

**Atenção às pessoas com comportamento suicida no atendimento móvel de urgência:
análise de uma formação**

The care of people with suicidal behavior in the mobile urgency care: analysis of a
training course

Renata de Almeida Cavalcante¹

ORCID: 0000-0003-2783-0875

Dais Gonçalves Rocha²

ORCID: 0000-0003-1103-5930

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

² Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Autor correspondente: Renata de Almeida Cavalcante - Campus Universitário Darcy Ribeiro - Asa Norte - Brasília – DF – Brasil / CEP: 70910-900 Email: renatacavalcante100@gmail.com. Contato: (61) 981857262

RESUMO

Introdução: o acolhimento à pessoa com comportamento suicida pode influenciar a adesão do paciente ao tratamento. Há fragilidades no conhecimento da problemática do suicídio entre os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as capacitações são necessárias. **Objetivo:** analisar as abordagens das equipes do SAMU nos casos de comportamento suicida durante o Curso de Emergências em Saúde Mental, promovido pelo Ministério da Saúde. **Metodologia:** através da videogravação das estações simuladas para manejo do comportamento suicida foram categorizados os resultados mediante análise temática reflexiva. **Resultados:** a formação e a sistematização proposta no curso foram destacadas como facilitadores para uma atenção baseada no modelo psicossocial. Como dificultadores enfatizaram a percepção de profissionais pouco preparados, a insegurança em relação aos atendimentos e a falta de redes articuladas. **Conclusão:** O processo formativo favoreceu reflexões sobre uma abordagem com potencial de ultrapassar a dimensão técnico-operativa na atenção às pessoas com comportamento suicida.

Palavras-chaves: Comportamento Autodestrutivo; Atendimento Pré-hospitalar; Educação Permanente.

ABSTRACT

Introduction: the sheltering of the person with suicidal behavior can influence the patient's life and adherence to treatment. There is a weakness in the knowledge about the problem of suicide among the professionals of the Mobile Urgency Care Service (SAMU) and training is necessary. **Objective:** to analyze approaches performed by SAMU teams in cases of suicidal behavior during the Training Course in Mental Health Emergencies, promoted by the Ministry of Health. **Methodology:** from the video recording of the simulated stations for the management of suicidal behavior, the results were categorized by reflexive thematic analysis. **Results:** the training and systematization proposed in the course were highlighted as facilitators for care in line with the psychosocial model. As hindrances, they emphasized the perception of poorly prepared professionals, insecurity concerning these services, and the lack of articulated networks. **Conclusion:** the training course encouraged reflections on an approach with the potential to go beyond the technical-operative dimension in the care of people with suicidal behavior.

Keywords: Self-injurious Behavior; Pre-hospital Care; Continuing Education.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um problema de saúde pública de dimensão global, que causa danos nos indivíduos e nas famílias e afeta toda a sociedade. Embora possa ser prevenido por meio de ações de promoção e prevenção em saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, anualmente, mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio em todo o mundo e que para cada morte autoprovocada, há muito mais pessoas que tentaram suicídio¹. No Brasil, cerca de 12 mil pessoas cometem suicídio por ano².

No cenário de pandemia da Covid-19, as pesquisas demonstram que fatores de risco associados ao suicídio aumentaram: perda de emprego ou econômica, trauma ou abuso, transtornos mentais e barreiras ao acesso à saúde³. Gunnell et al.⁴ afirmam que os efeitos na saúde mental no contexto pandêmico podem ser profundos e há indícios de que as taxas de suicídio aumentarão. Assim, estes autores ponderam que a prevenção do suicídio precisa de consideração urgente.

Diante da dimensão do problema, Tausch et al.⁵ ressaltam a necessidade dos países de fortalecer urgentemente suas respostas às demandas de saúde mental da população, ampliando e fortalecendo serviços de apoio psicossocial para todos, bem como de reconstruir melhores sistemas e serviços de saúde mental para o futuro.

No Brasil, as instituições psiquiátricas e o sistema normativo e assistencial da área de saúde mental sofreram reformas importantes nas últimas décadas, fruto de muita luta e resistência ao modelo de institucionalização da loucura, a favor de um novo lugar social para as pessoas em sofrimento mental⁶. As principais legislações que compõem a Política de Saúde Mental no Brasil (PNSM) apontam para um modelo de atenção diversificada e de base territorial comunitária, a partir de uma lógica de cuidado integral, interdisciplinar e assistência multiprofissional.

No período de 2016-2019, a partir de estudos das normativas emanadas pelo governo federal do Brasil e outros documentos públicos, é possível afirmar que há uma tendência de estagnação na implantação de serviços de base comunitária e retrocessos importantes na PNSM, com incentivo à internação psiquiátrica e ao financiamento de comunidades terapêuticas⁷.

