – Sim ( ) 2 – Não ( )
3 – Ignorado ( )

Local da ocorrência: 1 – Residência ( ) 2 – Habitação coletiva ( )
3 – Escola ( ) 4 – Local de prática esportiva ( ) 5 – Bar ou similar ( )
6 – Via pública ( ) 7 – Comércio/serviços ( ) 8 – Industrias/construção ( )
9 – Ignorado ( ) 10 – Outro:_____

Ocorreu outras vezes: 1 – Sim ( ) 2 – Não ( ) 3 – Ignorado ( )

Lesão foi autoprovocada: 1 – Sim ( ) 2 – Não ( ) 3 – Ignorado ( )

Meio de agressão: 1 – Força corporal/espancamento ( ) 2 – Enforcamento ( )
3 – Objeto contundente ( ) 4 – Objeto perfurocortante ( )
5 – Substância/objeto quente ( ) 6- Envenenamento/intoxicação ( )
7 – Arma de fogo ( ) 8 – Ameaça ( ) 9 – Outros:_____

3. DADOS DO ATENDIMENTO
Tipo de atendimento: 1 – Hospitalar ( ) 2 – Ambulatorial ( )
3 – Domiciliar ( ) 4 – Nenhum ( ) 5 – Ignorado ( )

Data do encerramento: ____ / ____ / _____

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE B – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )

Idade: ___ anos

Estado Civil: Solteiro(a)( ) Casado(a) ( ) União Estável ( )
Divorciado(a)/Separado(a) ( ) Viúvo (a) ( )

Profissão: _____

Ano de formação:_____

Possui algum curso de Pós-graduação: Sim ( ) Não( )

Se sim, qual curso? _____

Há quantos anos trabalha no HAA _____

Cargo _____

Trabalha exclusivamente no HAA ? Sim( ) Não( )

Se sim, quantos outros vínculos: 1 ( ) 2 ( ) 3 ou mais ( )

Carga horária semanal contratada no HAA ____

Turno de trabalho no HAA: matutino ( ) vespertino ( ) noturno ( ) regime de plantão ( )

Tempo de atuação no serviço de emergência:_____

Recebeu treinamento para a assistência às tentativas de suicidio? Sim ( ) Não( )

Recebeu treinamento sobre o novo coronavírus? Sim ( ) Não( )

Percebeu modificação no atendimento as tentativas de suicídio com o advento da COVID 19? Sim ( ) Não ( )

Se sim, assinale quais _____

_____

_____

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APENDICE C – ESTRUTURA E PROCESSO PARA O ATENDIMENTO ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO ANTES E DURANTE A PANDEMIA COVID-19

PARTE A – ESTRUTURA

DOMÍNIOS	Antes da pandemia			Durante a pandemia		
	Sim	Não	Em parte	Sim	Não	Em parte
1 - Recursos humanos						
Os profissionais são especializados para atender a demanda, de acordo com o perfil de atenção,						
Os profissionais são assíduos e pontuais						
O dimensionamento do pessoal prevê reserva técnica para eventuais ausências						
Há trabalhadores com 60 anos ou mais e com comorbidades atuando no setor						
Conta com um médico responsável técnico						
Tem equipe médica em quantidade suficiente para o atendimento durante 24 horas;						
Tem um enfermeiro exclusivo da unidade, responsável pela coordenação da assistência de enfermagem						
Tem equipe de enfermagem em quantidade suficiente para o atendimento durante 24 horas						
Todos os profissionais envolvidos na assistência recebem capacitação em conformidade com as atividades desenvolvidas,						
A supervisão técnica é eficaz						
2–Infraestrutura física						
As instalações físicas estão dimensionadas de acordo a demanda, complexidade e perfil assistencial						
A emergência tem acesso independente						
A sala de recepção e espera tem banheiro para os pacientes e familiares						
Os consultórios são adequados à demanda						
As salas para observação dos pacientes são adequadas						
O espaço físico é climatizado						
Há boa ventilação						

