



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

SIMONE SCHEIBE

**GESTÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA DE ADOLESCENTES:
DIRETRIZES PARA PREVENÇÃO NO CONTEXTO DA URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Forianópolis

2019

SIMONE SCHEIBE

**GESTÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA DE ADOLESCENTES:
DIRETRIZES PARA PREVENÇÃO NO CONTEXTO DA URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
Orientadora: Prof^ª. Ivânia Jann Luna, Dra.

Florinaópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Scheibe, Simone
Gestão do comportamento suicida de adolescentes :
diretrizes para prevenção no contexto da urgência e
emergência hospitalar / Simone Scheibe ; orientador, Ivânia
Jann Luna, 2019.
143 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Comportamento
suicida. 3. Adolescência. 4. Serviço hospitalar de
emergência. I. Jann Luna, Ivânia. II. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental
e Atenção Psicossocial. III. Título.

Simone Scheibe

Gestão do comportamento suicida de adolescentes: diretrizes para prevenção no contexto da urgência e emergência hospitalar

O presente trabalho em nível de mestrado profissional foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a. Maria Terezinha Zeferino, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Marina Menezes, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Prof. Sérgio Fernando Torres de Freitas, Dr.
Coordenador do Programa

Prof^a Ivânia Jann Luna, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2019.

Dedico esta dissertação:

À minha filha Rebecca, fonte de toda a inspiração;

Ao Rhoriy, fiel companheiro de todas as horas;

Aos meus pais, com quem aprendi o gosto pelo saber e conhecimento;

Aos pacientes e suas famílias, que compartilharam comigo a experiência da dor e da renovação da esperança.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio incondicional em todos os momentos: meu companheiro Rhoriy, minha filha Rebecca e meus pais: Jeanete e Valmor;

Às colegas de trabalho do Hospital Infantil Joana de Gusmão que me cobriram em minhas ausências durante a realização do mestrado: Luísa, Jéssica, Charlene, Elinete e, mais recentemente, Soraia e Loredana. Obrigada pela força, pela torcida e compreensão. Não poderia deixar de citar, minha colega de trabalho aposentada, Vânia, que foi uma grande incentivadora desta empreitada; também gostaria de agradecer a Janaína Cecconi, pelas contribuições no estudo do tema;

À diretoria do Hospital Infantil Joana de Gusmão e Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina que aprovaram a licença parcial para a realização do mestrado;

À Ivânia, minha querida orientadora, que me acolheu como orientanda e embarcou comigo neste tema, sempre se colocando à disposição para pensar, sugerir, questionar, incentivar, respeitando a liberdade de pensamento;

Aos meus colegas de mestrado da turma 2017-2 que contribuíram com a minha trajetória e com quem dividi momentos de alegria, dificuldades e crescimento profissional: Carolina Caldas, Carolina Tonin, Mariane, Lívia, Milena, Renata, Mariana, Antônio, Ana Beatriz, Gabriela, Ana Lúcia, Karina, Franciele;

Às Profas Dras. Maria Terezinha Zeferino e Marina Menezes pelas contribuições preciosas no projeto de Qualificação e por aceitarem participar da banca de defesa;

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial com quem aprendi a refletir criticamente sobre o tema da saúde mental;

Às bibliotecárias Sirlene e Karyn da UFSC que me orientaram na elaboração das chaves de busca da pesquisa;

Aos profissionais de saúde que gentilmente deram uma pausa em suas rotinas de trabalho extenuantes para contribuir como participantes desta pesquisa;

Ao Colegiado do Curso e ao Coordenador do Programa, Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas, que me apoiaram na aprovação da prorrogação do prazo;

À Karina e Luís da secretaria do mestrado que sempre estiveram à disposição para o apoio burocrático;

Meu profundo agradecimento a todos que, de forma direta ou indireta, tornaram este sonho possível!

Veja!
Não diga que a canção
Está perdida
Tenha fé em Deus
Tenha fé na vida
Tente outra vez!
Beba! (Beba!)
Pois a água viva
Ainda tá na fonte
(Tente outra vez!)
Você tem dois pés
Para cruzar a ponte
Nada acabou!
Não! Não! Não!
Oh! Oh! Oh! Oh!
Tente!
Levante sua mão sedenta
E recomece a andar
Não pense
Que a cabeça aguenta
Se você parar
Não! Não! Não!
Não! Não! Não!
Há uma voz que canta
Uma voz que dança
Uma voz que gira
(Gira!)
Bailando no ar
Uh! Uh! Uh!
Queira! (Queira!)
Basta ser sincero
E desejar profundo
Você será capaz
De sacudir o mundo
Vai!
Tente outra vez!
Humrum!
Tente! (Tente!)
E não diga
Que a vitória está perdida
Se é de batalhas
Que se vive a vida
Han!
Tente outra vez!

(Raul Seixas, 1975)

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde considera o suicídio e seus comportamentos associados como um problema de saúde pública, o que gera a necessidade de definição de políticas de prevenção. A adolescência tem sido alvo de preocupações devido ao aumento de casos. Neste cenário, a avaliação e o manejo da crise suicida de adolescentes se tornam decisivas para a prevenção da mesma. Esta pesquisa teve como objetivo geral construir e validar diretrizes para a gestão do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar. Pretendeu com este estudo contribuir para a prevenção do suicídio de adolescentes atendidos a partir deste ponto de atenção. Esta pesquisa caracterizou-se pela abordagem qualitativa, tendo uma etapa quantitativa. É classificada como sendo exploratória-descritiva e como pesquisa aplicada, pois busca trazer consequências práticas dos conhecimentos gerados para atuação dos profissionais diante do tema. Os dados foram coletados através de revisão integrativa da literatura e da validação de conteúdo com profissionais de saúde, os quais atuaram como juízes/avaliadores das diretrizes propostas. Em relação ao percurso metodológico, a pesquisa se deu em 7 (sete) etapas, que passaram pela pesquisa bibliográfica através de revisão integrativa da literatura; pela construção das categorias de análise a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2010); a partir da qual surgiram 3 categorias (Avaliação do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar; Intervenção diante do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar e Equipe multiprofissional hospitalar). Estas categorias fundamentaram a construção das diretrizes quanto à gestão do comportamento suicida de adolescentes, as quais subsidiaram a construção de um instrumento de validação que foi aplicado com os profissionais de saúde que atuam no contexto da urgência e emergência hospitalar. Sendo assim, foram selecionados 20 juízes/avaliadores em duas instituições hospitalares. Foi aplicado o instrumento de validação com 15 diretrizes, em que foi solicitado aos juízes/avaliadores uma opção de resposta dentro de uma escala Likert com 5 opções. Através do Cálculo de Porcentagem de Concordância e do Cálculo do Escore, o conteúdo das diretrizes foi validado. Com isto, chegou-se a sétima e última etapa, que foi a descrição das diretrizes validadas pelos juízes/avaliadores para gestão do comportamento suicida de adolescentes no contexto referido. Conclui-se que as diretrizes elaboradas são válidas para a avaliação e manejo do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar. Pela conceituação da OMS sobre os níveis de prevenção ao suicídio, este trabalho também contribui para a realização de uma das ações de prevenção ao suicídio do tipo “indicada”, que é aquela direcionada às pessoas que estão em alto risco de suicídio. Desta forma, considera-se que as diretrizes elaboradas auxiliam tanto a gestão como a prevenção do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar.

Palavras-chave: Comportamento suicida. Adolescência. Serviço hospitalar de emergência.

ABSTRACT

The World Health Organization considers suicide and its associated behaviors as a public health problem that requires prevention policies. Adolescence has been a concern due to the increase in cases. In this scenario, the assessment and management of adolescent suicidal crisis becomes decisive for its prevention. This research aimed to build and validate guidelines for the management of suicidal behavior of adolescents in the context of emergency hospital service or emergency department. This study aimed to contribute to the prevention of suicide among adolescents treated from this point of attention. This research was characterized by the qualitative approach, having a quantitative stage. It is classified as an exploratory-descriptive and applied research, as it seeks to bring practical consequences of the knowledge generated for the performance of professionals. Data were collected through an integrative literature review and content validation with health professionals who acted as judges/evaluators of the proposed guidelines. Regarding the methodological course, the research took place in 7 (seven) stages, which went through the bibliographic research through an integrative literature review; by constructing the analysis categories using the content analysis technique of Bardin (2010); from which three categories emerged (Suicidal behavior assessment in the context of emergency department; Intervention for suicidal behavior in the context of emergency department and Emergency department multiprofessional team). These categories supported the construction of guidelines regarding the management of adolescent suicidal behavior, which supported the construction of a validation instrument that was applied to health professionals working in the context of emergency department or emergency hospital service. Thus, 20 judges/evaluators were selected in two hospital institutions. The validation instrument with 15 guidelines was applied, in which the judges/evaluators were asked for a response option within a 5-option Likert scale. Through the Concordance Percentage Calculation and the Score Calculation, the guidelines content was validated. This led to the seventh and final stage, which was the description of the guidelines validated by peers for the management of suicidal behavior with adolescents in the referred context. It is concluded that the elaborated guidelines are valid for the assessment and management of suicidal behavior of adolescents treated in the context of emergency department or emergency hospital service. Based on the WHO conceptualization of suicide prevention levels, this research contributes to the accomplishment of one kind of the “indicated” suicide prevention actions, which is aimed at people who are at high risk for suicide. Therefore the elaborated guidelines are considered to help both the management and the prevention of suicidal behavior in adolescents in the context of emergency hospital service.

Keywords: Suicidal behavior. Adolescence. Emergency Department.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estágios de Suicidalidade.....	39
Figura 2 – Diagrama da seleção dos estudos.....	62
Figura 3 – Distribuição dos estudos por ano de publicação.....	64
Figura 4 – Distribuição dos estudos por país de publicação.....	65
Figura 5 – Distribuição dos estudos por base de dados.....	65
Figura 6 – Porcentagem de concordância – respostas CT.....	74
Figura 7 – Porcentagem de concordância – respostas CT + CP.....	75
Figura 8 – Distribuição das respostas conforme o Cálculo do Escore.....	76
Figura 9 – Fluxograma para classificação do risco suicida.....	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fatores de risco e de proteção para saúde mental infantojuvenil.....	35
Quadro 2 – Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.....	47
Quadro 3 - Níveis de prevenção do suicídio.....	49
Quadro 4 - Distribuição do peso das respostas da escala Likert.....	60
Quadro 5 - Matriz de apresentação dos estudos incluídos.....	63
Quadro 6 - Apresentação dos elementos da análise qualitativa de conteúdo.....	66
Quadro 7 - Apresentação do instrumento de validação.....	68
Quadro 8 - Relação das diretrizes elaboradas com as categorias/subcategorias.....	72
Quadro 9 - Distribuição das respostas dos juízes/avaliadores.....	73
Quadro 10 - Unidades temáticas da subcategoria (1.1) Execução das ações emergenciais.....	78
Quadro 11 - Unidades temáticas da subcategoria (1.2) Promoção da ambiência.....	78
Quadro 12 - Unidades temáticas da subcategoria (1.3).....	79
Quadro 13 - Unidades temáticas da subcategoria (1.4) Realização da entrevista clínica.....	80
Quadro 14 - Fatores de risco e de proteção conforme os estudos incluídos.....	82
Quadro 15 - Unidades temáticas da subcategoria (2.1) Abordagem preventiva.....	86
Quadro 16 - Intervenções breves para prevenção do suicídio.....	86
Quadro 17 - Unidades temáticas da subcategoria (2.2).....	88
Quadro 18 -. Unidades temáticas da subcategoria (2.3).....	90
Quadro 19 - Unidades temáticas das subcategorias (3.1) e (3.2).....	90
Quadro 20 - Diretrizes para gestão e prevenção do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP Associação Brasileira de Psiquiatria

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi Centro de Atenção Psicossocial Infantil

DeCS-BVS Descritores em Ciências da Saúde – Biblioteca Virtual em Saúde

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

OMS Organização Mundial de Saúde

PNH Política Nacional de Humanização

RAS Redes de Atenção à Saúde

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RUE Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SES-SC Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

SUS Sistema Único de Saúde

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1	INTRODUÇÃO.....18
1.1	OBJETIVOS21
1.1.1	Objetivo geral.....21
1.1.2	Objetivos específicos.....21
2	DESENVOLVIMENTO.....22
2.1	EXPOSIÇÃO DO TEMA.....22
2.1.1	Suicídio: aspectos conceituais, históricos e filosóficos.....23
2.1.2	Comportamento suicida: definições.....27
2.1.3	Comportamento suicida na adolescência.....29
2.1.3.1	<i>Avaliação e manejo da crise suicida em adolescentes.....32</i>
2.1.4	A assistência ao adolescente na política de saúde mental infantojuvenil.....40
2.1.5	A produção do cuidado na lógica da atenção psicossocial.....42
2.1.6	O lugar da urgência e emergência hospitalar na política nacional de saúde mental.....43
2.1.7	Políticas de prevenção ao suicídio: mundial, nacional, estadual e municipal.....46
2.2	MÉTODO.....51
2.2.1	Delineamento da pesquisa.....51
2.2.2	Fluxograma da pesquisa.....52
2.2.3	Contexto da pesquisa.....52
2.2.3.1	<i>Bases de dados.....52</i>
2.2.3.2	<i>Juízes/avaliadores.....54</i>
2.2.4	Instrumento, procedimentos de coleta e análise dos dados.....56
2.2.4.1	<i>Etapa 1 - Pesquisa bibliográfica através de revisão integrativa da literatura.....56</i>
2.2.4.2	<i>Etapa 2 - Análise de conteúdo dos dados da revisão integrativa da literatura segundo categorização temática de Bardin (2010).....57</i>
2.2.4.3	<i>Etapa 3 - Construção das diretrizes a partir dos elementos de análise quanto à gestão do comportamento suicida de adolescentes.....58</i>
2.2.4.4	<i>Etapa 4 - Construção do instrumento de validação das diretrizes.....58</i>

2.2.4.5	<i>Etapa 5 – Validação das diretrizes por juízes/avaliadores.....</i>	59
2.2.4.6	<i>Etapa 6 - Análise quantitativa das respostas ao instrumento de validação das diretrizes.....</i>	59
2.2.4.7	<i>Etapa 7- Descrição das diretrizes validadas pelos juízes/avaliadores para gestão do comportamento suicida de adolescentes no contexto da urgência e emergência hospitalar.....</i>	61
2.2.5	Procedimentos éticos.....	61
2.3	RESULTADOS.....	62
2.3.1	Apresentação dos estudos coletados através da revisão integrativa de literatura.....	62
2.3.2	Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa.....	64
2.3.3	Análise de conteúdo dos estudos selecionados.....	66
2.3.4	Apresentação do instrumento de validação das diretrizes.....	67
2.3.4.1	<i>Caracterização dos juízes/avaliadores.....</i>	72
2.3.5	Apresentação das respostas coletadas a partir da aplicação do instrumento de validação das diretrizes.....	73
2.4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	77
2.4.1	Estudos incluídos na revisão integrativa.....	77
2.4.2	Categoria 1: Avaliação do comportamento suicida.....	78
2.4.3	Categoria 2: Intervenção diante do comportamento suicida.....	85
2.4.4	Categoria 3: Equipe multiprofissional.....	90
2.4.5	Diretrizes para gestão e prevenção do comportamento suicida de adolescentes no contexto da urgência e emergência hospitalar.....	91
3	CONCLUSÃO.....	95
	REFERÊNCIAS.....	98
	APÊNDICE A – Chaves de busca da revisão integrativa.....	108
	APÊNDICE B – TCLE UFSC.....	110
	APÊNDICE C – TCLE HIJG.....	113
	APÊNDICE D – Síntese dos estudos selecionados.....	116
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP/SH/UFSC.....	137
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP/HIJG.....	140

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação aborda o tema da avaliação e manejo do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar.

A proposta deste estudo surgiu de minha inserção profissional que teve início com a prática psicológica clínica com adolescentes e suas famílias e posteriormente como psicóloga há 9 anos no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), instituição vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Como referência estadual da infância e adolescência para usuários até 15 anos, na média e alta complexidade, o HIJG participa de fluxos de encaminhamento de várias Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre estas, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em função desta característica, o HIJG acaba recebendo crianças e adolescentes com alterações psicológicas graves, tais como as tentativas de suicídio e outros quadros associados ao comportamento suicida. Ao longo da minha trajetória nesta instituição, fui sendo instigada pelas situações de sofrimento psíquico em que se encontram vários adolescentes e suas famílias que buscaram ou foram encaminhados para o HIJG. A partir deste contato, surgiu a necessidade de buscar uma melhor compreensão do fenômeno do comportamento suicida de adolescentes, visando uma atuação mais consistente no contexto do trabalho.

Considerando a relevância do tema, que ainda se constitui como um desafio não só para os profissionais de saúde, mas para toda a sociedade, esta dissertação objetivou, através de pesquisa bibliográfica e consulta com profissionais que atuam na área, revisar aspectos envolvidos na avaliação e manejo destes pacientes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar. A partir desta pesquisa, a intenção foi a construção e validação de diretrizes para este atendimento em consonância com o modelo de cuidado preconizado pelos princípios do SUS, pela Política Nacional de Humanização e pela lógica da atenção psicossocial sustentada na Política Nacional de Saúde Mental.

Esta proposta de pesquisa se conecta com a função do Mestrado Profissional que visa, dentre outras necessidades, estimular o desenvolvimento de trabalhos técnico-científicos em temas de interesse público. Este estudo pretendeu contribuir para o fortalecimento de uma abordagem integral e não estigmatizante ou meramente medicalizante desta problemática.

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno que acompanha a história da humanidade, tendo diversos significados de acordo com o contexto cultural e histórico em que ocorre. Na atualidade, o suicídio e seus comportamentos associados são caracterizados como problema de saúde pública em âmbito mundial pelas proporções epidemiológicas que alcança. Em torno de 800 mil pessoas no mundo tiram a própria vida por ano, colocando o suicídio entre as dez principais causas de morte no mundo, como também a terceira maior causa de morte entre adolescentes de 10 a 19 anos (World Health Organization [WHO], 2014; 2016). Não bastassem estes dados impactantes, há ainda que se considerar o fato da subnotificação do suicídio ou tentativas no sistema de saúde. Marcolan (2018) alerta para esta realidade que pode ser observada nos atendimentos relacionados à intenção suicida em prontos-socorros que ficam registrados com diagnósticos “disfarçados” em intoxicação exógena, ferimento por arma de fogo ou arma branca. Também há os casos que nem chegam aos serviços de saúde. Esta situação, aliada à subnotificação, torna a prevalência do suicídio muito maior do que tem sido divulgada.

Estudos da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014) indicam que 83% dos países estão conseguindo diminuir os índices de suicídio com a implantação de programas de prevenção, mas em 17% dos países, dentre estes o Brasil, o suicídio ainda continua a crescer. O Brasil aparece em oitavo lugar no cenário mundial em termos de números absolutos de suicídio, no entanto, o índice brasileiro em termos de coeficiente de mortalidade por suicídio (número de mortes por suicídio a cada 100 mil hab. ao longo de 1 ano) pode ser considerado baixo em comparação com outros países (BOTEGA, 2014; WHO, 2014). O aspecto preocupante é que as taxas de suicídio no Brasil apresentam uma tendência de crescimento progressivo em todas as faixas etárias (WHO, 2014; WAISELFISZ, 2014). O Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2014) demonstra que na faixa etária de 10 a 14 anos houve o maior crescimento (40%) se comparado com as outras faixas.