No campo das urgências e emergências, a Portaria nº. 2.048/Ministério da Saúde, de 05 de novembro de 2002, que estabelece a Política Nacional de Urgência, regulamentou que a

atenção às urgências psiquiátricas é competência técnica do serviço pré-hospitalar móvel⁸. No entanto, a falta de conhecimento entre os profissionais do SAMU para atendimento de crises em saúde mental tem sido uma grande preocupação, pois estes reconhecem fragilidade no processo de formação, dificuldade no manejo de crises e há pouca ou nenhuma capacitação promovida pela instituição⁹⁻¹⁴.

O treinamento de profissionais de saúde tem sido amplamente defendido como um caminho fundamental para a prevenção do suicídio em vários países¹⁵. Os serviços de atendimento pré-hospitalar chegam precocemente às vítimas garantindo atendimento e/ou transporte adequado a um serviço integrado ao Sistema Único de Saúde¹⁶, logo é necessário o desenvolvimento de processos de educação permanente em saúde mental para que esses profissionais possam atuar de maneira assertiva e resolutiva. Rosa et al.¹⁷ destacam que assistência prestada pela equipe de atendimento pré-hospitalar móvel pode influenciar diretamente no prognóstico do paciente, sobretudo às vítimas de tentativa de suicídio e de suicídio. As autoras consideram que proporcionar um ambiente seguro, entender as necessidades do indivíduo, bem como realizar encaminhamentos adequados após a estabilização emocional podem ajudar a atenuar a situação. Ainda, como um ponto de partida para intervenções terapêuticas, podem impactar a trajetória de vida do paciente.

O Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental expressa, dentre as suas recomendações, a necessidade de investir nos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) das equipes do SAMU, a disponibilidade de um protocolo para abordagem das crises psíquicas baseado na PNSM e a previsão de uma equipe multiprofissional no SAMU 192 como referência¹⁸.

O Núcleo de Saúde Mental (NUSAM) do SAMU/DF, em 2013, foi implementado no país como primeira equipe interdisciplinar (assistente social, psicólogo, enfermeiro, psiquiatra e condutor de emergência) especializada em saúde mental e intervenção em crise no âmbito do serviço pré-hospitalar móvel. O serviço, organizado em dois componentes de atendimento, fixo e móvel, tem como objetivos prestar atendimentos resolutivos às pessoas com sofrimento intenso e transtorno mental grave, bem como contribuir nas estratégias de prevenção ao suicídio¹⁹⁻²⁰.

Diante da debilidade nos processos formativos em saúde mental, o SAMU/DF, por meio do seu Núcleo de Educação em Urgências (NUEDU) e em parceria com o NUSAM, assumiu a EPS como área prioritária de trabalho e desenvolveu uma sistematização de

atendimento para manejo de crises psíquicas no âmbito do serviço pré-hospitalar móvel. O NUEDU é o responsável pela coordenação e operacionalização dos cursos e treinamentos, enquanto o NUSAM viabiliza os profissionais para realizar as instruções e ministrar os cursos com as temáticas relacionadas à saúde mental. Portanto, os cursos e treinamentos na área de saúde mental operacionalizados pelo SAMU/DF, se dão através da parceria de seus Núcleos de Educação e Saúde Mental.

Assim sendo, de maneira regular, os núcleos desenvolvem capacitações sobre “atenção psicossocial e intervenção na crise psíquica” para profissionais da política de saúde e demais políticas setoriais do Distrito Federal e de outros estados^{19,21}. Cavalcante et al.²¹ esclarecem que essas capacitações foram construídas para orientar as equipes do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, mas devido aos sucessivos requerimentos externos de capacitação profissional em emergências em saúde mental, os treinamentos foram ampliados para os trabalhadores de outros serviços de saúde, bem como para os profissionais de outras políticas setoriais. Os autores acrescentam que uma versão do curso, na modalidade de atualização, acontece mensalmente e é destinado aos profissionais do SAMU/DF.

A EPS permite transformações no processo produtivo da saúde e, conseqüentemente, melhoria na qualidade da atenção prestada²². Portanto, torna-se uma estratégia necessária para desenvolver novas práticas de cuidado, inclusive no enfrentamento ao suicídio, que valorizem a autonomia e a participação dos sujeitos nos seus processos de construção de saúde, bem como o fortalecimento da relação “usuários-trabalhadores”, a partir do uso de tecnologias leves, como o acolhimento e a escuta²³. Com base nessa compreensão, referiremos sobre processos de EPS quando as intervenções educacionais forem capazes de fomentar reflexões sobre os conhecimentos e práticas dos profissionais. Além disso, esses processos devem ter o potencial de transformar a organização do trabalho a partir das necessidades das pessoas e do sistema e, conseqüentemente, qualificar a atenção à saúde.