Há boa iluminação natural e artificial		
O fornecimento de água potável para a hidratação de pacientes e funcionários é abundante.		
Há oferta de recursos para a higienização das mãos como sabão e toalhas descartáveis:		
As instalações são limpas várias vezes ao dia, incluindo sanitários, consultórios, mobiliário e salas de espera		
Há instalações com chuveiros e facilidades para a higienização corporal ao entrar e ao sair dos plantões		
A limpeza e desinfecção das instalações e do mobiliário é realizada pelo menos duas vezes ao dia ou sempre que necessário		
As áreas para repouso e descanso dos funcionários é provida de mobiliário adequado		
As refeições dos trabalhadores do horário noturno são realizadas no refeitório		
3 - Materiais e equipamentos		
A oferta de EPIs é adequada		
Os materiais e equipamentos para o atendimento do paciente são suficientes		
Há cilindro de oxigênio portátil ou rede canalizada de gases		
A maca e/ou leito hospitalar tem grades laterais		
Os equipamentos para reanimação cardiorrespiratória são suficientes		
Os equipamentos estão bem preservados		
Os medicamentos em urgências e emergências e materiais de consumo são suficientes		
4 - Recursos normativos		
O organograma do hospital e do serviço são conhecidos pelos profissionais		
Há instruções escritas e atualizadas das rotinas técnicas implementadas.		
Há protocolos clínicos para direcionar as todas as etapas do cuidado		
Há normas para o afastamento e retorno ao trabalho da equipe de saúde em caso de doenças		
Os horários para descanso dos profissionais em regime de plantão são normatizados		
Há protocolo de testagem dos profissionais em relação a doenças virais		
5 –Recursos Financeiros		
A administração prevê e provê os recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao funcionamento da emergência		

As solicitações de medicamentos, materiais e equipamentos são adquiridos prontamente		

Parte B – PROCESSO DE ATENDIMENTO

Domínios	**Antes da pandemia**			**Durante a pandemia**		
	Sim	**Não**	**Em parte**	**Sim**	**Não**	**Em parte**
1. Relação terapêutica						
O ambiente do cuidado é confortável e acolhedor						
Ao adentrar o serviço é realizada a triagem de maneira reservada, sem expor ou constranger o paciente e acompanhante						
A identidade e a privacidade do paciente são preservadas assegurando o respeito e dignidade;						
Há um relacionamento harmonioso e ético entre os profissionais de saúde, o paciente e familiares						
Os procedimentos específicos de cada categoria profissional são realizados e avaliados						
2 – O planejamento do cuidado						
O cuidado ao paciente é discutido entre a equipe de saúde						
A assistência é efetiva						
A Resolutividade do cuidado é avaliada						
O planejamento do cuidado é anotado						
A comunicação entre os profissionais é adequada						
3 – Gestão do cuidado						
A emergência atende as necessidades da rede de atenção psicossocial						
Há reunião entre a equipe para discutir e gerenciar o cuidado						
São preservados os aspectos éticos entre os profissionais da equipe						
Cada paciente atendido tem uma ficha ou prontuário que pode ser acessado e arquivado em local apropriado						
Há registro de indicadores de cuidado						
Todas as tentativas de suicídio são notificadas						
O serviço propicia a resolubilidade no atendimento						
Há agilidade da referência e contrarreferência						
Assegura a transferência do paciente para outros serviços						

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado(a) Senhor (a)

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa denominada **Qualidade da estrutura e do processo de emergência psiquiátrica para atendimento as tentativas de suicídio, antes e durante a pandemia da COVID-19**.

Esta pesquisa está sob a responsabilidade das pesquisadoras Profª. Drª. Lídya Tolstenko Nogueira e Mestranda Ivana Cavalcante de Sousa Brussa e tem como objetivo geral: Avaliar as dimensões estruturais e de processo em serviço de emergência psiquiátrica frente as tentativas de suicídio antes e durante a pandemia de COVID-19. Neste sentido, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que visa assegurar seus direitos como participante. Após seu consentimento, assine todas as páginas e ao final desse documento que está em duas vias. O mesmo, também será assinado pela pesquisadora em todas as páginas, ficando uma via com você, participante da pesquisa e outra com a pesquisadora. Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora responsável pela pesquisa através do seguinte telefone (86) 99532-2855 Se mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina – PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.br; no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e à tarde, 14h00 às 18h00. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Esclarecemos mais uma vez que sua participação é voluntária, caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e as pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento.

Este estudo se justifica pela elevada incidência de tentativas de suicídio dependentes de assistência psiquiátrica em serviços de emergência, especialmente antes e durante a pandemia provocada pela Covid-19. Sabe-se que a estrutura e o processo de atendimento são fundamentais para a eficácia e efetividade no processo de atendimento de pessoas que atentaram contra a própria vida. Para a realização da pesquisa serão utilizados os seguintes procedimentos de coleta de dados: aplicação

de dois formulários, o primeiro para caracterização sociodemográfica, laboral e educacional dos profissionais de saúde e o segundo, para avaliar a estrutura e o processo de atendimento às tentativas de suicídio**.**

Esclareço que os riscos desta pesquisa serão mínimos e estarão relacionados as possibilidades de mobilização de sentimentos, constrangimentos ou desconfortos de qualquer tipo frente à temática proposta, porém os mesmos serão contornados com a interrupção da participação no estudo, esclarecimentos de dúvidas e suporte psicológico.