Os dados estatísticos no Brasil indicam que 32 pessoas morrem por suicídio a cada dia conforme informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. O impacto vai além destes números, pois a OMS estima que a cada morte por suicídio cerca de 6 a 10 pessoas são afetadas diretamente, sofrendo consequências psicológicas, sociais e econômicas. Outros estudos chegam a estimar que 60 pessoas sejam

atingidas, considerando os familiares, amigos e colegas de escola e/ou trabalho (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014; BRASIL, 2006). E este impacto é ainda mais trágico quando quem realiza o suicídio ou sua tentativa é um adolescente, que ainda se encontra em etapa inicial do ciclo vital e rompe com todas as expectativas de vida esperada para o mesmo nesse período.

A OMS apresenta indicativos de que para cada morte por suicídio existem mais de 20 tentativas (WHO, 2014). Por sua vez, Rigo (2013) alerta para o fato de que metade das pessoas que se suicida realizou uma tentativa anterior, fazendo da tentativa de suicídio um importante fator de risco para o autoextermínio.

O conceito de “comportamento suicida” tem sido utilizado para abarcar toda a variedade de comportamentos relacionados ao ato suicida, que são classificados a partir de um *continuum* que pode variar desde a ideação suicida até o planejamento do suicídio, tentativa de suicídio e, no pior dos casos, o suicídio propriamente dito (BOTEGA; RAPELI, 2002, p.365; WHO 2014). O panorama descrito alerta para a importância de não se subestimar nenhum comportamento presente no espectro suicida.

Freitas e Botega (2002) alertam que a tentativa de suicídio é a segunda causa de internações na população de 10 a 19 anos do sexo feminino na rede SUS, o que implica na necessidade de assistência a esta população, uma vez que a prevenção do suicídio deve ser uma ação essencial dos serviços de saúde. De acordo com Sousa (2017), há poucas pesquisas sobre ideação suicida por menores de 14 anos.

Tendo em vista esta realidade, esta pesquisa foca no atendimento à crise suicida do adolescente em um dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é a atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral, que integra a RAPS no componente da Atenção de Urgência e Emergência.

Na revisão de literatura, e na minha prática de trabalho no contexto da urgência e emergência hospitalar, observa-se que as principais situações associadas ao comportamento suicida de adolescentes são a grave ideação suicida, as práticas de automutilação, e os sobreviventes de tentativas de suicídio, os quais podem apresentar comprometimentos clínicos necessitando de intervenções médicas e/ou cirúrgicas imediatas (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). A OMS (WHO, 2014) orienta que todos os serviços de saúde precisam incorporar a prevenção do suicídio como um componente de suas ações, pois só com

a identificação precoce e o manejo eficaz das equipes de saúde é que as pessoas poderão receber a atenção em saúde mental que necessitam.

Freitas (2013) verificou em sua pesquisa com profissionais de saúde nas emergências hospitalares, que os serviços de saúde pesquisados dispunham de protocolos mínimos para o atendimento aos usuários que chegam às unidades por tentativa de suicídio. E este fato favorece que os profissionais de saúde façam uso de crenças pessoais na tentativa de ajudar o paciente, o que muitas vezes provoca mais distanciamento e dificuldades comunicacionais entre os profissionais de saúde e o usuário, o qual continua não se sentindo acolhido em suas demandas. Um dos achados de Freitas (2013) nesta pesquisa é a necessidade urgente de construção de espaços de acolhimento nos serviços de saúde que melhor integrem aspectos físicos e emocionais no atendimento e ofereçam escuta adequada ao sofrimento psíquico viabilizando um atendimento e encaminhamentos de qualidade.

Freitas (2013) constatou, assim como Bertolote *et al* (2010), uma escassez de pesquisas nacionais para formular uma abordagem efetiva para usuários em crise suicida, destacando a carência no desenvolvimento de estratégias de intervenções específicas para as pessoas que tentaram suicídio e chegam aos serviços de emergência. Por sua vez, a OMS (WHO, 2014) problematiza a questão, lembrando que um grande número de pessoas que se suicidou, buscou profissionais de saúde um mês antes de cometerem suicídio.

Buscando enfrentar esta situação, A OMS, desde 1999, vem articulando uma série de ações visando à prevenção mundial do suicídio. Em consonância com este contexto, o Ministério da Saúde lançou em 2017 uma agenda estratégica de prevenção, intitulada “Agenda de Ações Estratégicas para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil – 2017-2020” (BRASIL, 2017). Apesar desta discussão em torno da prevenção do suicídio e da publicação de materiais orientativos, ainda há pouco material direcionado para as especificidades do público adolescente, principalmente no que tange a atuação dos profissionais de saúde que atuam nas portas de entradas hospitalares de urgência.

A emergência de um hospital caracteriza-se por ser um ambiente tenso, coexistindo várias demandas ao mesmo tempo. Neste cenário, torna-se fundamental a presença de uma equipe multiprofissional preparada para lidar com questões de sofrimento psíquico, em particular com o tema deste estudo que é o comportamento suicida de adolescentes. Não somente o adolescente, mas a sua família, necessitam de acolhimento e uma ação qualificada

em saúde mental, em conformidade com a prática de prevenção seletiva e prevenção indicada, tal qual preconizada pela OMS (2010).

Considerando esta contextualização do problema, a questão norteadora da pesquisa foi: como avaliar e manejar o comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar?

Sendo assim, através desta pesquisa, busca-se elaborar diretrizes para gestão do comportamento suicida de adolescentes atendidos nas portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em hospital geral, visando contribuir com a prevenção do suicídio de adolescentes atendidos neste ponto de atenção em saúde.

Em relação ao comportamento suicida, cabe esclarecer que este estudo se limitará às situações de ideação suicida, tentativa de suicídio e práticas de automutilação dos adolescentes atendidos no contexto referido.

1.1 OBJETIVOS

Nas seções abaixo estão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos desta dissertação.

1.1.1 Objetivo Geral

Construir e validar diretrizes para a gestão do comportamento suicida de adolescentes atendidos por equipe multiprofissional no contexto da urgência e emergência hospitalar.

1.1.2 Objetivos Específicos

1.1.2.1 Realizar revisão integrativa da literatura sobre avaliação e manejo do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar.

1.1.2.2 Elaborar diretrizes sobre a avaliação e manejo do comportamento suicida de adolescentes no âmbito hospitalar, a partir da revisão de literatura.

1.1.2.3 Submeter as diretrizes a validação de conteúdo por juízes/avaliadores que atuam no contexto da urgência e emergência hospitalar com adolescentes em crise suicida.

1.1.2.4 Descrever as diretrizes validadas pelos juízes/avaliadores para gestão do comportamento suicida de adolescentes no contexto da urgência e emergência hospitalar

2 DESENVOLVIMENTO

Este capítulo apresenta um panorama dos estudos relacionados à compreensão dos vários aspectos do comportamento suicida de adolescentes bem como o percurso metodológico realizado na execução da pesquisa, os resultados encontrados e a discussão destes resultados.

O panorama dos estudos sobre o tema foi realizado a partir de uma revisão narrativa, a qual, segundo Rother (2007), caracteriza-se por publicações apropriadas para descrever e discutir o "estado da arte" de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, constituindo-se na análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

2.1 EXPOSIÇÃO DO TEMA

A gestão do comportamento suicida por si só caracteriza-se por ser um grande desafio para os profissionais de saúde que lidam com esta problemática. Mas quando este acontecimento ocorre com adolescentes, parece se somar uma complexidade a mais. No intuito de esclarecer os fatores envolvidos no comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar, apresento os subtemas a seguir.

2.1.1 Suicídio: aspectos conceituais, históricos e filosóficos

O suicídio é um ato que acompanha a história da humanidade e resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais (OMS, 2006; WHO, 2014). Shneidman (1918-2009), psicólogo americano, considerado como o pai da suicidologia, definiu o suicídio como “um ato consciente de aniquilação autoinduzida, melhor compreendido como um mal-estar multidimensional em um indivíduo com necessidades, que vivencia um problema para o qual o suicídio é percebido como a melhor solução” (SHNEIDMAN, 1994, p. 203, tradução nossa). O mesmo autor enfatiza que o suicídio é o reflexo da decisão humana de deter o fluxo de uma dor psicológica insuportável associada ao sentimento excessivo de culpa, vergonha, humilhação, solidão e medo (SHNEIDMANN, 1993, 1998, 1999, 2001 apud WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER; 2006, p.68). Shneidman (1992 apud LEENAARS, 2010, p. 9, tradução nossa) considera que há pelo menos 10 (dez) características em comum nas situações de suicídio:

- O propósito é procurar uma solução.
- O objetivo é a interrupção da consciência.
- O estímulo é a dor psicológica intolerável.
- O fator de estresse é a frustração de necessidades psicológicas.
- A emoção é a desesperança-desamparo.
- O estado cognitivo é a ambivalência.
- O estado perceptivo é a constrição.
- A ação é a fuga.
- O ato interpessoal é a comunicação da intenção.
- A consistência é com padrões de enfrentamento não adaptativos ao longo da vida.

É fato que o suicídio apresenta muitas variações em suas definições, podendo ser encontradas na literatura mais de quinze conceituações (WERLANG, 2000). O que há de comum nas várias definições é que o suicídio se caracteriza por ser um ato voluntário que o sujeito realiza com a intenção de morrer, ou seja, genericamente, o suicídio é o ato intencional e voluntário de causar a própria morte. Alguns autores (GONÇALVES; SILVA; FERREIRA, 2015) consideram que para este ato ser classificado como suicídio, o sujeito deve estar lúcido e consciente, excluindo-se os casos em que a pessoa está confusa.

O fenômeno do suicídio sempre existiu na história da humanidade, tendo diferentes significados de acordo com o contexto cultural e histórico em que ocorre. Segundo Berenchtein Netto (2007), o significado do suicídio possui uma estreita relação com o significado atribuído à vida e à morte em cada momento histórico, sendo um ato que diz muito sobre a vida das pessoas e da coletividade em que vivem.

Berenchtein Netto (2007) descreve que na Grécia Antiga, o suicídio em alguns momentos foi tolerado, desde que se pautasse por critérios políticos e éticos aceitos pelo Senado. Já na Roma Antiga, o suicídio era uma possibilidade aceita para os cidadãos e não para os escravos; desde que o ato tivesse uma justificativa, não era objeto de penalidades. Em alguns casos, na antiguidade greco-romana, o suicídio tinha um caráter honroso.

Na Idade Média, envolta pela racionalidade da Igreja, a partir do século VI d.C., o suicídio era considerado um ato criminoso pelo Estado e um pecado contra Deus, cabendo vários tipos de sanções não somente ao sujeito que o cometia, mas também para a sua família e para a sua comunidade. Dentre estas sanções citam-se a proibição de ritos fúnebres e da sepultura em terreno consagrado, o que implicava em não ter a garantia da ressurreição; os bens do falecido eram confiscados em favor da Coroa e a comunidade onde ocorreu o ato ficava com o estigma do pecado.

Na Idade Moderna, com a mudança do teocentrismo para o antropocentrismo, o homem passa a figurar como medida de todas as coisas e o suicídio passa a ser compreendido como um dilema humano. As obras e personagens de Shakespeare ilustram bem este momento. O poder médico assume um lugar privilegiado, deslocando o suicídio do campo do pecado para o da patologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 16).

Na contemporaneidade, mantém-se essa última concepção, entretanto, demarcando o suicídio como um problema de saúde pública. Com a introdução do olhar epidemiológico, constatou-se que o suicídio atinge índices alarmantes em vários lugares do mundo. Apesar do avanço da ciência e de sua inteligibilidade como mediadora na compreensão de vários fenômenos, o suicídio, ainda hoje, continua sendo alvo de estigmas e tabus, desafiando os profissionais que lidam com este acontecimento.

Como fenômeno multifacetado e multideterminado, o suicídio não se limita a um único campo do conhecimento. Disciplinas como a filosofia, a antropologia, a sociologia, a medicina, a psicologia, contribuem para a análise do tema.

Na filosofia, vários autores se debruçaram sobre este assunto. Talvez o mais célebre destes seja Camus (1913-1960), em sua obra “O Mito de Sísifo”, publicada em 1942, onde registrou sua mais citada frase sobre o tema: “só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à pergunta fundamental da filosofia” (CAMUS, 2010, p.19).

Marx (1818-1883), como filósofo, sociólogo, historiador e economista, também problematizou o tema do suicídio em sua obra “Sobre o suicídio”, fazendo uma relação do contexto social da época com os casos de suicídio relatados por Jaques Peuchet, diretor dos arquivos da polícia de Paris, no período de 1814-1827. Neste livro, o suicídio é tratado, sobretudo, na perspectiva de uma crítica à sociedade capitalista e à tirania familiar imposta, principalmente, às mulheres (VIEIRA; ARAÚJO, 2016). Em uma passagem, Marx cita questionamentos de Peuchet:

Que tipo de sociedade é esta, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; em que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevêê-lo? Tal sociedade não é uma sociedade; ela é, como diz Rousseau, uma selva, habitada por feras selvagens (MARX, 2006, p. 28).

Sartre (1905-1980), que sempre postulou a liberdade como condição ontológica do homem, questiona a opção pelo suicídio como uma escolha legítima. Para Sartre, o homem é uma liberdade que está condenada a se escolher, ou seja, o suicídio constitui um modo entre outros de ser-no-mundo, sendo uma escolha possível de seu ser frente às adversidades do mundo ou frente à estrutura de escolha em que se encontra, mas esta escolha mantém indeterminado o sentido de sua existência.

Sartre (2007) afirma em sua obra “O Ser e o Nada”, originalmente publicada em 1943: “Assim, a morte jamais é aquilo que dá à vida seu sentido: pelo contrário, é aquilo que, por princípio, suprime da vida toda significação”. Ou seja, com esta ação, o sujeito aniquila a possibilidade de sua transcendência, cessa o movimento para um porvir, para um campo de possibilidades de ser e fica preso à experiência de inviabilização de ser. A significação deste ato ficará para sempre nas mãos dos outros, os quais tentarão conferir ao mesmo algum sentido.

O sociólogo Durkheim (1858-1917) em sua obra “O Suicídio”, originalmente publicada em 1897, radicalizou a compreensão do suicídio como um fenômeno essencialmente fundado na trama social e sociológica de um povo e de uma cultura. Durkheim defendia que cada sociedade tem uma disposição mais ou menos pronunciada para o suicídio.

Para este sociólogo, existe uma força coletiva presente em cada povo que levaria algumas pessoas a se matarem. Durkheim afirma:

Os movimentos que o paciente realiza e que, à primeira vista, parecem exprimir apenas seu temperamento pessoal são na verdade a consequência e o prolongamento de um estado social que eles manifestam exteriormente. [...] Cada grupo social tem por este ato, realmente, uma inclinação coletiva que lhe é própria e da qual derivam as inclinações individuais, e não que procede destas últimas (DURKHEIM, 2000, p. 384).

Durkheim conceituou o suicídio como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria este resultado” (DURKHEIM, 2000, p.14). Considerou que as causas que determinam o suicídio não são da mesma natureza em todos os casos, analisando que há vários tipos de suicídios qualitativamente distintos. Sendo assim, conceituou 3 (três) tipos básicos de suicídio, a saber: suicídio egoísta, altruísta, anômico. Estes resultam da interação das forças de integração e de regulação social pelas normas e leis do grupo social a que o indivíduo pertence.

O suicídio egoísta seria resultante da fragilidade do vínculo que liga o sujeito à sociedade, levando-o a um individualismo excessivo. O suicídio egoísta é aquele que ocorre entre indivíduos que perderam o sentido de integração com o seu grupo social, perderam os laços sociais com a sua família, comunidade e religião.

O suicídio altruísta, pelo contrário, ocorreria quando o sujeito vivencia em demasia o vínculo com seu grupo social. O sujeito está tão fortemente integrado, que sua individualidade se funde com o grupo, ou seja, o indivíduo sacrifica a sua vida pelo bem do grupo; um exemplo são os kamikazes.

O suicídio anômico, por sua vez, seria quando o vínculo com a sociedade se enfraquece devido a crises econômicas, guerras e outras circunstâncias. Este tipo de suicídio seria observado em sociedades em crise, que não conseguem mais unificar seus integrantes a partir de normas e padrões.

Thomas Szasz (1920-2012), psiquiatra húngaro-americano, na obra “*Fatal Freedom: The Ethics and Politics of Suicide*”, publicada em 1999 e traduzida para o espanhol em 2002, complementa Camus, afirmando que o mais exato é dizer que o suicídio é nosso principal problema político e moral. Szasz defende uma liberdade radical: o direito do próprio homem decidir quando e como morrer. Para este psiquiatra, a morte voluntária é um comportamento que sempre fará parte da condição humana e pode ser uma escolha: “*la muerte voluntaria es una elección intrínseca a la existencia humana. Es nuestra última y definitiva libertad*”

(SZASZ, 2002, Prefácio). Szasz faz uma crítica à sociedade contemporânea que considera o suicídio sempre com uma conotação do mal ou como uma doença que requer uma intervenção médica.

Berenchtein Netto (2007), adotando uma concepção epistemológica fundada no materialismo histórico dialético, tece algumas críticas às compreensões de Durkheim e Szasz, analisando que Durkheim absolutiza a força do coletivo, caindo num “sociologismo” e que Szasz absolutiza a individualidade, caindo num “liberalismo” ao não considerar as forças sociais presentes neste ato.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), em suas recentes publicações sobre a política de prevenção ao suicídio, salienta que as determinantes sociais relacionadas ao fenômeno do suicídio devem sempre ser consideradas, visto que este fenômeno não pode ser tratado apenas como uma questão de ordem individual, tendo a influência de fatores variados tais como os socioeconômicos, ambientais, de trabalho e ocupação, violência, discriminação étnico-raciais e relacionadas a gênero, identidade de gênero e orientação sexual.

Neste sentido, Fensterseifer e Werlang (2006) enfatizam que é ingênuo e equivocado pensar que o suicídio é representante apenas de uma patologia individual. Relacionam o modo de vida pós-moderno com a exacerbação de um sentimento de vazio e desesperança, contribuindo para o aumento nas taxas de comportamentos voltados à autodestruição. Salientam que o mundo atual é regido pela incerteza e não mais pela existência de uma verdade única como prometia a ciência.

O homem contemporâneo caracteriza-se pelas experiências de desenraizamento, de errância, vinculadas a perdas de referências simbólicas. E isso se traduz em um sofrimento psíquico que denuncia a insegurança e, principalmente, a instabilidade identitária, e que pode ser chamado de desamparo.
(FENSTERSEIFER; WERLANG, 2006, p. 39)

As referidas autoras alertam que a subjetividade produzida na pós-modernidade tem seu centro no valor da exterioridade em que o outro e o seu olhar passam a ocupar um papel de grande importância na organização psíquica do sujeito. Daí advém outros efeitos nefastos como a “cultura do narcisismo”, das relações pautadas na superficialidade, no imediatismo, na busca por ser admirado mais do que ser amado.

2.1.2 Comportamento suicida: definições

Na atualidade, a partir do olhar da saúde pública, o suicídio circunscreve-se em um fenômeno mais amplo, denominado de comportamento suicida, o qual pode ser definido como “todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato” (BOTEGA; RAPELI, 2002). Deste modo, o comportamento suicida abrange pelo menos três tipos de fenômenos associados ao suicídio: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio propriamente dito (BOTEGA; RAPELI, 2002; WHO 2014). É considerado um comportamento não adaptativo, com múltiplas determinantes, que se apresenta numa escala de gravidade que pode variar da ideação suicida ao suicídio (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005a,b).