A fim de desenvolver conhecimentos e práticas junto aos profissionais que atuam no atendimento de emergências em saúde mental, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) promoveu, no ano de 2021, em parceria com o Núcleo de Educação em Urgências do SAMU/DF, o “I Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental”, com a finalidade de instruir profissionais do SAMU de todos os estados do Brasil no manejo das crises psíquicas²⁰⁻²¹. A simulação realística foi utilizada como estratégia metodológica por ser inovadora, com cenários que replicam experiências da vida real e favorecem um ambiente participativo e de interatividade²⁴.

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

MÉTODOS

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

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

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

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

No módulo de Saúde Mental, foi apresentada uma sistematização de atendimento para manejo de crises psíquicas no âmbito do serviço pré-hospitalar móvel, denominada “Circuito dos Cuidados Psicossociais”, que tem como mnemônico AEIOU e cada letra corresponde a um elemento avaliado como necessário na intervenção das crises psíquicas, a saber: Acolhimento; Escuta ativa; Identificação de fatores de risco e proteção; Orientações e encaminhamentos; e Ultimação. Esta sistematização foi desenvolvida pelos profissionais do NUSAM²¹, que igualmente são instrutores do NUEDU.

Participaram da formação 94 profissionais, dentre médicos e enfermeiros do SAMU e militares do Corpo de Bombeiros, distribuídos em três turmas (Turma I - 31 participantes /

Turma II - 27 participantes / Turma III - 36 participantes). A pesquisa foi realizada junto aos profissionais que participaram do curso de formação nas turmas II e III, pois devido ao tempo necessário para submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), não foi possível a realização da pesquisa junto à turma I. Portanto, 63 profissionais participaram do estudo, oriundos de 26 unidades federadas estaduais com representação de cinco macrorregiões do Brasil.

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

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

Conforme Lima et al.²⁵ discutem no trabalho sobre a estruturação dos cenários simulados em saúde, o cenário do curso foi estruturado a partir de um caso fundamentado em uma situação da vida real, incluindo uma sequência de atividades de aprendizagem e envolvendo tomadas de decisão estratégicas para resolução de problemas, raciocínio inteligente e outras habilidades cognitivas. O recorte desta pesquisa foi analisar a abordagem realizada pelos profissionais no caso clínico simulado de comportamento suicida, descrito a seguir:

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

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

A observação participante constituiu outra abordagem metodológica, consoante com as etapas discutidas por Queiroz et al.²⁶, pois uma das autoras também foi instrutora deste curso de formação e, conseqüentemente, esteve inserida no planejamento e desenvolvimento do treinamento. O diário de campo foi utilizado como instrumento de notas descritivas e reflexivas.

Para a categorização e análise das gravações audiovisuais das estações simuladas e dos registros de diário de campo, tomamos como referência a análise temática do tipo reflexiva de Braun e Clarke²⁷, que é estruturada em seis fases. No processo de familiarização com os dados (fase 1), realizamos leituras repetidas dos dados, a fim de identificar significados e padrões de categorização, que foram se moldando à medida que a leitura se desenvolveu. Essa fase foi conduzida com registros e anotações de ideias sobre o que sugerem os dados e o que há de interessante sobre eles. A imersão nos dados permitiu a identificação de códigos iniciais (fase 2), palavras chaves, falas ou conteúdos latentes que apareceram como interessantes, ora pelo destaque ora pela repetição. É válido frisar que a codificação foi realizada manualmente, bem como construída e orientada a partir de categorias específicas e preestabelecidas (abordagem; aspectos facilitadores e aspectos dificultadores no manejo dos casos de comportamento suicida) (fase 3). Nessa fase quadro e representações visuais auxiliaram na colocação dos diferentes códigos nos temas, organizando em blocos temáticos. Seguimos com o refinamento dos temas (fase 4), certificando-nos que os códigos agrupados em cada tema apresentavam um padrão coerente e, portanto, havia dados suficientes para apoiá-los. Na fase 5, parafraseamos o conteúdo com os extratos das falas para capturar a essência do argumento que estávamos ilustrando e redigimos uma análise mais detalhada para cada tema. Por fim, na fase 6 realizamos uma análise final e produzimos um relatório²⁸ em forma de artigo científico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos estudos prévios e com base nos referenciais do paradigma psicossocial, a análise de dados foi realizada com a construção de três categorias *a priori*. Decidimos categorizar os dados mediante o tipo de abordagem priorizada na crise suicida e os fatores facilitadores e dificultadores no manejo da crise suicida. Desta forma, o percurso se caracterizou como dedutivo uma vez que se partiu de uma ideia generalista para encontrar as especificidades deste estudo.