Quanto aos benefícios, serão indiretos uma vez que os resultados poderão contribuir para a prevenção das tentativas de suicídio, mediante o conhecimento das condições de estrutura e do processo existentes em uma emergência psiquiátrica para o atendimento de pessoas que atentaram contra a própria vida.

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. E você terá livre acesso as todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

Esclareço ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido(a). Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo você poderá ser indenizado(a) conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

Após os devidos esclarecimentos e estando ciente de acordo com os que me foi exposto, eu, _____ declaro que aceito participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas. Para tanto, assino este consentimento em duas vias, rubrico todas as páginas e fico com a posse de uma delas.

Local e data: _____

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO E UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD

Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Nós, Profa. Dra. Lídya Tolstenko Nogueira e Ivana Cavalcante de Sousa Brussa, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado **"Qualidade da estrutura e do processo de emergência psiquiátrica para atendimento as tentativas de suicídio, antes e durante a pandemia da covid-19"**, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no SINAN a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados na citada base de dados, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem as notificações de tentativas de suicídio de janeiro 2019 a dezembro de 2021

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/UFPI.

Teresina, 03 de maio de 2021

Lídya Tolstenko Nogueira

Profa. Dra, Lídya Tolstenko Nogueira – CPF 152.704.756 – 34

Ivana Cavalcante de Sousa Brussa

Mestranda Ivana Cavalcante de Sousa Brussa – CPF 026.972.133-92

ANEXO

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DA ESTRUTURA E DO PROCESSO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA PARA ATENDIMENTO ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Pesquisador: Lidya Tolstenko Nogueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48191621.6.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.866.443

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do documento "Informações básicas"

Trata-se de uma pesquisa de mestrado contendo como pesquisadora responsável a orientadora e como pesquisadora assistente a mestranda.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um tema atual e tem despertado interesse no Brasil e em todo o mundo, no sentido de entender o fenômeno e buscar a sua prevenção. A ocorrência de mortes por suicídio tem crescido de forma alarmante e os seus elevados índices provocam preocupação em todo o mundo. Autoridades sanitárias e pesquisadores têm chamado a atenção para esse grave problema de saúde pública e apontado a importância da construção de estratégias concretas de prevenção e controle, além de enfatizar a necessidade de incluir a prevenção do suicídio como uma prioridade na agenda global de saúde (MELO et al., 2018).

A tentativa de suicídio é considerada qualquer comportamento suicida não letal relacionado a um ato intencional contra a própria vida e constitui importante problema de saúde pública. É um indicador importante para a avaliação do risco de suicídio.

Este estudo se justifica pela elevada incidência de tentativas de suicídio dependentes de assistência psiquiátrica em serviços de emergência, especialmente antes e durante a pandemia provocada pela Covid 19. Sabe-se que a estrutura e o processo de atendimento são fundamentais

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

para a eficácia e efetividade no processo de atendimento de pessoas que atentaram contra a própria vida. Tem-se em vista que o comprometimento físico, o sofrimento mental decorrente das perdas humanas causadas pelo COVID-19, as medidas de isolamento social e afastamento podem contribuir para o aumento das tentativas de suicídio na população em geral, que requer o atendimento qualificado. Portanto, é pertinente ampliar o conhecimento sobre o tema visando a fornecer subsídio para minimizar os impactos relacionados ao sofrimento mental e despertar a necessidade de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo avaliativo com foco na avaliação da estrutura e do processo de atendimento de pacientes que buscam um serviço de emergência psiquiátrica por tentativa de suicídio, antes e durante a pandemia de COVID-19.A pesquisa será desenvolvida no serviço de emergência de um hospital especializado de grande porte, referência para a assistência psiquiátrica, localizado em Teresina – PI. A primeira etapa, para avaliação da estrutura, será um estudo transversal analítico. A população será composta por todos os 50 profissionais de saúde do setor de emergência do hospital psiquiátrico. Quanto às variáveis de estrutura serão consideradas: recursos humanos, infraestrutura física; materiais e equipamentos; recursos normativos; recursos financeiros. Em relação ao processo de atendimento, serão consideradas as variáveis: relação terapêutica: planejamento do cuidado e, gestão do cuidado. Para caracterizar o perfil dos trabalhadores, será utilizado um formulário contendo dados sociodemográficas, laborais e percepção sobre modificação no atendimento as tentativas de suicídio com o advento da COVID-19. Para coletar os dados relativos à estrutura, será utilizado um formulário baseado no anexo da Portaria 393/2020, que trata sobre Requisitos de Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência (BRASIL, 2020).Para os dados relativos ao processo, buscou-se fundamento no Check List das Condições de Trabalho nos Serviços de Saúde, criado pelo Ministério Público do Trabalho (MPT, 2020) e o formulário foi construído pela autora. A segunda etapa da pesquisa será um estudo transversal analítico e será desenvolvido para evidenciar o panorama das tentativas de suicídio, considerando as notificações incluídas no SINAN e atendidas no serviço de emergência. O estudo será realizado em Teresina, capital do Piauí. Pretende-se coletar os dados em agosto de 2021, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI. Serão estudadas todas as notificações de casos de tentativas de suicídio, referentes a pessoas residentes em Teresina, realizadas nos anos de 2019 e 2020 e incluídas no SINAN.