A ideação suicida engloba ideias, desejos e manifestações da intenção de querer morrer. Além dos pensamentos sobre o desejo de se matar, a ideação também pode incluir o planejamento deste ato: como, quando e onde fazer isso. Essa ideação pode invadir o pensamento do indivíduo tanto de forma esporádica como de modo frequente (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005a,b). Silva *et al* (2006) observam que a gravidade e a duração dos pensamentos suicidas correlacionam-se com a probabilidade de tentativa de suicídio, que se configura como o principal fator de risco para o suicídio consumado.

A tentativa de suicídio, assinalam Bertolote *et al* (2010), tem as mesmas características fenomenológicas do suicídio, diferindo deste apenas quanto ao desfecho, que não é fatal, e propõem que o comportamento suicida deve se diferenciar de outros comportamentos autodestrutivos, nos quais não existe uma intenção de pôr fim à vida. Em contrapartida, alguns autores (GUERREIRO, 2014; SIMIONI, 2017) consideram que a automutilação ou autolesão também seja uma dimensão deste comportamento, além da ideação, das tentativas e do suicídio.

Guerreiro (2014) e Simioni (2017) consideram que apesar da automutilação sem intenção suicida se diferenciar do comportamento suicida pela ausência do desejo de morrer, a presença de comportamentos autolesivos é um fator de risco para o suicídio, sendo esta relação subvalorizada. Autópsias psicológicas¹ sugerem que se envolver neste comportamento

¹Autópsia psicológica é um termo criado, na década de 1960, pelo psicólogo Edwin Shneidman, para caracterizar um tipo de avaliação psicológica realizada retrospectivamente através de uma investigação imparcial, que objetiva compreender os aspectos psicológicos de uma determinada morte. Envolve 2 procedimentos principais: 1) entrevistas com informantes (pessoas que conheciam a vítima e que podem fornecer dados relevantes, tais como a esposa ou o marido, parentes, amigos, namorados, empregados; bem como profissionais que acompanharam o falecido, tais como psicólogo, psiquiatra, clínico geral, entre outros. 2) coleta e análise de documentos relevantes, como prontuários, registros clínicos, diários pessoais, nota de suicídio, se houver. MIRANDA, Tatiane Gouveia de. **Autópsia psicológica: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura), Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

aumenta em 16 vezes a chance de morrer por suicídio (SIMIONI, 2017). Deste modo, a Lei Nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui no Brasil a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, vem ao encontro desta concepção, considerando o suicídio consumado, a tentativa de suicídio e o ato de automutilação, com ou sem intenção suicida, como situações de violência autoprovocada que necessariamente devem ser notificadas.

A OMS (WHO, 2014) considera que o comportamento suicida indica uma infelicidade profunda vivenciada pelo indivíduo, não sendo provocado necessariamente por um transtorno mental. Enfatiza que muitas pessoas diagnosticadas com um transtorno mental não são afetadas pelo comportamento suicida. Bertolote *et al* (2010) também destacam que o comportamento suicida não é uma doença, embora consideram que esteja associado a diversos transtornos.

2.1.3 Comportamento suicida na adolescência

De acordo com a OMS, considera-se adolescência o período de 10 a 19 anos e esta também é a demarcação do Ministério da Saúde. Entretanto, isto não é um consenso, visto que para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o período da adolescência é aquele entre 12 a 18 anos. Para além do aspecto cronológico, o Ministério da Saúde ressalta que os critérios biológicos, psicológicos e sociais devem ser considerados na abordagem conceitual da adolescência (BRASIL, 2007a).

Nesta dissertação, adotaremos a concepção da OMS para a demarcação cronológica da adolescência, pois entendemos que a mesma abrange de modo mais ampliado o fenômeno que se pretende elucidar.

A OMS considera que a adolescência se caracteriza por ser uma das etapas de transição mais importantes na vida do homem, que se caracteriza por um ritmo acelerado de crescimento e de mudanças, superada somente pelo o que experimentam os lactentes. Apesar disto, considera que é um período de particular vulnerabilidade, durante o qual o contexto social tem uma influência primordial, visto que muitos adolescentes se lançam e/ou são incentivados a adotar comportamentos de risco tais como a experimentação de álcool, tabaco e outras drogas, relações sexuais em idades cada vez mais precoces. Outros acabam vivenciando problemas de adaptação de diversas ordens e desenvolvendo complicações na esfera da saúde mental.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano, de transição da infância para a idade adulta, caracterizada por mudanças e transformações corporais, biológicas, sociais, psicológicas, cognitivas (GUERREIRO, 2014). Não é uma etapa natural e universal do desenvolvimento, mas construída a partir de contextos culturais, sociais e históricos (OZELLA, 2002).

Até a primeira metade do século XX, a adolescência era conceituada como um período de crise, conflito e inquietações, mas a partir da década de 80 do mesmo século, houve uma evolução neste conceito, agregando a compreensão dos diferentes contextos de desenvolvimento dos adolescentes, o que demonstrou que muitos passam por esta etapa sem crises ou dificuldades significativas (GUERREIRO, 2014).

A adolescência, portanto, é resultante da construção social e histórica que não ocorre do mesmo modo em todas as culturas (OZELLA, 2002). As características do ser adolescente são significadas nas relações sociais, o que exige a compreensão das condições sociais que determinam as vidas das pessoas (OZELLA, 2002).

Os estudos antropológicos desenvolvidos sobre a adolescência, no início do século XX, corroboram o fato de que: “a puberdade é um fenômeno natural da espécie humana. No entanto, o seu significado difere culturalmente por causa das práticas observadas em cada povo” (PORTAL ABERTA).

Muitos pesquisadores e profissionais (ANDRADE; NOVO, 2002; BOCK, 2007; COIMRA *et al*, 2005; OZELLA, 2002) tem realizado uma crítica à visão naturalista e universalizante que é permeada de estigmas e preconceitos sobre a adolescência e questionam a concepção da adolescência como uma fase natural do desenvolvimento situada entre a vida adulta e a infância. Enfatizam que a adolescência deve ser compreendida como uma construção social, fruto das relações sociais, das condições de vida, dos valores sociais presentes na cultura, que trazem repercussões na subjetividade e no desenvolvimento do homem moderno e não como um período natural do desenvolvimento.

Apesar de não haver um padrão único de adolescência, Guerreiro (2014) salienta que existe um conjunto de tarefas desenvolvimentais a ser alcançada pelo adolescente neste período. Na cultura ocidental, algumas destas tarefas são a conquista da autonomia, a mudança na relação com os pais e com os amigos, a vivência da sexualidade.

Rocha (2002), por sua vez, enfatiza que a diversificação de laços e referências oferece aos jovens a possibilidade de construir sua singularidade e de se envolver na produção

de projetos de vida. Para Barros (2002) a adolescência é a época da afirmação social da identidade e da consolidação da orientação sexual.

Por sua vez, na concepção existencialista sartriana, a adolescência é um período onde há a possibilidade do pensamento crítico em relação ao seu ser e do nascimento existencial, desde que o adolescente consiga iniciar o movimento de tomar a si próprio e sua realidade como objeto de consciência reflexiva.

Pretto (2013) esclarece que a criança se faz pelo e no atravessamento de seu contexto antropológico, sociológico e pela apropriação que for capaz de realizar (dimensão psicológica). Na infância, a criança não consegue distanciar-se das experiências vividas para questioná-las, mas na adolescência, apresenta-se a possibilidade do jovem se posicionar em relação a sua história, aos valores que lhe foram passados. Há uma maior consciência de si, dos outros e do mundo que o rodeia, não como um fato dado, mas como um fato que pode ser modificado.

Estas condições abrem a possibilidade do nascimento existencial, que pode ser entendido como a capacidade do sujeito localizar-se numa estrutura de escolha e fazer algo do que foi feito dele, constituindo-se ao mesmo tempo produto de sua época e produtor dela (SCHNEIDER, 2008; MAHERIE; PRETTO, 2007). Isto não é uma regra geral, mas depende das possibilidades do adolescente no acesso a mediações em todas as esferas (psicológicas, sociológicas, antropológicas, biológicas).

Do ponto de vista neuropsicológico, a partir das experiências vividas pelo adolescente, algumas mudanças qualitativas em sua cognição podem ocorrer, tais como a capacidade de compreender conteúdos abstratos, realizar raciocínio hipotético dedutivo, pensar sobre possibilidades, pensar à frente, pensar sobre hipóteses, pensar sobre os pensamentos, pensar além dos limites convencionais (NIEDERAUER, 2014).

Diante do exposto, conclui-se que não há uma adolescência, mas “adolescências”, as quais a partir das condições históricas, materiais e culturais se singularizam em uma existência concreta.

[...] temos de falar não da adolescência, mas das adolescências, que são definidas por aquilo que está ao redor, pelos contextos socioculturais, pela sua realidade, situando-as em seu tempo, em sua cultura. Trabalhar com essa perspectiva é passar a fazer perguntas a respeito do sujeito sobre o qual estamos falando, nas dimensões social, político-institucional e pessoal, e, a partir daí, identificar questões que podem aumentar o grau de vulnerabilidade dos adolescentes frente aos riscos (BRASIL, 2007a, p.9)

Os números expressivos de comportamento suicida na adolescência, segundo Braga e Dell'Aglio (2013), ocorrem pela dificuldade de muitos jovens em lidar com as exigências sociais e psicológicas impostas por esta etapa da vida. Para Serrano-Ruiz e Olave-Chaves (2017), o suicídio na adolescência é um fenômeno multicausal, relacionado a uma série de fatores pessoais, familiares e sociais. Destacam que o aparecimento de comportamentos suicidas nesta fase está relacionado a fatores como gênero, nível socioeconômico, escolaridade, saúde mental, dinâmica familiar, apoio existente, inclinação sexual, entre outros.

Souza, Barbosa e Moreno (2015), a partir de revisão sistemática, avaliaram que o perfil do adolescente brasileiro que tenta suicídio, em sua maioria, é branco, solteiro, do sexo feminino, com baixo poder econômico e, aproximadamente, somente 50% frequentam a escola. O método mais utilizado no gênero feminino é a intoxicação medicamentosa; e no gênero masculino, os métodos violentos.

Abasse *et al* (2009), analisando a morbimortalidade por suicídio na faixa etária de 10-19 anos, no estado de Minas Gerais, constataram que as taxas de internação foram mais altas entre as jovens do que entre os jovens (razão de 3:1); sendo a autointoxicação o meio mais comum nas tentativas de suicídio para ambos os sexos. Entretanto, o principal meio utilizado para a efetivação do ato suicida para ambos os sexos foi o enforcamento, seguido pelo estrangulamento ou sufocamento, lesões por arma de fogo no sexo masculino e autointoxicação no sexo feminino; sendo que os adolescentes do sexo masculino apresentaram uma taxa de mortalidade média duas vezes maior que o sexo feminino.

Souza *et al* (2017), a partir de revisão integrativa da literatura com a população de 10 a 14 anos, delimitada pelo período de 1980 a 2016, encontraram evidências de que este público é mais impulsivo na tentativa de suicídio; não possui estratégias de enfrentamento de situações de estresse; e nos meses que antecederam o suicídio, ocorreram mudanças de comportamento e de atitude, tais como falta de interesse em atividades prazerosas, abstenção da escola e isolamento social.

Outro estudo (VERAS; SILVA; KATZ, 2017) verificou que a baixa coesão familiar (separação emocional entre seus membros, fraco suporte familiar) e o alto nível de flexibilidade familiar (quando o sistema familiar opera de modo permissivo na definição de regras e limites) estão relacionados à tentativa de suicídio em adolescentes.

2.1.3.1 Avaliação e manejo da crise suicida em adolescentes

A abordagem do risco de suicídio implica em conhecer os fatores de risco e de proteção relacionados à possibilidade do evento suicida ocorrer ou não. Na saúde pública, a identificação de fatores de risco e de proteção são ferramentas que auxiliam na definição de planos de intervenção na condição estudada. O risco é um conceito da epidemiologia moderna e refere-se à probabilidade da ocorrência de algum evento indesejável.

Deste modo, os fatores de risco são elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desenvolvimento de um acontecimento indesejado. Já os fatores de proteção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco (BENINCASA; REZENDE, 2006). Sendo assim, os fatores de risco são aqueles que tornam mais provável o desenvolvimento da ideação suicida ou a ocorrência de atos suicidas; e os fatores de proteção são aqueles que diminuem a probabilidade da ocorrência de atos suicidas (BRÁS; JESUS; CARMO, 2016).

As publicações da OMS (2006; 2009; 2012) enfatizam que os principais fatores de risco para a consumação da morte intencional autoinfligida em qualquer faixa etária são tentativas prévias de suicídio e presença de transtorno mental. Em relação aos comportamentos suicidas entre adolescentes consideram que fatores como a vida familiar disfuncional e conflituosa, negligência e falta de apoio social, incapacidade de lidar com desafios acadêmicos, poucas competências para resolver problemas, baixa autoestima, conflitos em torno da identidade sexual, perda de relações amorosas, situações de maus tratos, abuso físico e sexual, transtorno psiquiátrico familiar, abuso ou dependência de substâncias associados à depressão podem aumentar o risco de suicídio (OMS, 2006, p. 7). Aponta como fator de risco adicional na fase da adolescência, o suicídio de figuras proeminentes e de referência ou de alguém que o adolescente conheça pessoalmente.

Entre os fatores de risco, a OMS também considera aqueles associados ao sistema de saúde dos países, como o difícil acesso aos serviços, à baixa qualificação das equipes na abordagem do tema, o fácil acesso a meios para cometer suicídio, uma imprensa sensacionalista, o estigma e tabu para aqueles que buscam ajuda relacionada a comportamentos suicidas, problemas de saúde mental e abuso de substâncias; e fatores relacionados à situação política dos países como guerras, além de desastres, e discriminação (WHO, 2014).

A literatura especializada (BERTOLOTE *et al*, 2010; FAÇANHA, 2010; SOUZA *et al*, 2017) geralmente diferencia os fatores de risco predisponentes e os precipitantes. Os

primeiros são aqueles mais distantes, relacionados às condições para a ocorrência do comportamento suicida. Já os fatores precipitantes são aqueles mais próximos, chamados de estressores recentes associados ao risco, relacionados a mudanças e perdas.

Sousa *et al* (2017) em um estudo de revisão integrativa da literatura nos anos de 1980 a 2016, com a população de 10 a 14 anos, encontrou como fatores predisponentes para o suicídio problemas escolares envolvendo bullying e baixo rendimento; histórico de violência física e sexual; conflitos familiares associados com barreiras comunicacionais e morte de parente ou pessoa próxima por suicídio.

Façonha (2010, p. 4), por sua vez, considera que o comportamento suicida nos adolescentes pode ser precipitado por diversos fatores:

fatores psicológicos, fatores de vulnerabilidade (perfeccionismo, impulsividade, pessimismo e baixa capacidade de resolução de problemas), fatores predisponentes (baixa autoestima, pensamento dicotômico, estilo atributivo disfuncional, perspectiva distorcida do tempo pessoal) e fatores precipitantes (dor psicológica insuportável, constrição cognitiva, ansiedade elevada e decisão de morrer).

Outros autores (BOTEGA *et al* 2006; BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010) citam vários fatores de risco para o ato suicida, destaco a seguir aqueles que se relacionam com o período da adolescência: perdas de figuras parentais; dinâmica familiar conturbada; abuso físico, emocional e sexual na infância; personalidade com traços de impulsividade e agressividade; doenças crônicas incapacitantes, dolorosas ou desfigurantes; fácil acesso a meios letais; minoria sexual (homossexual ou transexual); minoria étnica.

A falta de convivência com pares durante a infância e adolescência também é apontada como um fator de risco, pois as relações com pares reduzem o impacto de experiências adversas (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013). Este aspecto também é corroborado por DAUDT *et al* (2007 apud BRAGA; DELL'AGLIO, 2013) que salientam como fator de proteção as relações interpessoais entre pares na infância e adolescência, pois estas influenciam significativamente o desenvolvimento de habilidades sociais, afetivas e cognitivas de crianças e adolescentes.

Como fatores protetivos também são citados: sensação de estar integrado a um grupo; bons vínculos afetivos; religiosidade; sentimento de importância na vida dos outros; sentimento de pertencimento (BOTEGA *et al* 2006).

Em relação aos fatores de proteção, a literatura indica uma dificuldade de se definir o que é fator de proteção para o risco suicida:

A maioria das propostas preventivas baseia-se na identificação de fatores de risco, pois há uma escassez de dados referente aos fatores protetores. O pouco que se sabe, ou que se supõe, é derivado do conhecimento obtido em outras áreas, como a saúde em geral ou a saúde mental em particular (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010).

Os autores mencionados acima consideram que a resiliência emocional, a capacidade para resolver problemas e certas habilidades sociais possam reduzir o impacto de fatores ambientais adversos ou intrapsíquicos e, dessa forma, contrabalançar o peso de certos fatores de risco. Entretanto, demarcam a escassez de trabalhos científicos sobre os fatores de proteção específicos para o comportamento suicida.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, em sua publicação “Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica nº 34” (BRASIL, 2013) oferece uma contribuição para esta questão, identificando os fatores de risco e de proteção para a saúde mental infantojuvenil em 3 (três) domínios: social, psicológico e biológico, mas que na prática interagem de forma dinâmica. O domínio social é subdividido em 3 categorias: família, escola e comunidade. Estes fatores são explicitados na tabela abaixo:

Quadro 1 – Fatores de risco e de proteção para saúde mental infantojuvenil

DOMÍNIO	FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
SOCIAL – Família	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado parental inconsistente; – Discórdia familiar excessiva; – Morte ou ausência abrupta de membro da família; – Pais ou cuidadores com transtorno mental; – Violência doméstica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculos familiares fortes; – Oportunidades para envolvimento positivo na família.
SOCIAL – Escola	<ul style="list-style-type: none"> – Atraso escolar; Falência das escolas em prover um ambiente interessante e apropriado para manter a assiduidade e o aprendizado; – Provisão inadequada-inapropriada do que cabe ao mandato escolar; – Violência no ambiente escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidades de envolvimento na vida da escola; – Reforço positivo para conquistas acadêmicas - Identificação com a cultura da escola

SOCIAL – Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Redes de sociabilidade frágeis; - Discriminação / marginalização - Exposição à violência; - Falta de senso de pertencimento; - Condições socioeconômicas desfavoráveis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ligação forte com a comunidade; - Oportunidade para uso construtivo do lazer; - Experiências culturais positivas; - Gratificação por envolvimento na comunidade.
PSICOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> - Temperamento difícil; - Dificuldades significativas de aprendizagem; - Abuso sexual, físico emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidade de aprender com a experiência; Boa autoestima; - Habilidades sociais; - Capacidade para resolver problemas.
BIOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> - Anormalidades cromossômicas; - Exposição a substâncias tóxicas na gestação; Trauma craniano; Hipóxia ou outras complicações ao nascimento; Doenças crônicas, em especial neurológicas e metabólicas; - Efeitos colaterais medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento físico apropriado à idade; - Boa saúde física; - Bom funcionamento intelectual.

Fonte: Brasil, (2013)

Os fatores descritos no Quadro 1 não são específicos para o risco suicida em adolescentes, mas apontam para variáveis associadas com a saúde mental infantojuvenil. A maioria destes fatores também foi observada nos estudos anteriores citados, entretanto acrescenta o domínio biológico como fator de risco e de proteção para a saúde mental.

Conhecer os fatores envolvidos na saúde mental infantojuvenil e no risco suicida, é decisivo na compreensão do grau de vulnerabilidade em que se encontra um adolescente em crise suicida e planejar estratégias adequadas de prevenção do comportamento suicida.