Abordagem na crise suicida

A busca de controle e segurança da cena é um princípio básico no atendimento do serviço pré-hospitalar móvel. Conforme os protocolos de Suporte Básico e Avançado de Vida do SAMU 192, nos casos de manejo das crises em saúde mental, a avaliação do ambiente, dos sujeitos e da segurança está como a primeira orientação de conduta a ser adotada²⁹⁻³⁰.

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

Durante os *debriefings*, quando os participantes referiram preocupação com a salvaguarda da equipe e mencionaram a importância de observar características de agitação e agressividade no paciente, foi possível identificar as associações que fizeram entre os elementos da crise, os fatores de risco singulares ao sujeito e os elementos de segurança da cena. Em estudo anterior, que versa sobre as intervenções do SAMU junto às pessoas em crise psíquica, realizado em um município do estado de Santa Catarina, Almeida et al.¹⁰ também concluíram que a crise do sujeito, bem como seus sinais e sintomas, foram apontados como o próprio risco na cena.

As narrativas dos participantes evidenciaram a necessidade de atenção quanto potencial risco de agressividade do paciente com comportamento suicida em relação aos profissionais. Em uma revisão da literatura sobre institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência, Oliveira e Valença³¹ argumentam que a doença mental, de maneira isolada, não é fator diretamente associado ao maior risco de violência e, na verdade, essa relação é estigmatizante e contrária às evidências científicas. Os autores discutem que abordagens terapêuticas inadequadas às pessoas com doença mental estão conectadas à incidência de comportamento violento e concluem que intervenções multiprofissionais, com equipes treinadas, podem contribuir para uma assistência humanizada e com menor necessidade de institucionalização.

Após avaliação de segurança da cena, inicia-se a aproximação e o diálogo com o paciente e a família. Apesar do receio inicial, é possível afirmar que há um esforço dos profissionais em conduzir o atendimento a partir de técnicas verbais e não verbais de comunicação, considerando aspectos ambientais, de comunicação e construção de vínculo,

que focam nas necessidades do paciente e tem potencial de favorecer mudanças. Um profissional descreveu o atendimento da seguinte maneira:

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

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

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

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

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

“Deram bastante espaço pra ele falar, fizeram bastante perguntas abertas”.

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

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

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

O processo de observação participante permitiu apreender um empenho por parte dos profissionais, ora espontâneo ora induzido pelos instrutores, em estabelecer uma abordagem baseada no diálogo, na empatia, no acolhimento e no vínculo. Durante os atendimentos, os profissionais se apresentaram e dirigiram-se ao paciente; adotaram postura calma e acolhedora; investiram em perguntas abertas para favorecer o diálogo; pediram permissão para se aproximar e tocar o paciente; buscaram estratégias a partir da realidade apresentada; encaminharam e orientaram o paciente e a família para a continuidade na assistência.

A postura de acolhimento adotada durante os atendimentos é fundamental para que se estabeleça uma relação de confiança entre os profissionais, o sujeito e sua rede sociofamiliar. Pelisoli et al.³² expõem o acolhimento como uma possibilidade de construção de novas práticas em saúde, por se tratar de uma ferramenta de intervenção que visa prestar atendimentos resolutivos responsáveis, a partir da escuta qualificada, da construção de vínculo, da corresponsabilização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde e da articulação de serviços da rede, de modo a favorecer a continuidade na assistência prestada. O acolhimento é, portanto, um dispositivo fundamental da relação de cuidado que auxilia na busca da resolução do problema e atravessa todo o percurso do paciente dentro do sistema.

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

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

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

Petrik et al.³³, em um estudo sobre barreiras e facilitadores na avaliação do risco de suicídio em serviços de emergências americanos, apontam que a privacidade do atendimento, a disponibilidade de tempo do profissional e a participação do paciente facilitam na avaliação do risco de suicídio. Os autores também frisam que a utilização de técnicas de comunicação verbal e não verbal com os pacientes, como fazer perguntas abertas, estabelecer contato visual e evitar julgamentos, foram avaliadas como eficazes e necessárias na construção do vínculo e manejo da crise suicida.

Harmer et al.³⁴ explicitam que as pesquisas sobre suicídio sublinham que nenhum fator de risco isolado ou combinado é clinicamente útil para prever o risco de suicídio de um indivíduo em particular, pois compreende-se que cada indivíduo se apresenta de maneira diferente, com vivências únicas, fatores de risco e fatores de proteção. Assim, uma abordagem centrada na pessoa, que considera sua realidade social e cultural é crucial para alcançar resultados positivos.

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

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

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

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

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

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

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

“Então, os fatores aí realmente tinha necessidade de remoção”.