Critério de Inclusão:
Na primeira etapa, serão incluídos no estudo os profissionais que já estejam atuando no referido setor há pelo menos um ano e que façam parte do quadro efetivo e/ou contratados para prestarem serviços. Na segunda etapa, serão incluídas todas as notificações de casos de tentativas de suicídio, referentes a pessoas residentes em Teresina, realizadas nos anos de 2019 e 2020 e incluídas no SINAN. Ressalta-se que 2019 foi considerado como o ano antes da pandemia e 2020, como o ano durante a pandemia.

Critério de Exclusão:
Na primeira etapa, serão excluídos os profissionais residentes e aqueles que estiverem em afastamento da instituição. Na segunda etapa, serão excluídas as notificações duplicadas.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Avaliar as dimensões estruturais e de processo em serviço de emergência psiquiátrica frente as tentativas de suicídio antes e durante a pandemia de COVID-19 e notificadas no Sistema de Informação de Agravos e Notificação.
Objetivos Secundários:
- Caracterizar o perfil sociodemográfico e laboral dos profissionais de saúde com atuação em serviço de emergência psiquiátrica antes e durante a pandemia de COVID-19;

- Avaliar os recursos materiais, humanos, financeiros e normativos destinados a pacientes atendidos por tentativas de suicídio antes e durante a pandemia de COVID-19;

- Descrever características individuais, contextuais e de atendimento prestado às tentativas de suicídio no serviço de emergência antes e durante a pandemia de COVID-19 e notificadas no Sistema de Informação de Agravos e Notificação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
RISCOS
Os riscos serão mínimos e estarão relacionados à mobilização de sentimentos, constrangimentos ou desconfortos de qualquer tipo frente à temática proposta. Objetivando reduzir esses riscos mínimos, antes do início da pesquisa, os participantes serão sensibilizados sobre o não

julgamento de suas respostas pelo pesquisador. Além disso, será assegurado aos participantes que a utilização dos dados ocorrerá somente no âmbito da pesquisa e que poderão desistir do estudo a qualquer momento, bem como solicitar novos esclarecimentos durante a pesquisa ou posteriormente.

BENEFÍCIOS

Quanto aos benefícios, os resultados poderão contribuir para o gerenciamento do atendimento às tentativas de suicídio, melhoria do acolhimento e do direcionamento de políticas públicas efetivas e baseadas em evidências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram anexados.

Ressalta-se que a anuência institucional encontra-se com a denominação de "termo de aquiescência";

Foi também anexado à Plataforma o documento intitulado "Declaração acerca das assinaturas" cujo teor refere-se ao comprometimento com a apresentação futura dos documentos com as assinaturas originais e não coladas.

Recomendações:

7

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em análise ao processo sob a égide da legislação pertinente foi verificado que o mesmo atende ao disposto estando, de acordo com nosso entendimento, apto para a execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação protocolo de pesquisa.

Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: http://ufpi.br/cep

1° Em atendimento as Resoluções CNS n° 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação";

2° Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3° Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4° O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1753161.pdf	16/06/2021 20:27:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/06/2021 20:25:47	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS.pdf	10/06/2021 21:48:31	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Outros	DECLARACAO_ACERCA_DAS_ASSINATURAS.pdf	10/06/2021 21:32:41	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Outros	CURRICULO_IVANA.pdf	10/06/2021 21:31:03	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Outros	CURRICULO_LIDYA.pdf	10/06/2021 21:29:29	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	10/06/2021 07:31:43	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	10/06/2021 07:31:10	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito

Outros	carta_de_encaminhamento_assinada.pdf	10/06/2021 07:27:09	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	10/06/2021 07:25:44	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade_assinado.pdf	10/06/2021 07:22:55	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Outros	TCUD_ASSINADA.pdf	10/06/2021 07:21:52	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_dos_pesquisadores.pdf	10/06/2021 07:20:39	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_aquiescencia.pdf	10/06/2021 07:19:35	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	10/06/2021 07:19:02	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

TERESINA, 26 de Julho de 2021

Assinado por:
Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento
(Coordenador(a))