Por sua vez, no que diz respeito à avaliação e manejo do risco suicida em adolescente, com história prévia de tentativa(s) ou que está vivendo uma crise suicida, é fundamental que se identifique os fatores de risco e de proteção relacionados ao seu comportamento suicida. Lembrando sempre que nenhum dos fatores isolados tem o poder de provocar ou prevenir o comportamento suicida (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

Pesce (2004) considera que os fatores de proteção podem modificar a resposta do sujeito aos fatores de risco. Na verdade, considera os fatores como processos: processos de

risco e processos de proteção, o que significa que os mesmos devem ser analisados de forma interligada, visto que não são entidades estáticas, mudam conforme a pessoa e dependem do contexto vivido. Poletto e Koller (2018) referem que as diversas influências e eventos de vida podem se configurar como risco ou proteção, entretanto, isto dependerá da qualidade e existência de relações emocionais e sociais, da presença de afetividade e da reciprocidade que tais ambientes propiciam.

Sánchez-Teruel e Robles-Bello (2014) pesquisaram sobre fatores de proteção que podem promover a resiliência em adolescentes em relação ao comportamento suicida, minimizando os fatores de risco. A resiliência é descrita pelos autores como “uma rápida recuperação de situações estressantes, negativas ou adversas da vida, e um crescimento psicossocial que não existia antes da exposição” (SÁNCHEZ-TERUEL; ROBLES-BELLO. 2014, p. 182). Os autores também se apoiam no conceito de Rutter (1987 apud SÁNCHEZ-TERUEL; ROBLES-BELLO, 2014, p. 182) que define a resiliência como um “conceito interativo que se relaciona à combinação de experiências de riscos significativas e consequências psicológicas relativamente positivas apesar dessas experiências”.

A partir de revisão de estudos sobre o tema entre 1980 a 2013, Sánchez-Teruel e Robles-Bello (2014) organizaram os fatores relacionados com a resiliência. Em relação aos fatores ecológicos, que consideram os fatores externos, citam: 1) apoio social; 2) experiências iniciais de resolução de conflitos entre iguais de modo não violento; 3) relacionamentos positivos com a família, colegas de escola e professores; 4) redes sociais estruturadas (família, amigos, comunidade e outras); 5) dificuldade em acessar meios para cometer suicídio; 6) sentimento de pertencer a um grupo ou cultura; 7) ativismo social; 8) aceitação de valores relacionados à identidade sexual e étnica; 9) disponibilidade e fácil acesso a serviços de saúde mental; 10) profissionais formados em diversidade sexual e étnica.

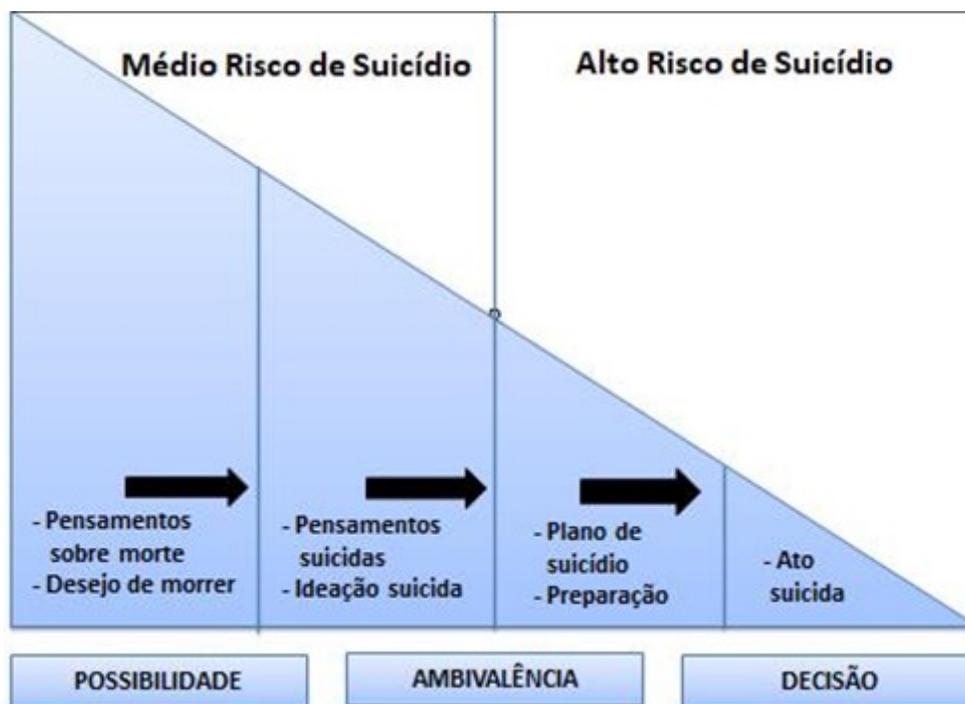
Estes fatores, associados a outros, tais como autoconceito positivo, controle dos impulsos, razões para viver, esperança, habilidade para pedir ajuda, perseverança apesar das adversidades, teriam a importância de amenizar o impacto de situações negativas na vida dos adolescentes, diminuindo o risco para comportamentos suicidas.

A OMS corrobora esta posição, enfatizando que, embora muitas intervenções sejam voltadas para a redução de fatores de risco na prevenção do suicídio, é igualmente importante considerar e fortalecer os fatores que aumentam a resiliência e que protegem contra o comportamento suicida em contextos variados (WHO, 2014).

A partir do levantamento dos fatores de risco e de proteção, chega-se à classificação do risco suicida. A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina elaborou um protocolo geral de risco de suicídio, em que utiliza a classificação de baixo, médio e alto risco, frequentemente utilizada na literatura (SANTA CATARINA, 2015). Neste protocolo, é considerado baixo risco quando há ideação suicida, mas não há planejamento específico e a intencionalidade é baixa. Nesta situação é indicado trabalhar a ambivalência do desejo de morte e alternativas possíveis, bem como agendar atendimento no CAPS (no caso de adolescentes, CAPSi) ou unidade básica. O médio risco é considerado quando o paciente apresenta planos suicidas possíveis, mas não tem acesso fácil aos meios para concretizá-los. Nestes casos, o paciente deve ter consulta agendada em serviço especializado de saúde mental, como o CAPSi, num período máximo de 7 a 10 dias, e durante o intervalo, a equipe da unidade básica de saúde deve manter contato com ele. O risco alto é quando há um planejamento claro e há intenção de realizá-lo nas próximas horas ou dias. Deve-se trabalhar a ambivalência do desejo e alternativas, envolver a família, orientar a remoção de meios letais próximos ao paciente, encaminhar para internação se há periculosidade ou a equipe de saúde manter contato diário com o mesmo.

O comportamento suicida está relacionado ao conceito de suicidalidade, que envolve cognições e ações de pessoas que pensam e/ou procuram a sua própria morte. Este conceito deriva da palavra em inglês “*suicidality*”, que como definição é a qualidade ou condição de estar suicida. Bronisch e Hegerl (2011 apud JANS; VLOET; TANELI; WARNKE, 2018) apresentam um esquema para orientar os profissionais sobre os estágios da suicidalidade (Figura 1) durante a avaliação do risco suicida:

Figura 1 – Estágios da suicidalidade



Fonte: Bronisch e Hegerl (2011 apud JANS; VLOET; TANELI; WARNKE, 2018)

(Traduzido pela autora, 2019)

Estes conceitos auxiliam os profissionais a dimensionarem o risco suicida e tomarem as ações devidas visando à prevenção do mesmo. Os autores da Figura 1 salientam que é preciso estar ciente de que o suicídio ou suas tentativas podem ocorrer durante qualquer um desses estágios e que a convicção para realizar o suicídio, geralmente, nunca é absoluta, pois a pessoa vive uma ambivalência que abre possibilidade para uma intervenção.

Jans, Vloet, Taneli, Warnke (2018) consideram que à medida que a ideação suicida se torna mais específica, um comportamento “pré-suicida” pode se desenvolver, tal como descreve Warnke (2008 apud JANS; VLOET; TANELI; WARNKE, 2018) este é caracterizado por: sentimentos de desesperança, autculpabilização de estar sozinho e incompreendido; ruminções negativas, autopiedade; inatividade e isolamento social, autoagressão, fantasias suicidas e planejamento do ato, mudança repentina de humor, sintomas somáticos, problemas de sono, fadiga e perda de apetite.

No entanto, consideram que este “comportamento pré-suicida” pode ser menos observado em crianças e adolescentes, nos quais o suicídio impulsivo é mais comum do que em adultos (JANS; VLOET; TANELI; WARNKE, 2018). Estes autores alertam que uma vez

tomada a decisão de cometer suicídio, o adolescente pode ficar menos agitado e parecer mais estável, levando os profissionais e/ou familiares a subestimar o risco de suicídio.

Também enfatizam que atenção especial deve ser dada à mutabilidade do risco, pois o risco de suicídio não é estático, varia devido a alterações no estado mental do adolescente, aos estressores em seus relacionamentos e à confiabilidade da avaliação profissional. Uma baixa confiabilidade da avaliação profissional pode ser atribuída a: 1) fatores intrínsecos ao paciente, tais como a presença de quadro psiquiátrico ou o fato dele estar intoxicado; 2) fatores relacionados ao ambiente social (por exemplo, divórcio dos pais com uma batalha de guarda, motivando um dos pais a omitir os problemas); 3) fatores intrínsecos ao procedimento da avaliação (avaliação incompleta ou a recusa do paciente em fornecer informações).

No que se refere ao manejo do comportamento suicida com adolescentes, há ainda poucos estudos específicos sobre quais intervenções psicossociais seriam mais indicadas. Vários estudos citam a relevância de se pesquisar estratégias de intervenção e prevenção do comportamento suicida com a população adolescente (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; ABASSE *et al*, 2009; WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005a,b). Além disto, também apontam para a importância de um trabalho com a família e escola para que estes se tornem fatores de proteção mais consistentes para o adolescente.

2.1.4 A assistência ao adolescente na política de saúde mental infantojuvenil

O sofrimento psíquico infantojuvenil ficou durante muito tempo fora de cena, sendo tratado sob os muros de instituições voltadas para adultos na maioria das vezes (TAÑO; MATSUKURA, 2015). Somente no início do século XXI, através do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil estabeleceu responsabilidades e diretrizes públicas para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Anteriormente, este cuidado ficava sob a responsabilidade de entidades filantrópicas e educacionais que, mesmo não tendo esta finalidade, assumiam esta tarefa (BRASIL, 2013, p. 104). Entretanto, a assistência de crianças e adolescentes ficava muito atrelada ao manejo e correção de comportamentos considerados desviantes ou disfuncionais pelos adultos - pais, professores e especialistas. Guarido (2007) assinala que até o início do século XX, a criança era basicamente objeto da pedagogia, cabendo aos médicos tratar o que se configurava como anomalias ou desordens das condições das crianças para

atingirem o seu pleno desenvolvimento em termos intelectuais e morais. Segundo Taño e Matsukura (2015):

(...) as crianças e adolescentes severamente comprometidos em decorrência do sofrimento psíquico mantinham-se reclusas em alas conjuntas com os adultos nos hospitais psiquiátricos do país. Uma vez que as principais ações no campo da saúde mental infantojuvenil se detinham à prevenção de agravos, poucas ações estiveram descritas e direcionadas às populações em intenso sofrimento psíquico (TAÑO; MATSUKURA, 2015, p. 441).

Marino (2013 apud MELLO; SANTOS, 2018, p.316) salienta que “a etimologia da palavra infância vem de *infans*, que significa aquele que não fala, isto é, aquele que se distingue do adulto pela não apropriação da fala”. Essa definição remete ao lugar histórico dado à criança e ao adolescente na sociedade: um lugar sem voz, por isso sem escuta da demanda da criança e do adolescente. O entendimento de que o público infantojuvenil são sujeitos de direitos é recente na história do Estado brasileiro. A Constituição de 1988 estabeleceu que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem uma série de direitos. Essa mudança rompeu com a concepção estigmatizante de “menor” e priorizou a questão da garantia dos direitos a todas as crianças e adolescentes brasileiros.

Nesse panorama foi sendo desenvolvido o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que consolidou num instrumento legal – a Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 – as normas que dispõe sobre a proteção integral e a garantia de direitos à criança e ao adolescente, conforme ilustra o seu art. 3º:

a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ECA, 1990).

No mesmo ano, ocorreu a aprovação do SUS por meio da Lei nº 8.080/1990 em que o estado assumiu responsabilidades com a saúde integral das crianças, adolescentes e suas famílias. Entretanto, no que tange à questão da saúde mental na infância e adolescência, vale ressaltar que somente 14 (quatorze) anos depois da aprovação do ECA e do SUS é que surgiu uma legislação para abordar a referida temática. Em 2004, o Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004, instituiu o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, que surgiu com o objetivo de ser um espaço de debate coletivo para o fortalecimento da política de atenção em saúde mental da infância e adolescência. Este Fórum tem caráter representativo e deliberativo, sendo um instrumento de gestão nesta área. A

Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2005) é regida por princípios, explicitados a seguir:

- A criança e o adolescente são sujeitos de direito: é preciso ofertar condições de voz e escuta a ambos;
- Acolhimento universal: significa que as portas dos serviços devem estar abertas a todos aqueles que chegam com alguma necessidade de saúde e de saúde mental;
- Encaminhamento implicado e corresponsável: no caso de haver outro serviço que melhor se ajuste às necessidades do usuário. Esse princípio exige que o profissional que encaminha se inclua no encaminhamento e se responsabilize pela demanda, acompanhando o caso até seu novo destino.
- Construção permanente da rede e da intersetorialidade: a partir da noção de clínica ampliada e da complexidade das intervenções em saúde mental é fundamental a construção cotidiana de uma rede de profissionais, ações e serviços para a garantia do acesso de crianças, adolescentes e jovens aos cuidados nesta área.
- Trabalho no território: trata-se de um conceito que extrapola os sentidos meramente geográficos ou regionais. “O território é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a vida acontece” (BRASIL, 2005, p. 13).
- Intersetorialidade: O trabalho dos serviços de saúde mental infantojuvenil deve incluir as intervenções junto a todos os equipamentos do território, tais como as outras agências sociais não clínicas que atravessam a vida das crianças e jovens como a escola, igreja, órgãos da justiça e da infância e adolescência, conselho tutelar, instituições de esporte, lazer, cultura e outros.
- Avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental: as demandas que chegam aos serviços de saúde mental (vindas do sujeito, da família, da escola e dos serviços da rede de saúde ou da rede intersetorial) devem ser discutidas e elaboradas em conjunto pelas equipes, pelos familiares e pelos usuários.

Os princípios da Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil estão em consonância com os direitos fundamentais da criança e do adolescente expostos no ECA, nos princípios do SUS e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

2.1.5 A produção do cuidado na lógica da atenção psicossocial

A Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciada na segunda metade da década de 1970, propôs a construção de outro lugar social para a loucura do que este vinculado à doença, incapacidade, periculosidade e aniquilação do ser (AMARANTE, 1999). Este movimento teve, e continua tendo, como um de seus maiores objetivos, a consolidação de um projeto de desinstitucionalização da loucura, a qual não se restringe somente a desospitalizar, mas, sobretudo, à desconstrução de saberes, práticas e discursos que reduzem a loucura à concepção de doença mental, de incapacidade, de periculosidade, tendo o louco que ser afastado do convívio social, necessitando ser isolado, tutelado e excluído (ACIOLY; BRASIL, 2009).

Buscando a superação deste processo, a Reforma Psiquiátrica buscou implementar a transição para um modelo de atenção psicossocial pautado na lógica do cuidado no território, da integralidade, da clínica ampliada, do acolhimento, do protagonismo dos usuários, da inclusão social; dando lugar para vários serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, asilar, segregacionista, estigmatizante. Segundo Fialho (2015), a atenção psicossocial procura conhecer o usuário em suas múltiplas e variadas dimensões existenciais, incentivando a expressão de sentimentos como angústias, impressões, medos, dúvidas. Neste sentido, os princípios da atenção psicossocial se alinham com os princípios do SUS e diretrizes da PNH, pautando-se pela prática da escuta qualificada, do acolhimento, promovendo relações de confiança, compromisso, vínculo, incentivando a comunicação e trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

Como corolário deste processo de avanço da Reforma Psiquiátrica, deu-se a histórica aprovação da Lei Nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Neste contexto, a saúde mental passa a se configurar como tarefa de qualquer serviço de saúde do SUS, que são convocados a desenvolver o cuidado em rede, pactuando responsabilidades e funções, criando alternativas ao cuidado alicerçado na lógica manicomial. Sendo assim, esse modelo de atenção implica na construção, consolidação e expansão de uma rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial (FIALHO, 2015).

2.1.6 O lugar da urgência e emergência na política nacional de saúde mental

Na continuidade do movimento da Reforma Psiquiátrica, veio a Portaria Nº 3088/2011, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Esta Portaria previa a articulação e integração de vários pontos de atenção, onde as pessoas em sofrimento psíquico podiam buscar atendimento integral e multiprofissional às suas necessidades em saúde mental, substituindo gradativamente o hospital psiquiátrico por outros dispositivos de saúde. Conforme sintetizou o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019) as diretrizes da RAPS são:

(...) o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania; Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares (CFP, 2019, online).

A RAPS era composta pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização, Reabilitação Psicossocial. Entretanto, em 2017, vieram normativas que alteraram o formato e concepção da RAPS conforme concebida pela Portaria Nº 3.088/2011.

A partir da Resolução CIT Nº 32 de 14 de dezembro de 2017, que estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), alterou-se a definição dos componentes da RAPS, de modo que os hospitais psiquiátricos especializados voltaram a integrar a RAPS. Logo em seguida, veio a Portaria Nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, e dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Esta Portaria, dentre outras questões, também modificou o artigo que versava sobre os componentes da RAPS, incluindo “unidades ambulatoriais especializadas” no componente da Atenção Psicossocial; e tirou os “leitos de psiquiatria em hospital geral” do componente da Atenção Hospitalar para acrescentar “Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral”; “Hospital Psiquiátrico Especializado” e “Hospital dia”. Também definiu vários aspectos relacionados ao Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV).

Em 2019, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, vinculada ao Ministério da Saúde, lançou a Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS

alterando princípios importantes que embasavam a Portaria Nº 3.088/2011 na direção da superação da lógica manicomial e consolidação da lógica psicossocial.

A RAPS, conforme descrita nesta Nota Técnica, passa a ser constituída pelos seguintes pontos de atenção:

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades;
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT);
- Unidade de Acolhimento (adulto e infantojuvenil);
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral;
- Hospital Psiquiátrico;
- Hospital-Dia;
- Atenção Básica;
- Urgência e Emergência;
- Comunidades Terapêuticas;
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas.

Deste modo, no componente da Urgência e Emergência da RAPS, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral, juntamente com a UPA 24 horas, SAMU 192, Sala de Estabilização e Unidades Básicas de Saúde se constituem como pontos de atenção. Estes pontos também fazem parte de outra rede de atenção à saúde: a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). As Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm como objetivo:

(...) promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010, anexo).

Nesta Rede, os pontos de atenção à saúde são entendidos como “espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular” (BRASIL, 2010, anexo). Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das RAS e apenas se diferenciam pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2010).

De acordo com a lógica de atendimento em rede preconizado pelo SUS, todos os pontos de atenção ficam atrelados aos princípios do SUS, tais como a garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento, humanização da atenção e garantia de implantação do modelo de atenção em caráter multiprofissional. Deste modo, a avaliação e

o manejo do comportamento suicida de adolescentes atendidos nas portas de entrada hospitalares de urgência ou pronto socorro em hospital geral deve se orientar por esta lógica de cuidado.