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

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

De maneira geral, nos cenários de atendimento, foi possível verificar que os profissionais interviam de modo a tentar estabelecer vínculo com o sujeito e sua rede familiar, asseguram uma escuta que ultrapassa as queixas físicas e se aproxima de uma prática de cuidado humanizado, abrindo mão do uso de tecnologias avançadas para investir nas ações de acolhimento, diálogo, empatia e corresponsabilização. A conduta de contenção não foi considerada em nenhum momento. Essas posturas corroboram com a lógica de que para pensar em um cuidado ao usuário com fatores de risco de suicídio é necessário potencializar o uso de tecnologias leves, que favorece a construção de uma relação sujeito-sujeito, que compartilha responsabilidades e valoriza a autonomia do usuário²³.

Santos e Kind²³ ainda enfatizam que quando o cuidado em saúde se dá a partir da percepção do sujeito como um ser biopsicossocial e integral, aumentam-se as possibilidades de identificar e cuidar dos fatores de risco que levam à busca pela própria morte.

De maneira divergente aos achados desta pesquisa, os estudos^{9,11-14} apontam que, historicamente, na realidade do SAMU, os atendimentos em situações de crise psíquica são marcados por intervenções repressivas, contenções físicas e químicas, fundamentadas pelo modelo hospitalocêntrico e biologicista, que na maioria das vezes negam os processos de acolhimento, escuta e interação com o paciente, inviabilizando a construção de vínculo e uma atenção resolutiva e integral.

Oliveira et al.¹⁴ enfatizam que o cuidado em urgência e emergência psiquiátrica prestado por equipes do SAMU é baseado em ações mecanicistas e pontuais, que não valorizam os componentes subjetivos e afetivos dos sujeitos; e estão desalinhadas com os princípios da humanização e da integralidade do cuidado, pois prevalecem as ações de contenção, deixando de lado as interações e a escuta terapêutica.

Esse é um campo teórico e prático permeado de contradições por agregar concepções de atenção à crise psíquica que divergem em vários aspectos. Dias, Ferigato e Fernandes³⁵ discutem que de um lado a saúde mental prioriza intervenções norteadas pela construção de vínculo, respeito às singularidades dos sujeitos, valorização dos aspectos subjetivos e compreensão da temporalidade da crise. Do outro, na urgência e emergência, destacam-se a objetividade, o pragmatismo de intervenções pontuais, a otimização do tempo e o uso de equipamentos. Os autores reforçam que a existência de concepções antagônicas coloca em evidência as disputas teóricas e práticas do campo e vão influenciar nas diferentes abordagens em saúde mental.

A EPS se torna uma estratégia necessária na construção de um novo referencial político e pedagógico no campo da saúde mental, pois permite maior envolvimento do profissional no processo produtivo da saúde e, conseqüentemente, melhoria na qualidade da atenção prestada²². Nessa perspectiva, Santos e Kind²³ destacam a necessidade de investimento em ações de EPS no enfrentamento do suicídio, de modo a romper com as práticas centradas no modelo biomédico e conceber novas práticas de cuidado, que valorizam a autonomia e a participação dos sujeitos nos seus processos de construção de saúde.

Dificultadores no manejo da crise suicida

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

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

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

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

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

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

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

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

Ao discutir sobre o trabalho dos profissionais nos atendimentos de saúde mental, Ferigato, Campos e Ballarin³⁶ mencionam que ouvir discursos carregados de sofrimento e angústia exige habilidades específicas de quem ouve. As autoras referem que é fundamental se autoconhecer e “saber diferenciar o eu do outro”, pois mesmo estando perante a um semelhante também estamos diante de um diferente, pessoas com singularidades e características próprias. Ainda, salientam que o profissional nem sempre terá uma resposta para abrandar o sofrimento do outro e que, criada essa expectativa de resposta ao problema apresentado, isso pode privar o profissional de saúde de escutar.

Almeida et al.⁹ discutem que as representações do desconhecido que os profissionais do SAMU têm sobre as urgências psiquiátricas, bem como lidar com as incertezas nestes atendimentos causam inquietude e medo. Para as equipes do serviço pré-hospitalar móvel, as demandas relacionadas à saúde mental se tornam um problema.

Frente a essas dificuldades, a constituição de espaços que propiciem a comunicação, trocas de experiências, discussão de casos e cuidados mútuos entre os profissionais que lidam com sofrimento psíquico de alta complexidade - como é o caso dos profissionais do SAMU - são cruciais para estabelecer unidade entre os membros da equipe e favorecer o desenvolvimento das competências necessárias para o atendimento das crises psíquicas. Esses espaços de interlocução podem contribuir para que se tenham ambientes mais saudáveis de trabalho, minimizar angústias, medos e preocupações presentes nos profissionais, desconstruir mitos e estigmas acerca dos pacientes com diagnósticos psiquiátricos, bem como refletir as práticas a fim de melhorar os atendimentos dispensados às pessoas com sofrimento mental^{13,36}.