Entretanto, a partir da publicação da Nota Técnica N° 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, gerou-se muita controvérsia a respeito dos caminhos que o cuidado em saúde mental irá seguir. Com a Nota Técnica, o Ministério da Saúde endossou que não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum serviço substitui outro (BRASIL, 2019, p.4). Cita que “não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar” (BRASIL, 2019, p.4). A Nota Técnica permite o retorno de temas polêmicos como o uso da eletroconvulsoterapia e a internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos de adultos:

A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência. No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes (BRASIL, 2019, p. 24).

Esta Nota Técnica gerou inquietações entre os profissionais e instituições engajadas na superação da lógica manicomial. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2019), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME, 2019), o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019) assumiram uma postura de crítica à Nota por considerá-la um retrocesso às conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2019) em conjunto com outras entidades médicas, no entanto, manifestaram apoio às modificações, pois consideram que estas têm como objetivo proporcionar acesso a tratamento eficiente, humanizado, com embasamento técnico-científico, trazendo benefícios aos pacientes e suas famílias.

2.1.7 Políticas de prevenção ao suicídio: níveis mundial, nacional, estadual e municipal

Na década de 1990, com o aumento da mortalidade pelo suicídio e das morbidades evidenciadas pelas tentativas de suicídio, a OMS promoveu a consolidação da abordagem do suicídio pela saúde pública, priorizando o foco na prevenção (BERTOLOTE, 2012, p.17).

Em 1999, a OMS lançou o programa SUPRE como uma iniciativa mundial para prevenção do suicídio. Este programa envolveu uma série de ações articuladas com vários setores da sociedade, que buscavam, entre outros objetivos, difundir informações adequadas

através de campanhas de sensibilização, fomentar melhores condições de educação para crianças e adolescentes, investir na assistência em saúde mental, intervir no controle ambiental de fatores de risco.

Em conformidade com esta política mundial, em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que instituiu Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. O Brasil foi o primeiro país da América Latina a elaborar um plano de prevenção. De acordo com a referida Portaria, as diretrizes são compostas por objetivos, descritos no Quadro 2:

Quadro 2 – Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio

I - Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;
VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;
VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Dando continuidade ao incremento das políticas de prevenção, em 2014, a OMS lançou outra publicação “Preventing suicide – a global imperative”, em que apresenta um plano para reduzir os índices de suicídio em 10% até 2020 em todos os países filiados. Este plano disparou em vários países e no Brasil, uma série de ações.

Em 2014, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 1271, de 06 de junho de 2014, a qual define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, tornando as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo o território nacional.

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou o documento “Agenda de Ações Estratégicas para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil – 2017-2020”. Nesta agenda foram estruturados três eixos de atuação relacionados com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio no Brasil. Os três eixos, sinteticamente, planejam ações para melhorar a vigilância e qualificação da notificação, promoção de saúde, gestão e cuidado, educação permanente visando à prevenção do suicídio.

A partir deste documento, observa-se a execução de algumas ações de prevenção ao suicídio adotadas pelo Ministério da Saúde: 1) a parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV) - que foi ampliada com o Acordo de Cooperação Técnica, possibilitando a gratuidade das ligações ao CVV em todo o território nacional; 2) Recursos disponibilizados para seis capitais do país, com alto índice de tais ocorrências na última década, dentre estas Florianópolis (SC), junto com Manaus (AM), Campo Grande (MS), Boa Vista (RR), Teresina (PI) e Porto Alegre (RS); 3) Curso EAD em parceria a UFSC sobre Crise e Urgência em Saúde Mental; 4) Lançamento do Boletim Epidemiológico 2017; 5) Publicação da Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017, instituiu o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde; 6) Aprovação da Lei Nº 13.819, de 26 de abril de 2019 que 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.

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC), através do apoio financeiro recebido pelo Ministério da Saúde, criou o Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio, que visa à capacitação de profissionais e criação de estratégias para divulgação de informações, incentivando as pessoas a procurarem ajuda (SANTA CATARINA, 2018a). Este

Plano deve estar alinhado à Agenda de Ações Estratégicas de Prevenção ao Suicídio do Ministério da Saúde; ter escopo prioritário de ação nos estados e nas regiões de saúde com maiores taxas de suicídio e nos municípios com maior número absoluto de óbitos; considerar as ações já em andamento e ações previstas no âmbito do estado. Os maiores números absolutos de óbitos entre 2010 a 2015 no estado se encontram nas cidades de Criciúma, Joinville, Florianópolis e Blumenau (SANTA CATARINA, 2018b).

Por sua vez, a Secretaria Municipal de Florianópolis aprovou a Lei Nº 10.492 de 18 de março de 2019, que institui o plano municipal de prevenção ao suicídio no âmbito do município de Florianópolis e dá outras providências.

Todas estas iniciativas descritas anteriormente, a nível mundial, nacional, estadual e municipal, buscam a construção de uma abordagem da saúde pública para a prevenção do suicídio. Nas últimas décadas, houve muitos avanços na teoria e na prática de estratégias de saúde pública na prevenção e intervenção em comportamentos relacionados à morbidade e mortalidade em geral, e esta abordagem também tem sido aplicada para prevenir o suicídio (WHO, 2010).

Com base nesse conceito, muitos países filiados à OMS, dentre estes o Brasil, vêm desenvolvendo abordagens de prevenção ao suicídio e mobilizando esforços que são classificados em três níveis de prevenção: universal, seletiva e indicada (WHO, 2010), conforme descritas no Quadro 3:

Quadro 3: Níveis de prevenção do suicídio

NÍVEIS DE PREVENÇÃO	POPULAÇÃO ALVO	EXEMPLOS DE AÇÕES
UNIVERSAL	Público em geral (Afeta todos em uma população definida independente do risco de suicídio)	- Restrição de acesso a meios letais; - Divulgação responsável pela mídia; - Acesso a serviços de saúde mental; - Apoio social - Redução do uso prejudicial de álcool e outras drogas
SELETIVA	Grupos vulneráveis e expostos a fatores de risco (idade, gênero, abuso de substâncias, transtorno mental, desemprego, histórico familiar, evento estressor e outros)	- Capacitação de profissionais da saúde, educação e segurança pública - melhorar a identificação de pessoas em risco/fornecer intervenção precoce e tratamento; - Oferta de canais de comunicação por telefone

INDICADA	Indivíduos ou Subgrupos específicos com alto risco (apresentam suicidalidade e/ou histórico de tentativas)	<ul style="list-style-type: none"> - Detecção precoce do risco de suicídio. - Tratamento das pessoas que tentaram o suicídio ou praticam automutilação - Apoio a familiares enlutados e amigos enlutados (posvenção)
-----------------	--	---

Fonte: WHO (2010)

A abordagem direcionada ao público infantojuvenil quanto à prevenção universal do suicídio envolve a conscientização da população, através dos canais de mídia disponíveis sobre a importância da saúde mental, de que o suicídio é evitável e os problemas psicológicos e/ou psiquiátricos são tratáveis, incentivando a busca de ajuda. Também envolve mensagens da mídia direcionadas aos adolescentes, aos adultos que interagem com eles, aos profissionais de saúde e à própria mídia sobre comportamentos preventivos. Neste sentido, citam-se ações como a adoção de medidas de restrição dos jovens ao acesso a armas de fogo e outros meios letais, melhor controle dos jovens ao acesso ao álcool e outras drogas.

Em relação à prevenção seletiva, pode-se citar a realização de programas de conscientização sobre suicídio nas escolas, treinamento para os profissionais de saúde, de educação, de segurança pública, da mídia. Os estudos constatam que estes programas são intervenções eficazes na redução das taxas de suicídio. Outro exemplo de ação são as campanhas de conscientização dos adolescentes sobre a existência de linhas diretas de atendimento à crise suicida, como o CVV – 188.

Sobre as ações de prevenção do tipo “indicada”, podemos citar como exemplo o desenvolvimento de intervenções efetivas envolvendo os adolescentes com alto risco suicida, como no caso das tentativas prévias de suicídio. Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) salientam que devido à escassez de estudos nacionais para formular um protocolo de abordagem para este grupo de pacientes, há, conseqüentemente, uma carência no desenvolvimento de estratégias de intervenções específicas para as pessoas que tentaram suicídio e chegam aos serviços de emergência.

O acolhimento e atendimento aos familiares e amigos enlutados também é uma ação preventiva do tipo “indicada”, pois se sabe que as pessoas diretamente envolvidas com o indivíduo que se suicidou tornam-se mais vulneráveis ao risco suicida (SCAVACINI, 2018).

No que tange aos grupos de alto risco suicida é preciso garantir a continuidade do cuidado, o que contribui para a redução das taxas de readmissão hospitalar. O seguimento do

acompanhamento deve promover a consolidação de uma rede de apoio psicossocial ao adolescente após receber alta do hospital. Neste sentido, tratar de prevenção ao suicídio, em qualquer um dos níveis, implica no envolvimento de todas as políticas intersetoriais.

2.2 MÉTODO

Esta seção apresenta o percurso metodológico executado na pesquisa.

2.2.1 Delineamento da pesquisa

Em relação à abordagem utilizada neste estudo, caracteriza-se por ser predominantemente qualitativa, com uma etapa quantitativa. A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas com o aprofundamento da compreensão do fenômeno a ser estudado. A abordagem quantitativa, por sua vez, enfatiza os atributos mensuráveis da experiência humana (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009). As abordagens qualitativas e quantitativas, conforme Minayo e Sanches (1993) podem ser complementares e integrar métodos de análise e interpretação.

Quanto aos objetivos da pesquisa, este estudo é classificado como sendo exploratório-descritivo. De acordo com Gil (2008), a pesquisa exploratória tem o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, possibilitando uma visão geral sobre um tema específico. E a pesquisa descritiva pretende descrever fatos e fenômenos sobre determinada realidade.

Em relação ao procedimento, a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo foram utilizadas. A primeira tem como característica ser desenvolvida a partir de material já elaborado, principalmente através de artigos e publicações científicas (GIL, 2008). A segunda realiza a coleta de dados diretamente com o grupo de interesse da pesquisa (GIL, 2008).

Em relação à finalidade, este estudo se caracteriza como sendo uma pesquisa aplicada, visto que tem como característica fundamental o interesse na aplicação, utilização e consequências práticas dos conhecimentos gerados (GIL, 2008, p. 27). No estudo proposto, pretendeu-se levantar e aprofundar o conhecimento produzido sobre a gestão do

comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar.

2.2.2 Fluxograma da pesquisa

Para alcançar os objetivos deste estudo foram previstas 7 (sete) etapas, descritas a seguir:

Primeira Etapa: Pesquisa bibliográfica através de revisão integrativa da literatura;

Segunda etapa: Análise de conteúdo dos dados da revisão integrativa da literatura segundo categorização temática de Bardin (2010);

Terceira Etapa: Construção das diretrizes, a partir dos elementos de análise, quanto à gestão do comportamento suicida de adolescentes;

Quarta Etapa: Construção do instrumento de validação das diretrizes;

Quinta Etapa: Validação do conteúdo das diretrizes por juízes/avaliadores;

Sexta Etapa: Análise quantitativa das respostas ao instrumento de validação das diretrizes;

Sétima Etapa: Descrição das diretrizes validadas pelos juízes/avaliadores para gestão do comportamento suicida de adolescentes no contexto da urgência e emergência hospitalar.

O detalhamento do instrumento, procedimentos de coleta e análise dos dados serão descritos tendo como referência as etapas deste fluxograma.

Deste modo, o percurso metodológico segue com a apresentação do contexto da pesquisa, o qual envolveu o acesso às bases de dados e a seleção dos juízes/avaliadores.

2.2.3 Contexto da pesquisa

2.2.3.1 Bases de Dados

A revisão integrativa da literatura ocorreu no período de março a maio de 2019, sendo que as seguintes bases de dados foram consultadas: BVS/Bireme, Scopus, Web of Science, PsycINFO, Medline/Pubmed, CINAHL, Pepsic, Index Psi, SciELO. Segue uma breve descrição das características destas bases:

- **Portal Biblioteca Virtual em Saúde: BVS/BIREME** – portal que possibilita a busca integrada em várias bases de dados vinculadas à BIREME:

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

ADOLEC - Saúde na Adolescência

ADSAUDE - Administração de Serviços de Saúde

BBO - Bibliografia Brasileira de Odontologia

BDENF - Base de Dados de Enfermagem

BIOÉTICA - Base de dados do Programa Regional de Bioética da OPAS/OMS

DESASTRES - Acervo do Centro de Documentação de Desastres

HISA - História da Saúde Pública na América Latina e Caribe

HOMEOINDEX - Bibliografia Brasileira de Homeopatia

LEYES - Legislação Básica de Saúde da América Latina e Caribe

MEDCARIB - Literatura do Caribe em Ciências da Saúde

REPIDISCA - Literatura em Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente

PAHO - Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde

WHOLIS - Sistema de Informação da Biblioteca da OMS

- **SCOPUS (Elsevier)** - base de dados referencial, multidisciplinar, que indexa títulos de periódicos de todo o mundo, abrangendo as áreas de ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais, artes e humanidades. Oferece ampla cobertura e rigoroso critério de seleção, possibilitando resultados de pesquisa com grande relevância científica. Propriedade da Elsevier. Acesso restrito.

- **Web of Science - WOS** (Coleção principal Clarivate Analytics) - é uma das mais importantes bases de dados existentes no mundo, permite a recuperação de trabalhos publicados em relevantes periódicos internacionais. Acesso restrito.

- **Medline/Pubmed** (via National Library of Medicine) – base de dados da literatura internacional especializada em ciências biomédicas e ciências da vida, desenvolvida pelo U.S. National Institutes of Health (NIH) e administrada pelo National Center for Biotechnology Information (NCBI).

- **PsycINFO (APA)** – Base de dados em psicologia, educação, psiquiatria, ciências sociais. É a principal base de dados em psicologia existente no mundo, cobrindo praticamente toda a literatura disponível neste tema. Desenvolvida e mantida pela American Psychological Association (APA), reúne, organiza e divulga literatura relevante publicada internacionalmente na área de Psicologia e disciplinas correlatas. Acesso restrito.

- **CINAHL with full text (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)** – é uma base da EBSCO e indexa periódicos na área de Enfermagem e também nas áreas de

biotecnologia, informação em saúde, psicologia, saúde do consumidor, entre outras especialidades.

- **PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia)** - resultado da parceria entre a Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia (BVS-Psi) e a Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia (ABECiPsi). Tem como objetivo ampliar o acesso à produção científica em Psicologia e áreas afins por meio da publicação de periódicos em formato eletrônico. Disponível em acesso aberto.

- **Index Psi** - Base de dados que reúne a literatura técnico-científica em Psicologia publicada em revistas, com acesso ao texto completo quando disponível. É mantida pela Rede Brasileira de Bibliotecas da Área de Psicologia– ReBAP e coordenada pela Biblioteca Virtual de Psicologia do Brasil. Acesso gratuito.

- **SciELO.ORG (Scientific Electronic Library Online)** - portal que organiza e publica textos completos de revistas na Internet. Desenvolvido para responder às necessidades da comunicação científica nos países em desenvolvimento, particularmente na América Latina e Caribe. Produz e divulga indicadores do uso e impacto desses periódicos. Disponível em acesso aberto.

2.2.3.2 Juízes/avaliadores:

A quinta etapa da pesquisa – validação do conteúdo das diretrizes por juízes/avaliadores - envolveu a seleção dos juízes/avaliadores, os quais foram acessados em duas instituições que são referência como portas de entrada hospitalares de urgência e emergência no atendimento aos adolescentes em crise suicida: Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) e o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC/EBSERH). Estas duas instituições estão localizadas na capital do estado de Santa Catarina.

O HIJG é um hospital geral, com atendimento contínuo 24hs, com gestão estadual pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, certificado pelo Ministério da Saúde e de Educação como hospital de ensino. Na atividade hospitalar e ambulatorial, o HIJG atende a média e alta complexidade com demanda espontânea e referenciada. As unidades de internação são especializadas em Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Cabeça e Pescoço, Hebiatria, Infectologia, Nefrologia, Neonatologia, Neurologia, Nutrologia, Oncohematologia, Queimadura, Pediatria Geral, Pneumologia, Psiquiatria e Terapia Intensiva.

Em relação à área cirúrgica, o HIJG faz Cirurgia Pediátrica Geral, Bucomaxilofacial, Cabeça e Pescoço, Neurocirurgia, Plástica, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia. A Emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão conta com estrutura para prestar assistência de alta complexidade, obedecendo às orientações da Política Nacional de Humanização para área de urgência e emergência para todo o estado de Santa Catarina. O HIJG está habilitado em 27 áreas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e atende crianças e adolescentes até 14 anos, 11 meses e 29 dias. Conta com 126 leitos ativos de internação, sendo que a média de ocupação é de 115 leitos ao mês.

O HU/UFSC/EBSERH é um hospital de referência no estado, além de ser o único hospital federal do Estado de Santa Catarina. É administrado em uma ação em conjunta entre a universidade e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação criada em 2011. O HU/UFSC/EBSERH presta atendimento a nível ambulatorial e internação em diversas especialidades, além de fornecer pronto atendimento emergencial em casos de alta complexidade nas áreas pediátricas, ginecológica, obstétrica e adulto. O serviço de emergência busca responder à Política Nacional de Humanização das Urgências e Emergências, iniciando no ano de 2007 o acolhimento com avaliação e classificação de risco. O HU/UFSC/EBSERH conta com um total de 106 vagas de residência médica. Realiza programas de residência médica em várias especialidades e residência integrada multiprofissional em saúde nas áreas de concentração: Atenção às Urgências, Emergências e Atenção em Alta Complexidade, Saúde da Mulher e da Criança. O HU/UFSC/EBSERH também abriga o Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CIATox/SC). É uma referência para a região da Grande Florianópolis no atendimento a pessoas que tentaram suicídio.

Através da aprovação do projeto de pesquisa pelos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e da aprovação das gerências técnicas das instituições referidas, foi realizado contato com as chefias da emergência e chefia da psiquiatria (HIJG), as quais disponibilizaram acesso aos profissionais de saúde. Os mesmos foram convidados a responder ao instrumento de validação das diretrizes no próprio local de trabalho. A partir dos critérios de Alexandre e Coluci (2011), os quais serão explicitados adiante [item 2.2.4.5, p. 59] foram convidados 20 (vinte) profissionais de saúde para atuar como juízes/avaliadores em relação às diretrizes construídas.

2.2.4 Instrumento, procedimentos de coleta e análise dos dados

Neste tópico, serão abordadas as etapas que compõe o fluxograma da pesquisa, esclarecendo os procedimentos de coleta e análise dos dados, bem como a construção do instrumento de validação das diretrizes.

2.2.4.1 Etapa 1 - Pesquisa bibliográfica através de revisão integrativa da literatura

A revisão integrativa de literatura possibilita a síntese de múltiplos estudos publicados e o desenvolvimento de conclusões a respeito de uma área de estudo específica (Mendes et al, 2008); ou seja, pode combinar estudos com diversas metodologias e integrar os resultados. Permite a combinação de dados da literatura empírica e teórica que podem ser direcionados à definição de conceitos, identificação de lacunas nas áreas de estudos, revisão de teorias e análise metodológica dos estudos sobre um determinado tópico (FCA/UNESP, 2015).

A combinação de pesquisas com diferentes métodos combinados na revisão integrativa amplia as possibilidades de análise da literatura. A revisão integrativa é considerada uma ferramenta fundamental no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico (Souza et al, 2010).

Para sua realização é necessário seguir padrões de rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados, os quais são divididos em seis etapas (SOUZA et al, 2010): 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; 6) apresentação da revisão integrativa.

A pesquisa bibliográfica, através da revisão integrativa, teve como ponto de partida a pergunta norteadora, que direcionou a definição dos termos de busca, os quais foram escolhidos com base nos descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde (Decs) e pelo Medical Subject Headings Terms (MeSHTerms). O Decs foi criado pela BIREME, a partir do MeSH, para servir como uma linguagem única na indexação de artigos científicos e realização de pesquisas. O MeSH, por sua vez, foi desenvolvido e é mantido pela U.S. National Library of Medicine (NLM) para permitir o uso de uma terminologia comum para pesquisa em vários idiomas.

Considerando as etapas da revisão integrativa, a pesquisa nas bases de dados já citadas se pautou pela pergunta norteadora: Como avaliar e manejar o comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar?

Para a busca nas bases de dados, utilizaram-se os termos “adolescência”, “adolescente”, “comportamento suicida”, “tentativa de suicídio”, “ideação suicida”, “suicídio”, “serviço hospitalar de emergência”, “serviços médicos de emergência”, “pronto-socorro”, com seus sinônimos, nos idiomas português, inglês e espanhol, utilizando os operadores booleanos “OR” e “AND”, quando necessários (APÊNDICE A).

Como critério de inclusão os artigos deveriam: a) contribuir para responder à pergunta da pesquisa; b) abranger preferencialmente o público adolescente; c) ter como locus o contexto da urgência e emergência hospitalar, d) ter como idioma português, inglês e espanhol; e) estar dentro do período cronológico definido (2014-2018).

Os critérios de exclusão se pautaram por retirar artigos/estudos que: a) versavam sobre características epidemiológicas do comportamento suicida como prevalência, perfil sociodemográfico; b) traziam como foco a abordagem de outros temas associados ao comportamento suicida tais como luto, posvenção, autópsia psicológica, representação social, outros fatores de risco e de proteção; c) foram redigidos em outras línguas que não português, inglês e espanhol; d) não foram localizados na íntegra; e) foram publicados anteriormente a 2014 e após 2018; f) abordavam o tema fora do contexto da urgência e emergência hospitalar..

2.2.4.2 Etapa 2 – Análise de conteúdo dos dados da revisão integrativa da literatura segundo categorização temática de Bardin (2010)

Os artigos eleitos foram analisados segundo a proposta da análise de conteúdo baseada na categorização temática de Bardin (2010) e organizados em torno dos três pólos cronológicos: 1) a pré-análise, 2) a exploração do material e 3) o tratamento dos resultados.

A pré-análise é a fase de organização e contato inicial com os dados, visando conhecer o material, criar familiaridade com este, finalizando com a escolha dos artigos. Deste modo, foi realizada a leitura flutuante dos documentos, buscando uma compreensão ampliada dos mesmos. Foi realizada a escolha dos artigos de acordo com o objetivo da pesquisa e com as regras da análise de conteúdo: a) exaustividade (nenhum documento deve ficar de fora do universo demarcado); b) representatividade (os documentos selecionados devem representar o universo demarcado); c) homogeneidade (os documentos retidos devem

obedecer ao mesmo critério); d) pertinência (os documentos têm relação com os objetivos da análise).

A seguir, passou-se para a etapa da exploração do material, que consiste nas operações de codificação, transformando os dados brutos em unidades temáticas. A construção das unidades temáticas, subcategorias e categorias ocorreu à medida que estas foram emergindo da leitura flutuante e seguindo os princípios da categorização temática: a) exclusão mútua (cada elemento não pode existir em mais de uma categoria); b) homogeneidade (um único princípio de classificação deve organizar a categoria); c) pertinência (as categorias refletem os objetivos da pesquisa); d) objetividade (clareza na construção das categorias); e) produtividade (um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis).

Por fim, na etapa do tratamento dos resultados obtidos na análise de conteúdo e interpretação, priorizou-se a análise qualitativa a partir da interpretação da autora, o que culminou com a construção de 3 (três) categorias: 1) Avaliação do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar; 2) Intervenção diante do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar; 3) Equipe multiprofissional hospitalar.

2.2.4.3 Etapa 3 - Construção das diretrizes a partir dos elementos de análise quanto à gestão do comportamento suicida de adolescentes

Na terceira etapa, ocorreu a construção das diretrizes com base nas unidades temáticas, subcategorias e categorias quanto à gestão do comportamento suicida, de modo que cada diretriz apresentada no instrumento de validação foi referenciada na revisão integrativa da literatura. Foram elaboradas 15 diretrizes.

2.2.4.4 Etapa 4 - Construção do instrumento de validação das diretrizes

Na quarta etapa da pesquisa foi realizada a construção do instrumento de validação das diretrizes. O instrumento apresentou 15 diretrizes referentes à avaliação e manejo do comportamento suicida de adolescentes atendidos por profissionais de saúde no contexto da urgência e emergência hospitalar.

Este instrumento foi elaborado utilizando uma escala Likert para verificar o grau de concordância do juiz/avaliador em cada diretriz. O instrumento com a escala Likert

apresentou 5 (cinco) opções: discordo totalmente; discordo parcialmente; nem concordo, nem discordo; concordo parcialmente; concordo totalmente; reservando, ao final, um espaço opcional para comentários e sugestões.

Quanto à aplicação do instrumento, a duração máxima prevista para resposta foi estimada em 15 (quinze) minutos.

2.2.4.5 Etapa 5 – Validação das diretrizes por juízes/avaliadores

Em relação à seleção dos juízes/avaliadores para validação do conteúdo das diretrizes contidas no instrumento, adotou-se a definição de 20 (vinte) participantes e este número foi determinado com base no critério apresentado por Alexandre e Coluci (2011) que referem o número de seis a vinte sujeitos para participação em processos de validade de conteúdo, sendo composto por um mínimo de três participantes em cada grupo. Desta forma, os juízes/avaliadores foram selecionados levando em conta esta orientação, de modo que a distribuição foi: 7 psicólogos, 5 médicos (sendo 3 psiquiatras e 2 pediatras), 5 enfermeiros, 3 assistentes sociais, totalizando 20 (vinte) participantes.

Os juízes/avaliadores foram recrutados pelos critérios: a) atuar no contexto da urgência e emergência hospitalar no atendimento aos adolescentes com comportamento suicida; b) aceitar participar da pesquisa; c) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), incluído no APÊNDICE B (TCLE UFSC) e no APÊNDICE C (TCLE HIJG).

O convite aos juízes/avaliadores foi realizado no local de trabalho dos mesmos, através de contato pessoal ou telefônico com o intuito de agendar um horário possível para participação. As respostas ao instrumento de validação das diretrizes foram realizadas também no local de trabalho dos participantes.

2.2.4.6 Etapa 6 - Análise quantitativa das respostas ao instrumento de validação das diretrizes

As respostas ao instrumento de validação fornecidas pelos juízes/avaliadores foram analisadas quantitativamente através da Porcentagem de Concordância conforme apresentada por Alexandre e Coluci (2011) e por Cálculo de Escore apresentado por Scarparo, Marques e Del Pino (2017) adaptado de Tastle e Wierman (2006).

A Porcentagem de Concordância é o método empregado para calcular a porcentagem de concordância entre juízes. É a medida mais simples de concordância interobservadores e ao utilizar este método deve-se considerar como taxa aceitável de concordância o resultado de 90% (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A fórmula para o cálculo da Porcentagem de Concordância é:

$$\% \text{ Concordância} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que concordaram}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}} \times 100$$

O Cálculo do Escore (TASTLE; WIERMAN, 2006 apud SCARPARO, MARQUES E DEL PINO, 2017) possibilita que se identifique para cada afirmativa proposta, a direção das respostas de todos os entrevistados para a concordância ou a discordância com cada proposição feita. Para isto, determina-se um peso diferente para cada uma das alternativas, conforme exposto no Quadro 4:

Quadro 4 – Distribuição do peso das respostas da escala Likert

RESPOSTAS	PESO
DISCORDO TOTALMENTE = DT	1
DISCORDO PARCIALMENTE = DP	2
NEM CONCORDO, NEM DISCORDO = NCND	3
CONCORDO PARCIALMENTE = CP	4
CONCORDO TOTALMENTE = CT	5

Fonte: SCARPARO, MARQUES E DEL PINO (2017)

Em seguida, para identificar o escore de cada resposta dada pelo juiz/avaliador às diretrizes, aplica-se a fórmula:

$$\text{ESCORE} = [(n^\circ \text{ DT} / n^\circ \text{ total participantes}) \times 1] + [(n^\circ \text{ DP} / n^\circ \text{ total participantes}) \times 2] + [(n^\circ \text{ NCND} / n^\circ \text{ total participantes}) \times 3] + [(n^\circ \text{ CP} / n^\circ \text{ total participantes}) \times 4] + [(n^\circ \text{ CT} / n^\circ \text{ total participantes}) \times 5].$$

Deste modo, o escore final de cada diretriz é obtido a partir do somatório do escore de cada uma das cinco opções de resposta (DT-DP-NCND-CP-CT).

Para a interpretação dos resultados encontrados no Cálculo do Escore, considera-se que uma diretriz apresenta um escore “alto” de concordância quando o valor é maior ou igual a 4 (quatro). Quando o valor encontrado for menor ou igual a 3 (três), apresenta um escore “baixo” de concordância. Portanto, quanto mais o valor do Escore se aproximar de 5 (cinco), maior grau de concordância terá sido encontrado. Este Cálculo do Escore também demonstra a tendência dos juízes/avaliadores concordarem totalmente com uma diretriz (TASTLE; WIERMAN, 2006 apud SCARPARO, MARQUES E DEL PINO, 2017).

2.2.4.7 Etapa 7 - Descrição das diretrizes validadas pelos juízes/avaliadores para gestão do comportamento suicida de adolescentes no contexto da urgência e emergência hospitalar

A elaboração final das diretrizes sobre o manejo e avaliação do comportamento suicida de adolescentes no contexto da urgência e emergência hospitalar ocorreu a partir da validação pelos juízes/avaliadores em conformidade com os dados obtidos na revisão integrativa da literatura.

2.2.5 Procedimentos éticos

Esta pesquisa foi planejada e realizada em consonância com os procedimentos éticos da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e foi submetida aos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina CEPESH/UFSC e do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

A coleta de dados com os participantes foi realizada após a liberação do Parecer Consubstanciado de Aprovação. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes da inclusão do participante na pesquisa; sendo este apresentado em 2 vias, uma ficando com o participante e a outra arquivada com a pesquisadora. O TCLE (APÊNDICE B e APÊNDICE C) foi assinado quando houve o contato da pesquisadora com o participante no momento de aplicação do questionário.

A confidencialidade dos dados foi assegurada com o compromisso de sigilo da pesquisadora. A mesma assumiu o compromisso de arquivar os dados coletados

confidencialmente pelo período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa e posteriormente incinerá-los. No caso de publicação, o anonimato dos participantes será preservado.

A pesquisadora declara ausência de conflitos de interesse e que foi assegurada a privacidade e confidencialidade dos dados e participantes.

Os resultados obtidos serão repassados aos participantes na forma de publicação em periódicos científicos. Os resultados também poderão ser divulgados em congressos, em eventos na própria instituição, como também serão apresentados em formato de relatório aos Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos, conforme preconizado nos deveres do pesquisador – relatórios parciais semestrais e relatório final ao término da pesquisa.

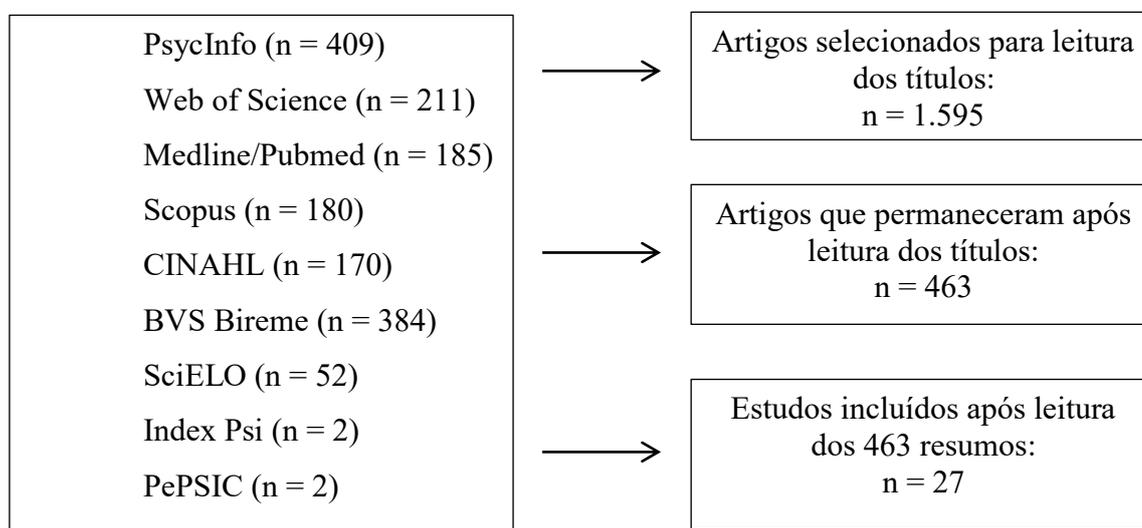
2.3. RESULTADOS

Este tópico apresenta os resultados encontrados na pesquisa bibliográfica através da revisão integrativa de literatura, bem como as categorias que emergiram após a análise de conteúdo, as quais fundamentaram a elaboração do instrumento de validação, o qual foi aplicado com os profissionais de saúde (juízes/avaliadores). Além disto, também é apresentada a distribuição das respostas dos juízes/avaliadores em relação ao seu grau de concordância sobre as diretrizes contidas no instrumento de validação.

2.3.1 Apresentação dos estudos coletados através da revisão integrativa de literatura

A partir da pesquisa nas bases de dados, foram identificados 1.595 artigos, considerando os filtros descritos nos critérios de inclusão e exclusão, conforme a Figura 2.

Figura 2 – Diagrama da seleção dos estudos



Dos 1.595 artigos selecionados para leitura dos títulos foram excluídos aqueles que traziam como assunto a abordagem de outros temas associados ao comportamento suicida tais como luto; posvenção; representação social do suicídio em diferentes grupos; reflexão sobre fatores de risco e de proteção; a questão do comportamento suicida em contextos diversos; pesquisas epidemiológicas como prevalência, perfil sociodemográfico; estudos sobre variáveis relacionadas ao comportamento suicida nas situações da vida cotidiana (maus-tratos, abuso sexual, orientação sexual, práticas parentais, religiosidade, transtornos de humor, uso de substâncias). Deste modo, restaram 463 artigos, que após lidos os resumos, excluíram-se aqueles que não traziam contribuição para o contexto da urgência e emergência; que versavam sobre abordagens teóricas em contextos psicoterapêuticos em *setting* clínico; que abordavam o suicídio que acontece dentro das instituições hospitalares; que eram editoriais muito breves sobre a problemática; que versavam sobre as especificidades de profissões diante do adolescente suicida; que desenvolviam questões filosóficas e/ou sociológicas sobre a crise suicida.

Deste modo, permaneceram 27 artigos, após a exclusão dos repetidos (Quadro 5), os quais, na visão da autora, trazem contribuições para a execução dos objetivos da presente pesquisa.

Quadro 5 - Matriz de apresentação dos estudos incluídos

TÍTULO	ANO/PAÍS	AUTOR(ES)
1. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio	2014 / Brasil	Gutierrez
2. Assessment of suicidal youth in the emergency department	2014/ EUA	Berk & Asarnow
3. Suicídio na infância e adolescência	2014 / Brasil	Kuczynski
4. Teen options for change (TOC): an intervention for adolescent emergency patients who screen positive for suicide risk	2014 / EUA	King et al
5. Restricting youth suicide: behavioral health patients in an urban pediatric emergency department	2014 / EUA	Rogers et al
6. Identifying adolescents at highly elevated risk for suicidal behavior in the emergency department	2015 / EUA	King et al
7. Challenges of managing pediatric mental health crises in the emergency department	2015 / EUA	Chun et al
8. Family-based crisis intervention in the emergency department: a new model of care	2015 / EUA	Ginnis et al
9. Reducing suicide risk: challenges and opportunities in the emergency department	2016 / EUA	Betz et al
10. Emergency department youth patients with suicidal ideation or attempts: predicting suicide attempts through 18 m. of follow-up	2016 / EUA	Asarnow et al
11. Bullying and suicide risk among pediatric emergency department patients.	2016 / EUA	Stanley et al
12. Lethal means counseling for parents of youth seeking	2016 / EUA	Runyan et al

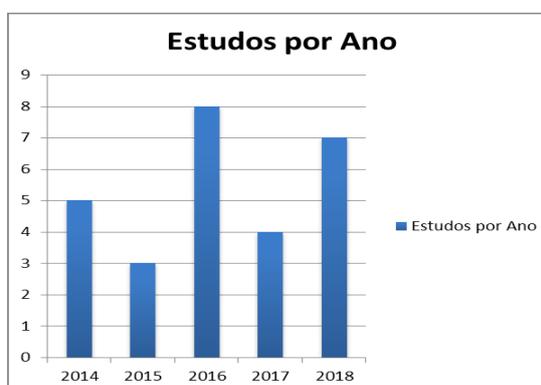
emergency care for suicidality		
13. Emergency department screening for suicide and mental health risk	2016 / EUA	Babeva et al
14. Predictors and outcomes of psychiatric hospitalization in youth presenting to the emergency department with suicidality	2016 / EUA	Hughes et al
15. Evaluation and management of children and adolescents with acute mental health or behavioral problems. Part I: Common clinical challenges of patients with mental health and/or behavioral emergencies	2016 / EUA	Chun et al American Academy of Pediatrics
16. Coping with suicidal urges among youth seen in a psychiatric emergency department	2016 / EUA	Czyz et al
17. The emergency department challenges and opportunities for suicide prevention	2017 / EUA	Asarnow et al
18. Who are likely to attempt suicide again? A comparative study between the first and multiple timers.	2017 / China	Liu et al
19. Relationship between bullying and suicidal behaviour in youth presenting to the emergency department.	2017 / Canadá	Alavi et al
20. Assessment and management of self-harm in emergency departments in Ireland: The National Clinical Programme	2017 / Irlanda	Wrigley et al
21. Evaluation and management of psychiatric emergencies in children	2018 / EUA	Margret & Hilt
22. Suicide evaluation in the pediatric emergency setting	2018 / EUA	Ambrose & Prager
23. Treatment narratives of suicidal latina teens	2018 / EUA	Hausmann-Stabile, Gulbas & Zayas
24. Piloting of COPES: an empirically informed psychosocial intervention on an adolescent psychiatric inpatient unit	2018 / EUA	Wolff et al
25. Development of new quality measures for hospital based care of suicidal youth	2018 / EUA	Parast et al
26. Health professionals facing suicidal patients: what are their clinical practices?	2018/Portugal	Roths & Henriques
27. Assessment and management of suicide risk in children and adolescents	2018 / EUA	Pettit, Buitron & Green

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

2.3.2 Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa

No período pesquisado (2014-2018), encontrou-se o maior número de estudos publicados no ano de 2016, conforme demonstra a Figura 3.