Bonfada e Guimarães¹³ registram que embora as intervenções em crise psíquica exijam dos profissionais do SAMU competências e habilidades singulares, o processo de capacitação desses profissionais é ínfimo. Os autores também fazem alusão às deficiências na formação inicial dos profissionais, que destinam pouca atenção à área da saúde mental em seus currículos e que essa fragilidade tem potencial para influenciar na qualidade da assistência prestada.

Vários estudos⁹⁻¹⁴ destacam a importância dos processos de educação permanente quando se referem ao atendimento pré-hospitalar móvel, que há um déficit nos processos de capacitação para a qualificação profissional, que as intervenções em saúde mental se dão de maneira inadequada e, ainda, da necessidade de discussões acerca do fenômeno da loucura e suas formas de intervenção, em consonância com o paradigma psicossocial.

Rosa et al.¹⁷ defendem que é necessário que os profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel disponham de conhecimentos científicos acerca do fenômeno do suicídio e técnicas de abordagem para que possam prestar atendimentos resolutivos e oferecer assistência de qualidade às pessoas com alto risco de suicídio.

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

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

Essa fragmentação, repetidas vezes, vai influenciar para que as condutas de remoção e internação hospitalar dos pacientes em crise suicida se tornem as principais estratégias de intervenção. Uma discussão semelhante foi feita por Brito, Bonfada e Guimarães¹², em um estudo que discute o atendimento prestado às crises psiquiátricas pelos profissionais do SAMU na cidade de Natal, Rio Grande do Norte.

Estudos apontam que a fragmentação dos serviços de saúde, a falta de alinhamento para os encaminhamentos de paciente em crise psíquica e a concepção de que o fluxo dos usuários do SAMU possui direcionamento prioritário para a unidade hospitalar representam uma dificuldade para ampliar as possibilidades de condutas na atuação do SAMU e para que os profissionais deste serviço se aproximem de uma intervenção fundamentada na lógica da atenção em saúde mental com serviços abertos e de base comunitária¹¹.

Os aspectos normativos da Política Nacional de Atenção às Urgências contribuem para a reprodução da prática de internação na medida em que lidam com os chamados de natureza psiquiátrica com as mesmas diretrizes das demais urgências, onde imperam a gestão do tempo, as intervenções uniformizadas e rígidas e o encaminhamento do paciente para o hospital¹³.

Bonfada e Guimarães¹³ ainda sinalizam vários fatores que colaboram para que o SAMU priorize a remoção dos pacientes em crise psíquica para os hospitais psiquiátricos: a falta de articulação com a rede de saúde mental, a recusa dos hospitais gerais em admitir o paciente psiquiátrico, o número reduzido de CAPS III na maioria das cidades brasileiras e o desconhecimento sobre as possibilidades terapêuticas dos serviços substitutivos da rede assistencial de saúde mental.

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

Facilitadores no manejo da crise suicida

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

“O “X” na questão é ser insistente, é você saber passo desse sistema [sistematização de atendimento], eu acho que com a prática facilita mais, facilita muito. Você tem a questão de saber o momento certo de entrar, o momento de ficar calado... Eu digo assim, momento certo não existe uma regra para isso, mas eu acredito que a prática faz você ter alguns sinais de comportamento, mesmo não verbais, que você

consegue ver “é hora de ficar calado, irei observar e esperar a resposta do paciente ou uma outra resposta”

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

Alguns estudos^{9,14,35} discutem que a organização dos serviços de urgência e emergência se dá a partir da formalização técnica de suas práticas. Isto acontece sobretudo no SAMU onde o uso de protocolos surgiu como estratégia para nortear o atendimento e passou a ser uma forma sistemática de padronização das condutas. Considerando que estes protocolos se fundamentam predominantemente em uma visão patologizante orientada pelo modelo biomédico, a abordagem resultante tende a se centrar no sofrimento psíquico.

No estudo que apresenta a sistematização de atendimento citada pelos participantes do curso, Cavalcante et al.²¹ enfatizam que o objetivo da sistematização é orientar a assistência prestada pelos profissionais do SAMU e que esta não deve ser adotada de maneira rígida e acrítica, pois compreende-se que cada abordagem é singular e deve levar em consideração o indivíduo e o seu contexto socioambiental. Os autores discutem que ao investir numa sistematização baseada em ações comunicacionais, que valorizam habilidades relacionais e humanas, tem-se potencial para superar os fatores críticos da intervenção, permitindo que o profissional do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel exerça um trabalho de atenção humanizado e criativo, alternativo às práticas excludentes historicamente postas às pessoas em sofrimento mental.