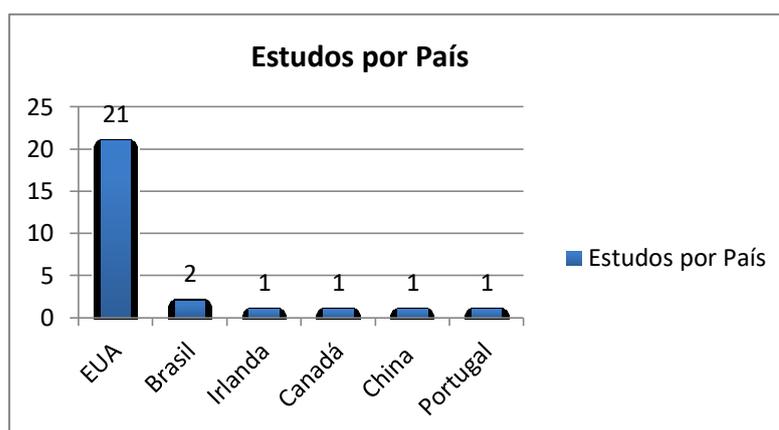
Figura 3 – Distribuição dos estudos por ano de publicação



Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Em relação à distribuição dos países onde os estudos foram realizados, os Estados Unidos foi o país que mais publicou (Figura 4), mantendo-se muito a frente em termos do número de estudos em relação aos outros países.

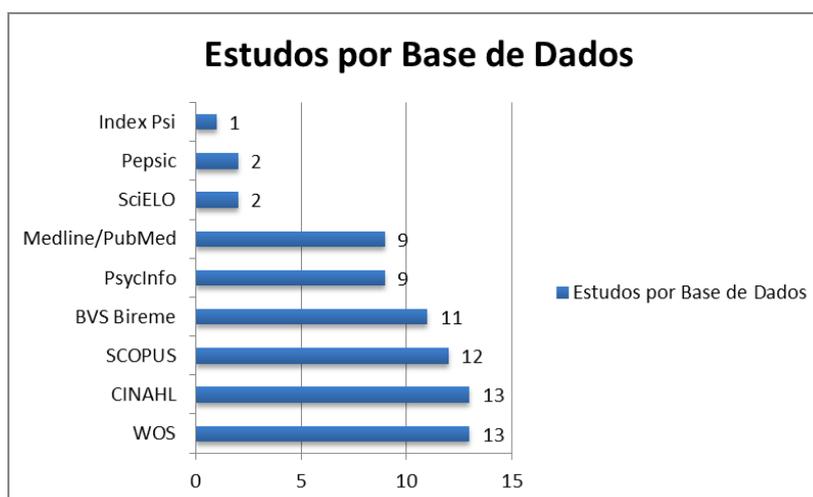
Figura 4 – Distribuição dos estudos por país de publicação



Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Em relação às bases de dados, a Web of Science (WOS) e a CINAHL recuperaram o maior número dos estudos selecionados, seguida da SCOPUS. A Figura 5 demonstra os resultados dos estudos selecionados em cada base de dados, mantendo o número encontrado, sem tirar os artigos repetidos, visto que alguns foram recuperados por várias bases de dados.

Figura 5 – Distribuição dos estudos por base de dados



Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Em relação ao tipo de estudo recuperado pela busca nas bases de dados, houve maior quantidade de estudos primários (n= 15), seguido pelos estudos secundários caracterizados como ensaio teórico (n = 12). Em relação à abordagem destes estudos, a maioria foi do tipo quantitativo (n = 14), tendo somente uma pesquisa qualitativa nos estudos selecionados. O restante (n = 12) se caracterizou por serem ensaios teóricos sobre avaliação e manejo do comportamento suicida de adolescentes.

O conteúdo destes artigos foi sintetizado e organizado de acordo com os tópicos: título do trabalho e base de dados onde foi selecionado; ano, local, tipo de estudo e objetivo; autor(es); resultados/conclusões (Apêndice D).

2.3.3 Análise de conteúdo dos estudos selecionados

A análise de conteúdo dos estudos a partir da categorização temática de Bardin (2010) gerou a elaboração do Quadro 6, onde são apresentadas as categorias, subcategorias e unidades temáticas que emergiram dos dados. Foram obtidas 3 (três) categorias.

Quadro 6. Apresentação dos elementos da análise qualitativa de conteúdo

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE TEMÁTICA
1. Avaliação do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar	1.1 Execução das ações emergenciais	1.1.1 Primeiros socorros 1.1.2 Exames físicos e laboratoriais
	1.2 Promoção da ambiência	1.2.1 Espaço físico seguro 1.2.2 Privacidade
	1.3 Acolhimento/abordagem comunicacional com o adolescente e seus pais/cuidadores	1.3.1 Empatia 1.3.2 Escuta ativa 1.3.3 Ausência de julgamento
	1.4 Realização da entrevista clínica	1.4.1 Letalidade da tentativa 1.4.2 Planejamento do ato 1.4.3 Frequência e intensidade das ideias suicidas 1.4.4 Histórico dos comportamentos suicidas/automutilação 1.4.5 Eventos precipitantes 1.4.6 Obtenção de informações com terceiros 1.4.7 Fatores de risco e de proteção 1.4.8 Classificação do risco suicida
	1.5 Aplicação de instrumentos padronizados	1.5.1 Uso de escalas e questionários para triagem e avaliação
2. Intervenção diante do comportamento suicida em	2.1 Abordagem preventiva	2.1.1 Elaboração do “plano de segurança” com o adolescente e seus pais/cuidadores

contexto de urgência e emergência hospitalar		2.1.2 Acolhimento e orientação dos pais/cuidadores 2.1.3 Articulação do acompanhamento em saúde mental
	2.2 Utilização de critérios para internação hospitalar	2.2.1 Presença de agravos clínicos com necessidade de monitoramento e tratamento médico 2.2.2 Tentativa de suicídio de alta letalidade com intenção clara de morte 2.2.3 Intenção contínua de morte 2.2.3 Desesperança grave 2.2.4 Rede de apoio familiar e social frágil 2.2.5 Incapacidade do paciente e/ou familiares de se envolver no plano de segurança
	2.3 Utilização de critérios para a alta hospitalar	2.3.1 Estabilidade clínica 2.3.2 Risco baixo de suicídio 2.3.3 Presença de fatores de proteção 2.3.4 Paciente e família orientados sobre a proposta de tratamento em saúde mental 2.3.5 Paciente e família orientados sobre o plano de segurança
3. Equipe multiprofissional hospitalar	3.1 Promoção da integralidade do cuidado com o paciente e familiares	3.1.1 Avaliação biopsicossocial
	3.2 Formação continuada	3.2.1 Treinamento

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Estes elementos da análise de conteúdo serviram de fundamento para a elaboração das diretrizes sobre avaliação e manejo do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar.

2.3.4 Apresentação do instrumento de validação das diretrizes

Conforme já descrito no método, todas as diretrizes contidas no instrumento de validação foram elaboradas com base nas unidades temáticas, subcategorias e categorias que emergiram da análise de conteúdo dos dados coletados na revisão integrativa. Deste modo, cada diretriz apresentada no instrumento de validação foi referenciada na literatura.

Na sequência, apresenta-se o instrumento de validação das diretrizes (Quadro 7), que foi respondido pelos 20 juízes/avaliadores.

Quadro 7 – Apresentação do instrumento de validação das diretrizes

ESCALA DE VALIDAÇÃO

Este instrumento apresenta diretrizes para os profissionais das equipes da emergência e da internação hospitalar abordarem o comportamento suicida do adolescente, visando o seu manejo e prevenção.

Por favor, leia atentamente cada item e escolha a opção na escala Likert que melhor represente a sua concepção. Ao final do questionário há um espaço para comentários e sugestões sobre o tema.

Profissão: _____ Data: ____ / ____ / ____
Tempo de Atuação Profissional: _____

1. Diante do comportamento suicida do adolescente que busca atendimento nas portas de entrada hospitalares, é necessária a execução de ações emergenciais visando à estabilização clínica.

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

2. A promoção da ambiência no que se refere à garantia de privacidade e condições de segurança no espaço físico em que o adolescente em crise suicida é atendido, são aspectos a serem observados na emergência hospitalar no contexto da avaliação do risco suicida.

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

3. As habilidades de comunicação baseadas na empatia, escuta ativa e ausência de julgamento na relação com o adolescente e seus pais/cuidadores são condições fundamentais para que seja realizada a avaliação da tentativa e do risco suicida.

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

4. A avaliação do comportamento suicida envolve a realização de entrevista clínica com o adolescente e também com outros familiares, e visa identificar os fatores de risco e de proteção, tais como os comportamentos suicidas atuais e passados, a consciência da letalidade do meio utilizado, o grau de intencionalidade e planejamento do ato, a presença de eventos precipitantes, entre outros.

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

5. A classificação do risco suicida do adolescente - baixo, médio ou alto risco - é um ponto chave da avaliação a ser realizada na entrevista clínica, e visa indicar qual plano de intervenção deve ser conduzido com o adolescente e seus pais/cuidadores.

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

6. A avaliação do risco suicida do adolescente no contexto da emergência e da internação hospitalar pode incluir instrumentos padronizados como elementos auxiliares na realização desta avaliação.

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

7. Na entrevista clínica, a ocorrência da automutilação, com ou sem intenção suicida, deve ser averiguada, visto que este comportamento se configura como um preditor de tentativa de suicídio, sobretudo na população adolescente.

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

8. A avaliação e manejo do comportamento suicida do adolescente no contexto da emergência deve envolver, além da estabilização clínica, uma abordagem preventiva que implica na execução de intervenções terapêuticas breves, como o plano de segurança, acolhimento e orientação dos familiares, bem como articulação do acompanhamento em saúde mental.

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

9. As intervenções terapêuticas breves conduzidas por uma equipe multiprofissional com o adolescente e seus familiares visam à promoção da integralidade do cuidado, à prevenção de novas crises suicidas e à adesão ao seguimento do tratamento em saúde mental.

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

10. A elaboração de um “plano de segurança” com o adolescente em crise suicida e seus pais/cuidadores é uma das intervenções a ser executada antes da alta hospitalar na emergência ou na unidade de internação. Este plano trabalha ações estratégicas organizadas em passos para prevenir e manejar novas crises suicidas.

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

11. O acolhimento e a orientação dos pais/cuidadores é uma intervenção que tem como objetivo o aconselhamento quanto à restrição de acesso a meios letais, a identificação de sinais de alerta, o monitoramento protetivo e a redução do estigma em saúde mental.

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

12. Em relação ao manejo do risco suicida, é necessária a utilização de critérios para a alta hospitalar na emergência ou na internação, tais como a estabilidade clínica do adolescente; a classificação de baixo risco de suicídio; a presença de fatores de proteção; o paciente e a família estarem orientados sobre a proposta de tratamento em saúde mental e sobre o plano de segurança.

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

13. Em relação à alta hospitalar, os profissionais de saúde devem articular o seguimento do cuidado em saúde mental prestado por uma equipe multiprofissional, preferencialmente, no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e, na ausência deste, na Unidade Básica de Saúde (UBS).

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

14. A admissão para internação hospitalar envolve critérios tais como a presença de agravos clínicos com necessidade de monitoramento e tratamento médico; tentativa de suicídio de alta letalidade com clara intenção de morte; intenção contínua de morte; desesperança grave; rede de apoio familiar e social frágil; incapacidade do paciente e/ou familiares de se envolver em “plano de segurança”; agitação psicomotora contínua.

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

15. As equipes de saúde das portas hospitalares de emergência e das unidades de internação devem receber treinamento quanto à prevenção da crise suicida na adolescência para evitar ações pouco eficazes e fragmentadas no cuidado do adolescente e de seus pais/familiares.

DISCORDO TOTALMENTE () / DISCORDO PARCIALMENTE () / Nem concordo, nem discordo () / CONCORDO PARCIALMENTE () / CONCORDO TOTALMENTE ()

Em relação aos itens em que houve discordância ou concordância parcial, você deseja fazer algum comentário?

Não () Não se aplica ()

Sim () Por favor, escreva no espaço abaixo:

Você deseja fazer sugestões que considere relevantes na avaliação e manejo do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar?

Não ()

Sim () Por favor, escreva no espaço abaixo:

MUITO OBRIGADA POR SUA PARTICIPAÇÃO!

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

O Quadro 8 apresenta a relação das diretrizes com os elementos da análise qualitativa de conteúdo que as fundamentaram.

Quadro 8 – Relação das diretrizes elaboradas com as categorias/subcategorias

Categoria	Subcategoria	Diretrizes
1. Avaliação do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar	1.1 Execução das ações emergenciais	1
	1.2 Promoção da ambiência	2
	1.3 Acolhimento/Abordagem comunicacional com o adolescente e seus pais/cuidadores	3
	1.4 Realização da entrevista clínica	4 – 5 – 7
	1.5 Aplicação de instrumentos padronizados	6
2. Intervenção diante do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar	2.1 Abordagem preventiva	8 – 9 – 10 – 11
	2.2 Utilização de critérios para internação hospitalar	14
	2.3 Utilização de critérios para a alta hospitalar	12—13
3. Equipe multiprofissional hospitalar	3.1 Promoção da integralidade do cuidado com o paciente e familiares	9 – 15
	3.2 Formação continuada	15

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Como se pode observar no Quadro 8, referem-se à categoria 1 - Avaliação do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar, 7 (sete) diretrizes. Em relação à categoria 2 - Intervenção diante do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar, também encontramos 7 (sete) diretrizes; e 1 (uma) diretriz refere-se exclusivamente à categoria 3 - Equipe multiprofissional, a qual também foi citada em outra diretriz.

2.3.4.1 Caracterização dos juízes/avaliadores

Como já citado anteriormente, a seleção dos juízes/avaliadores foi fundamentada no critério apresentado por Alexandre e Coluci (2011), que referem o número de seis a vinte sujeitos para participação em processos de validade de conteúdo, sendo composto por um mínimo de três participantes em cada grupo. Sendo assim, foram selecionados 20 (vinte) juízes/avaliadores levando em conta esta orientação, de modo que a distribuição por categoria profissional foi: 7 psicólogos, 5 médicos (sendo 3 psiquiatras e 2 pediatras), 5 enfermeiros, 3 assistentes sociais.

Todos os juízes/avaliadores eram do sexo feminino e tinham de 4 a 35 anos de formação profissional, apresentando uma média de 12 anos e meio de formação profissional. Todos os juízes/avaliadores atuam nas portas hospitalares de urgência e também em unidades de internação. Em relação às instituições onde trabalham, 13 juízes atuam no HIJG e 7, no HU/UFSC/EBSERH.

2.3.5 Apresentação das respostas coletados a partir da aplicação do instrumento de validação

As respostas dos 20 (vinte) juízes/avaliadores ao instrumento de validação são apresentadas no Quadro 9.

Quadro 9 – Distribuição das respostas dos juízes/avaliadores

Diretrizes	Respostas					Juízes/Avaliadores
	CT	CP	NCND	DP	DT	
1	18	2				20
2	19	1				20
3	20					20
4	19	1				20
5	19	1				20
6	14	3	2	1		20
7	16	3	1			20
8	19	1				20
9	18	2				20
10	19	1				20
11	19	1				20

12	19	1				20
13	19	1				20
14	18	2				20
15	18	1	1			20

Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Legenda: **CT** = concordo totalmente; **CP** = concordo parcialmente; **NCND** = nem concordo, nem discordo; **DP** = discordo parcialmente; **DT** = discordo totalmente.

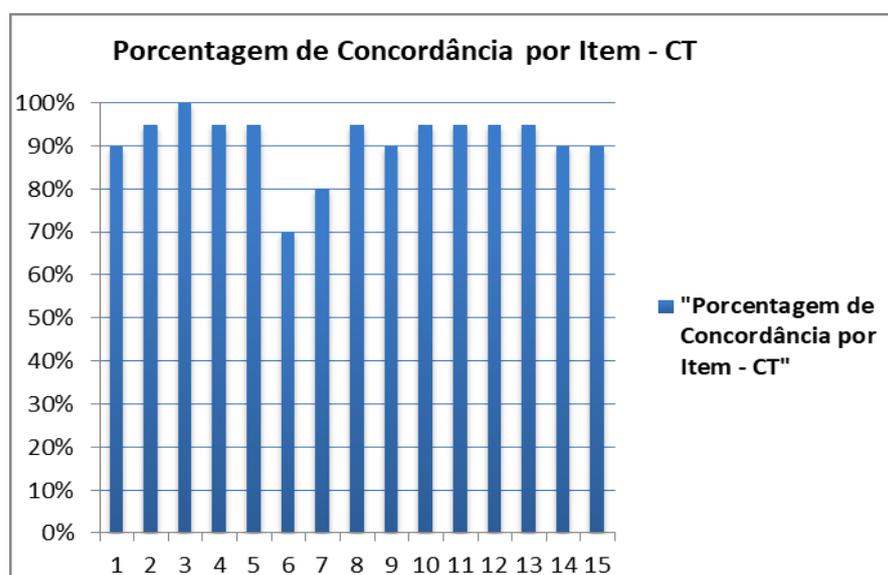
Como se pode observar, nenhuma diretriz teve discordância total. Apenas uma diretriz teve discordância parcial, a diretriz 6, que aborda sobre a questão do uso de instrumentos padronizados. A diretriz 6 foi a que apresentou menos tendência de concordância, teve 3 respostas CP, 2 NCND e 1 DP. Mesmo assim, atingiu níveis positivos de concordância pelo Cálculo do Escore.

A diretriz 3, que trata da abordagem comunicacional com o adolescente e seus pais/cuidadores, teve 100% de concordância.

A partir da análise quantitativa pelo Cálculo de Porcentagem de Concordância (ALEXANDRE; COLUCI, 2011) e pelo Cálculo do Escore (TASTLE; WIERMAN, 2006 apud SCARPARO, MARQUES E DEL PINO, 2017), obteve-se a distribuição das respostas conforme o grau de concordância em relação às diretrizes.

Inicialmente, apresento a porcentagem de concordância somente das respostas que tiveram concordância total (CT), conforme ilustrado na Figura 6.

Figura 6 – Porcentagem de concordância – respostas CT

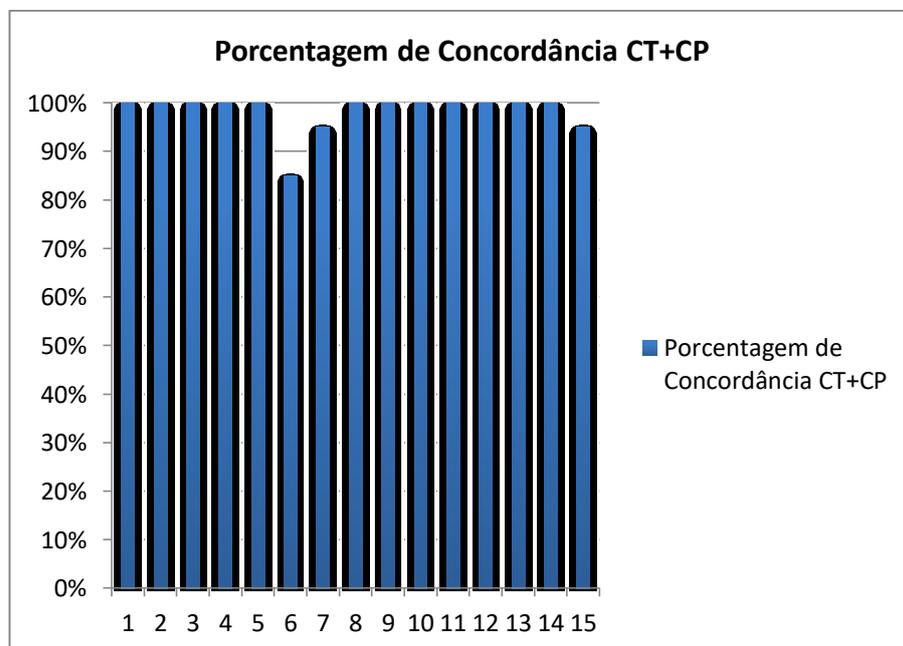


Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Na figura 6, pode-se observar que as respostas CT = CONCORDO TOTALMENTE atingiram um percentual igual ou acima de 90%, com exceção das diretrizes 6 e 7, que abordam respectivamente a questão do uso de instrumentos padronizados e da automutilação como preditor de tentativas de suicídio.