Dias, Ferigato e Fernandes³⁵, ainda sobre protocolos, mencionam que estes dispõem de normas operacionais que produzem impacto direto nos processos de trabalho e de cuidado, com efeitos sociais, clínicos e políticos específicos, pois a partir das concepções teóricas e práticas que carregam sobre saúde mental vão determinar acerca da assistência prestada.

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

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

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

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

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

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

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

Os treinamentos e ações de EPS têm sido extensivamente defendidos no âmbito dos serviços de atendimento móvel de urgência, como recursos imprescindíveis para o desenvolvimento de habilidades relacionais e mudanças de atitudes necessárias ao atendimento das pessoas em crise psíquica, de modo a favorecer intervenções mais humanizadas, resolutivas e integradas^{9,12-14}. Storino et al.³⁷ reforçam a necessidade de capacitações em suicidologia, envolvendo aprendizados fundamentais a prevenção do suicídio, em todos os pontos de atenção da RAPS, inclusive em ambientes comunitário e de urgência.

É possível inferir que esta formação promovida pelo MS tem características de EPS, a medida que favoreceu/acelerou o desenvolvimento de habilidades técnicas e de ações comunicacionais, capazes de orientar novas práticas no âmbito do atendimento pré-hospitalar móvel. Apesar disso, é necessário que novas ações sejam organizadas, por se tratar de um processo de mudança contínua, de constante aprendizado a fim melhorar a qualidade do atendimento e a dignidade no exercício do trabalho por meio de construções coletivas.

O ensino com base em simulações se tornou um componente significativo da educação em saúde, pois permite que os aprendizes desenvolvam e aprimorem conhecimentos, habilidades e atitudes em ambientes onde possam analisar situações semelhantes às da vida real²⁵. Franco e Franco³⁸ discutem que as habilidades de comunicação são complexas e compreendem o desenvolvimento de processos cognitivos e afetivos. Os autores referem que o desenvolvimento dessas habilidades exige uma prática reflexiva e uma análise crítica de comportamentos e desempenhos. Ainda, enfatizam que o ambiente simulado tem sido um dos mais utilizados para o desenvolvimento e a avaliação de habilidades não técnicas, como a comunicação.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu reflexões sobre a relevância do desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde como estratégia para promover mudança real na prática assistencial dos profissionais do SAMU, questionar o modelo manicomial, contestar condutas acríticas que atendem a protocolos hierarquizados de atendimento e considerar novas práticas, mais humanizadas, no atendimento às crises psíquicas.

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

de conhecimento científico e troca de experiências. Ainda, é incipiente a produção científica e normativa sobre treinamento com desenvolvimento de habilidades não-técnicas na simulação em saúde.

Por fim, embora haja uma tendência dos profissionais de associarem as dificuldades e limitações do atendimento ao próprio sujeito em crise, a discussão da sistematização de atendimento promoveu discussões sobre o saber/fazer dos profissionais, estimulou o desenvolvimento de habilidades não-técnicas e permitiu reflexões acerca de uma abordagem que tem potencial de ultrapassar a dimensão técnico-operativa do atendimento e alcançar uma dimensão ético-política na atenção às pessoas com comportamento suicida.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Suicide. WHO [Internet]. 2021 Jun 17 [cited 2022 Jun 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1291679/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Pandemia de covid-19 aumenta fatores de risco para suicídio. OPAS [Internet]. 2020 Sep 10 [cited 2021 Oct 1]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio>.
4. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 10];7(6):468-71. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1).
5. Tausch A, Oliveira e Souza R, Martinez Viciano C, Cayetano C, Barbosa J, Hennis AJM. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: a health policy analysis and recommendations. *The Lancet Regional Health – Americas* [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 10];5:e100118. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>.

6. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
7. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 10];18(3):e00285117. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União* 2002 Nov 12;Seção 1. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.
9. Almeida AB, Nascimento ERP, Rodrigues J, Schweitzer G. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2024 Mar 10];67(5):708-14. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670506>.
10. Almeida AB, Nascimento ERP, Rodrigues J, Zeferino MT, Souza AIJ, Hermida PMV. Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. *Texto Contexto – Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2024 Mar 10];24(4):1035-43. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003580014>.
11. Bastos F, Dutra C, Silva JA, Pacheco K, Silva T. Saúde mental no atendimento pré-hospitalar móvel: concepções de profissionais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2016 [cited 2024 Mar 10];spe4:17-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0136>.
12. Brito AAC, Bonfada D, Guimarães J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. *Physis* [Internet]. 2015 [cited 2024 Mar 10];25(4):1293-312. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400013>.
13. Bonfada D, Guimarães J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicol Estud* [Internet]. 2012 [cited 2023 May 5];17(2):227-36. Available from: <https://www.scielo.br/j/pe/a/p5GCm87JdCD9f3PkJPJw5NM/>.

14. Oliveira LC, Menezes HF, Oliveira RL, Lima DM, Fernandes SF, Silva RAR. Atendimento móvel às urgências e emergências psiquiátricas: percepção de trabalhadores de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2023 May 5];73(1):e20180214. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0214>.
15. Gask L, Dixon C, Morriss R, Appleby L, Green G. Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *J Adv Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2024 Mar 10];54(6):739-50. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03875.x>.
16. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Braz J Psychiatry* [Internet]. 2010 [cited 2024 Mar 10];32:S87-95. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>.
17. Rosa NM, Dell Agnolo CM, Oliveira RR, Mathias TAF, Oliveira MLF. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2016 [cited 2024 Mar 10];65(3):231-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000129>.
18. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129358/relatorio_final_ivcnsmi_cns.pdf.
19. Oliveira GC, Cavalcante RA, Vaz SBV, Oliveira BK, Costa RV, Oliveira OMA. Urgências e emergências em saúde mental: a experiência do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF. *Com Ciências Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 10];29(1):75-8. Available from: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/160>.
20. Cunha FLM, Oliveira GC, Santos SBV, organizators. Atendimento pré-hospitalar em saúde mental: noções das urgências e emergências em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atendimento_pre_hospitalar_saude_mental_nocoas_urgencias.pdf.

21. Cavalcante RA, Vaz SBV, Vaz TS, Oliveira GC, Rocha DG. Circuito dos cuidados psicossociais: sistematização de intervenção na crise psíquica no atendimento pré-hospitalar móvel. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2024;28:e230211. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.230211>.
22. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Educação permanente em saúde na Atenção Primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 10];43(120):223-39. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.
23. Santos LA, Kind L. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 10];24:e190116. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.190116>.
24. Lima SF, Regis CG, Costa MV, Pereira Júnior GA. A utilização da simulação na educação interprofissional. In: Pereira Júnior GA, Guedes HTV, organizators. *Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas*. São Carlos: Cubo Multimídia; 2021. p. 141-56. Available from: <https://doi.org/10.4322/978-65-86819-11-3>.
25. Lima SF, D'Eça Junior A, Silva RAR, Pereira Júnior GA. Conhecimentos básicos para estruturação do treinamento de habilidades e da elaboração das estações simuladas. In: Pereira Júnior GA, Guedes HTV, organizators. *Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas*. São Carlos: Cubo Multimídia; 2021. p. 53-81. Available from: <https://doi.org/10.4322/978-65-86819-11-3>.
26. Queiroz DT, Vall J, Alves e Souza AM, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *R Enferm UFRJ* [Internet]. 2007 [cited 2024 Mar 10];15(2):276-83. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2020779/mod_resource/content/1/Observa%C3%A7%C3%A3o%20Participante.pdf.
27. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* [Internet]. 2006 [cited 2024 Mar 11];3(2):77-101. Available from: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.

28. Souza LK. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a análise temática. *Arq Bras Psicol* [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 10];71(2):51-67. Available from: <https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de suporte básico de vida – SAMU 192. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de suporte avançado de vida – SAMU 192. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_avancado_vida.pdf.
31. Oliveira GC, Valença AM. Institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência: uma revisão científica sobre o tema. *Saúde Soc* [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 10];29(4):e190681. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190681>.
32. Pelisoli C, Sacco AM, Barbosa ET, Pereira CO, Cecconello AM. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. *Estud Psicol (Campinas)* [Internet]. 2014 [cited 2024 Mar 10];31(2):225-35. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-166X2014000200008>.
33. Petrik ML, Gutierrez PM, Berlin JS, Saunders SM. Barriers and facilitators of suicide risk assessment in emergency departments: a qualitative study of provider perspectives. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2015 [cited 2024 Mar 10];37(6):581-6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.06.018>.
34. Harmer B, Lee S, Rizvi A, Saadabadi A. Suicidal ideation. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
35. Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 10];25(2):595-602. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>.

36. Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP* [Internet]. 2007 [cited 2023 May 5];6(1):31-44. Available from: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007oatendimentoacrise.pdf>.
37. Storino BD, Figueredo e Campos C, Chicata LCO, Campos MA, Matos MSC, Nunes RMCM et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 10];26(4):369-77. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800040191>.
38. Franco RS, Franco CAGS. Avaliação com o uso de checklists e escalas de avaliação global. In: Pereira Júnior GA, Guedes HTV, organizators. *Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas*. São Carlos: Cubo Multimídia; 2021. p. 197-204. Available from: <https://doi.org/10.4322/978-65-86819-11-3>.