Contudo, quando se soma as duas opções de concordância CT + CP (CONCORDO TOTALMENTE E CONCORDO PARCIALMENTE), apenas a diretriz 6 mantém-se abaixo de 90%, que é a meta para considerar uma porcentagem de concordância significativa segundo o Cálculo de Porcentagem de Concordância (Figura 7).

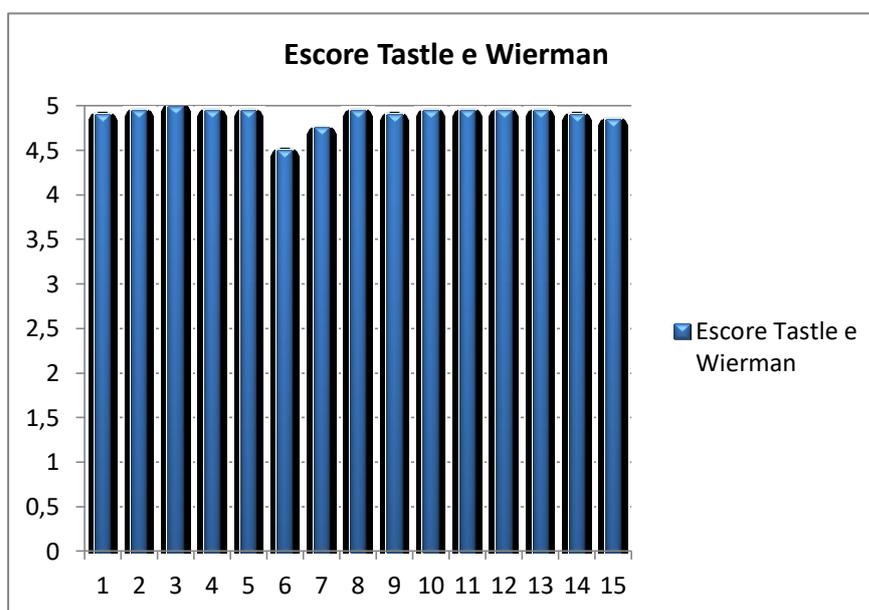
Figura 7 – Porcentagem de concordância - respostas CT + CP



Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Por sua vez, quando se adota o Cálculo do Escore para análise das respostas, encontram-se resultados mais favoráveis (Figura 8). Nesta análise todas as diretrizes apresentam uma concordância considerada alta (maior ou = 4). Lembrando que quanto mais o valor do escore se aproximar de 5 (cinco), maior é a tendência dos juízes/avaliadores concordarem totalmente com a diretriz.

Figura 8 – Distribuição das respostas conforme o Cálculo do Escore



Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Em relação aos comentários ou sugestões que os juízes/avaliadores poderiam fazer na parte opcional do instrumento de validação, nem todos preencheram esta parte. Mas, a título de conhecimento, em relação aos comentários sobre as respostas que tiveram a concordância parcial ou discordância parcial, a afirmativa 6 teve mais comentários que apontaram para o não conhecimento dos instrumentos padronizados na avaliação do risco suicida de adolescentes ou por considerá-los muito limitados, mesmo sendo utilizados somente como recurso auxiliar na avaliação do risco suicida de adolescentes. Entretanto, destaca-se o comentário de uma participante que considerou que o uso de instrumentos padronizados na avaliação era importante para fornecer maior segurança à equipe de saúde, observação que vai ao encontro do que já considerava Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) sobre o uso de escalas na avaliação do risco suicida em contextos não psiquiátricos, como em hospitais gerais.

A diretriz 7 apresentou 3 comentários, pois os juízes/avaliadores consideraram que a automutilação não é necessariamente um preditor de tentativa de suicídio. Estas respostas se contrapõem com o que apontam alguns estudos incluídos na revisão integrativa em relação ao histórico de automutilação, tal como os artigos de Pettit, Buitron e Green (2018) e Asarnow *et al* (2016) que constataram em suas pesquisas a importância de avaliar e monitorar a

automutilação independentemente da intenção suicida em adolescentes, pois esta se mostrou um importante preditor de tentativas de suicídio, sobretudo em meninas.

Em relação às sugestões, os juízes/avaliadores endossaram aspectos do que haviam lido nas diretrizes. Deste modo, a necessidade de treinamento ou capacitação foram os aspectos mais citados, seguido pela necessidade de participação de uma equipe multiprofissional nos processos de trabalho, necessidade de melhoria da ambiência e da articulação de seguimento do cuidado na rede.

2.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este tópico apresenta a discussão dos resultados a partir dos objetivos propostos para o estudo. Foi dividido em itens que demarcam a discussão em relação aos resultados obtidos nas etapas da pesquisa.

2.4.1 Estudos incluídos na revisão integrativa

Em relação aos resultados da revisão integrativa, evidenciou-se a escassez de artigos sobre o tema publicados no Brasil. Tal constatação apontou para uma lacuna na produção brasileira sobre o tema da gestão do comportamento suicida com adolescentes na atenção de urgência e emergência hospitalar. Isto remete à importância de se produzir mais pesquisas sobre a temática e direcionadas ao público adolescente em nosso país.

Também ficou evidenciada a escassez de estudos qualitativos sobre o tema, apontando para a importância de pesquisas qualitativas com os profissionais de saúde, da educação, com os adolescentes em crise suicida e seus familiares.

Os estudos apontaram algumas intervenções importantes que podem ser realizadas no contexto da urgência e emergência hospitalar e que foram comprovadas em estudos internacionais como sendo eficazes na prevenção de novas crises suicidas. Estas intervenções e outras necessitam ser validadas em pesquisas brasileiras para aprimorarmos a conduta com os adolescentes brasileiros.

Em relação aos instrumentos padronizados (escalas e questionários) que podem favorecer a avaliação e a tomada de decisões dos profissionais de saúde, foram apontados vários instrumentos pelos estudos internacionais, entretanto pesquisas nacionais são

necessárias para validação transcultural destes instrumentos e verificação de sua utilidade no contexto brasileiro.

A seguir, passarei a discutir sobre o conteúdo das categorias que emergiram da análise de conteúdo dos estudos.

2.4.2 Categoria 1: Avaliação do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar

A primeira categoria de análise diz respeito aos itens relevantes para avaliação do comportamento suicida dos adolescentes atendidos no contexto das portas hospitalares de urgência/pronto socorro. Este ponto de atenção em saúde, muitas vezes, configura-se como o primeiro momento em que o usuário receberá um atendimento pelas equipes multiprofissionais de saúde. Esta categoria contém 5 (cinco) subcategorias.

Como primeira subcategoria surge o item **1.1 Execução das ações emergenciais**. O Quadro 10 apresenta as suas unidades temáticas:

Quadro 10 – Unidades temáticas da subcategoria (1.1) Execução das ações emergenciais

1.1.1 Primeiros socorros
1.1.2 Exames físicos e laboratoriais

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Chun *et al* (2015) e Margret e Hilt (2018) enfatizam a importância do exame clínico (físico e laboratorial) no momento da entrada do paciente na unidade, afim de descartar agravos clínicos dos adolescentes que chegam nas emergências, bem como para definir as condutas emergenciais que necessitam ser tomadas para garantir a estabilização clínica do paciente.

Na subcategoria **1.2 Promoção da ambiência** foram agrupadas as características do espaço onde é realizada a abordagem dos profissionais, tendo duas unidades temáticas, conforme Quadro 11:

Quadro 11 – Unidades temáticas da subcategoria (1.2) Promoção da ambiência

1.2.1 Espaço físico seguro
1.2.2 Privacidade.

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Vários autores (Gutierrez, 2014; Kuczynski, 2014; Margret, Hilt, 2018; Chun *et al*, 2015) enfatizam a necessidade de se observar os tópicos relacionados à ambiência.

A subcategoria **1.3 Acolhimento/abordagem comunicacional com o adolescente e seus cuidadores** salienta a relevância dos processos de acolhimento e comunicação da equipe com o adolescente e seus cuidadores. O Quadro 12 apresenta as suas unidades temáticas.

Quadro 12 – Unidades temáticas da subcategoria (1.3)

1.3.1 Empatia
1.3.2 Escuta ativa
1.3.3 Ausência de julgamento

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Neste tópico, Kuczynski (2014), Asarnow *et al* (2017) enfatizam a importância de se evitar uma postura de censura e julgamento, mas instituir uma abordagem continente fundamentada na tranquilidade e empatia, ofertando uma escuta e evitando discursos.

Hausmann-Stabile, Gulbas e Zayas (2018) constataram em sua pesquisa com adolescentes do sexo feminino que quando o foco da avaliação e tratamento na emergência hospitalar ficou restrito à estabilização médica, colidiu com a expectativa das mesmas de serem ouvidas em seus sentimentos e com isto diminuir a sensação de solidão e isolamento em que se encontram.

Gutierrez (2014) e Pettit, Buitron e Green (2018) enfatizam o acolhimento como estratégia necessária para abordar o adolescente e sua família.

O acolhimento representa a mais importante tecnologia de um serviço de emergência, pois possibilita a escuta ativa pelo profissional, favorecendo a empatia, oferecendo-lhe cuidado integral com respostas adequadas e resolutividade (Gutierrez, 2014, p. 262).

Estes autores enfatizam a necessidade do profissional demonstrar preocupação genuína com o adolescente em crise suicida. Estas observações vão ao encontro das considerações de Botega e Rapeli (2002):

Desde o início é preciso tentar o estabelecimento de um vínculo que garanta a confiança e a colaboração do paciente, em um momento em que ele pode se encontrar enfraquecido, hostil, e nem sempre disposto a colaborar (Botega, Rapeli, 2002, p. 371).

As subcategorias (1.2) e (1.3) corroboram as atitudes defendidas pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). A ambiência é um das diretrizes da PNH e como tal é definida não só como espaço físico, mas defende a noção de espaço social.

Ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, http://bvsm.sau.gov.br/bvs/dicas/170_ambiencia.html).

O acolhimento na PNH se define como uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, na corresponsabilização pela resolução, no compromisso de resposta

às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BVS MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Na diretriz do acolhimento encontra-se implícita uma atitude de inclusão, de aproximação, de empatia para abordar as demandas do usuário com resolutividade. Gutierrez (2014) destaca o acolhimento como um dispositivo fundamental para promover adesão ao tratamento pelo paciente.

A subcategoria **(1.4) Realização da entrevista clínica** aborda uma etapa crucial da avaliação do comportamento suicida e da definição do grau do risco suicida. Esta subcategoria contém 8 (oito) unidades temáticas, descritas no Quadro 13.

Quadro 13 – Unidades temáticas da subcategoria (1.4) Realização da entrevista clínica

- | |
|---|
| 1.4.1 Letalidade da tentativa |
| 1.4.2 Planejamento do ato |
| 1.4.3 Frequência e intensidade das ideações suicidas |
| 1.4.4 Histórico dos comportamentos suicidas/automutilação |
| 1.4.5 Eventos precipitantes |
| 1.4.6 Obtenção de informações com terceiros |
| 1.4.7 Fatores de risco e de proteção |
| 1.4.8 Classificação do risco suicida |

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Quanto à unidade temática **(1.4.1) letalidade da tentativa**, um fator relevante na avaliação do risco suicida é identificar se o adolescente tinha noção da letalidade do meio utilizado na tentativa de suicídio. Isso determinará o grau de intencionalidade do ato. Kuczynski (2014), Chun, Mace e Katz (2016), Pettit, Buitron e Green (2018) chamam a atenção para este fato e observam que crianças e adolescentes, frequentemente, julgam mal a letalidade de suas ações. Alertam que um equívoco é igualar a letalidade de uma tentativa de suicídio com a intenção de suicídio, pois um jovem cuja tentativa de suicídio teve baixa letalidade pode, de fato, encobrir um desejo significativo de prejudicar a si mesmo ou morrer.

Sobre a unidade temática **(1.4.2) Planejamento do ato**, alguns estudos incluídos (Kuczynski, 2014; Chun, Mace, Katz, 2016; Betz *et al*, 2016; Rothes, Henriques, 2018; Pettit, Buitron, Green, 2018) apontaram para a importância deste fator na avaliação do grau do risco suicida. Nos estágios de suicidalidade descritos por Bronisch e Hegerl (2011), a presença do planejamento do ato é um dos fatores considerados para definição de um risco alto de suicídio.

Em relação ao item **(1.4.3) Frequência e intensidade das ideações suicidas**, Kuczynski (2014), Chun *et al* (2015), Betz *et al* (2016), Margret e Hilt (2018), Pettit, Buitron, Green (2018) apontam este aspecto como essencial na avaliação do paciente, pois evidencia o grau de suicidalidade em que o mesmo se encontra.

Sobre a unidade temática **(1.4.4) Histórico dos comportamentos suicidas/automutilação**, é um fator que pode delimitar um risco crônico de suicídio, tal como definido por Pettit, Buitron e Green (2018), que consideram que o risco crônico evidencia o “status de risco” do paciente. O “status de risco” é determinado pelo histórico dos comportamentos suicidas e/ou de automutilação do paciente. Em relação ao histórico de automutilação, Pettit, Buitron e Green (2018), Asarnow *et al* (2016) constataram em suas pesquisas a importância de avaliar e monitorar a automutilação independentemente da intenção suicida em adolescentes, pois esta se mostrou um importante preditor de tentativas de suicídio, sobretudo em meninas. Chun, Mace, Katz (2016) indicam que a existência de sinais de automutilação deve ser verificada no exame clínico do paciente, visto que estes sinais podem estar escondidos sob o vestuário do mesmo.

A unidade temática **(1.4.5) Eventos precipitantes**, aborda a necessidade da identificação de acontecimentos que dispararam a crise suicida. Na avaliação do risco suicida, alguns autores (Kuczynski, 2014; Chun *et al*, 2015; Ginnis *et al*, 2015; Chun, Mace, Katz, 2016), demarcam os fatores precipitantes como gatilhos para a crise suicida e precisam ser discriminados. Bertolote, Mello-Santos, Botega (2010) definem os eventos precipitantes como fatores proximais, que desencadeiam a crise suicida e que também são chamados de estressores associados ao risco de comportamentos suicidas.

O item **(1.4.6) Obtenção de informações com terceiros**, alerta para a necessidade de se buscar informações com outras fontes (familiares, escola, pessoas próximas) para dimensionar o risco suicida. Quase todos os autores enfatizam este ponto. Berk e Asarnow (2014), Chun *et al* (2015), Asarnow *et al* (2017), Margret e Hilt (2018) salientam que é essencial que os profissionais obtenham informações colaterais dos cuidadores porque o adolescente frequentemente minimiza a gravidade de seus sintomas ou a intenção por trás de seus atos, às vezes, por medo de que a notificação de risco suicida e lesões autoprovocadas possa levar à hospitalização. Ferreira e Gabarra (2014) também enfatizam esta questão, e orientam que os profissionais de saúde devem estar atentos à possibilidade de “auto-ocultação” nos

adolescentes, utilizando não apenas o relato verbal para a avaliação do risco de suicídio, mas também o relato de familiares e pessoas próximas.

Em relação à unidade temática **(1.4.7) Fatores de risco e de proteção**, todos os estudos enfatizam a identificação destes fatores para a classificação do risco suicida.

São inúmeros fatores descritos nos estudos, os quais foram organizados no Quadro 14:

Quadro 14 – Fatores de risco e de proteção conforme os estudos incluídos

FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivos: desesperança, impulsividade, estilo disfuncional, carência de estratégias de enfrentamento; rigidez de pensamentos; - Práticas de automutilação; - Plano de suicídio nos últimos 12 meses; - Tentativa(s) de suicídio anterior; - Humor depressivo, humor irritável, impulsividade; - Distúrbios do comportamento disruptivo; - Distúrbios do sono (em especial, insônia); - Abuso de substâncias; - Hospitalização psiquiátrica recente; - História familiar de suicídio; - Abuso físico ou sexual; - Bullying; - Conflitos com familiares, pares e escola; - Problemas na relação amorosa; - Comportamento antissocial; - Autoidentificação como lésbica, gay, bissexual ou transgênero, pelo estresse psicossocial; - Crenças religiosas; - Perda recente do paciente ou familiar; - Doença crônica e/ou física; - Acesso aos métodos letais; - Isolamento social; - Barreiras ou falta de vontade para procurar cuidados de saúde mental; - Pouco apoio social 	<ul style="list-style-type: none"> - Restrição de acesso aos meios letais; - Suporte familiar; - Suporte dos pares; - Apoio social; - Acesso a tratamento em saúde mental; - Desejos de futuro a curto e longo prazos; - Condições de identificar gatilhos para a crise suicida e adotar estratégias de enfrentamento.

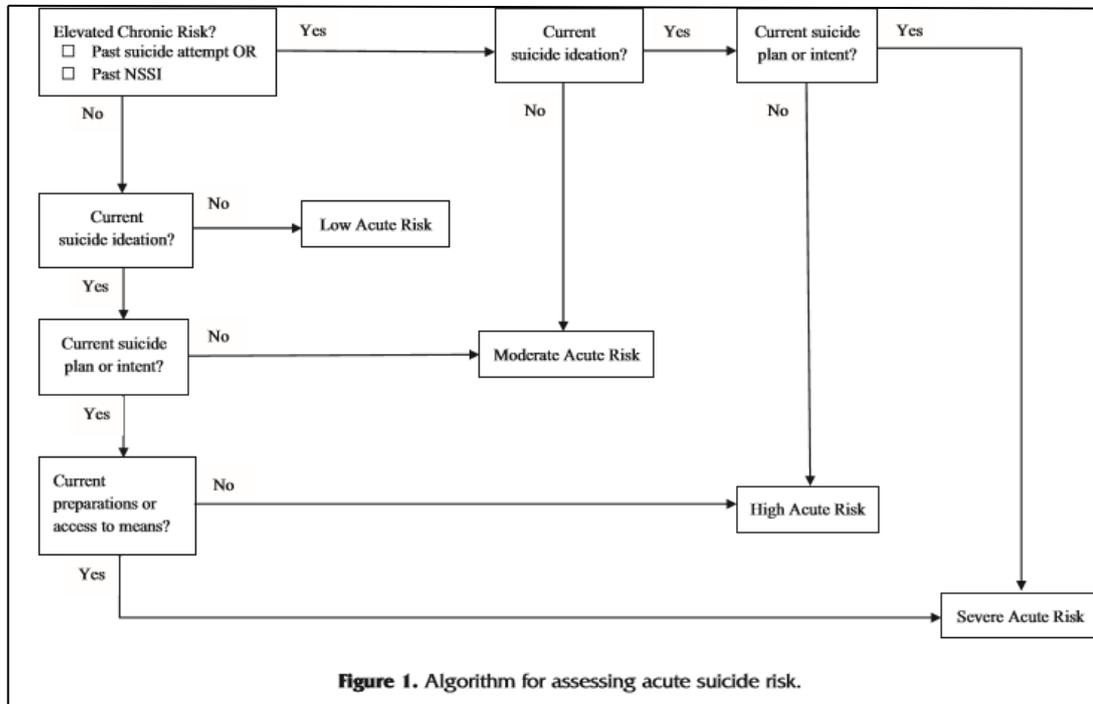
Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Como se pode constatar, os estudos incluídos citam mais fatores de risco do que os de proteção. Isto vai ao encontro da tendência observada na literatura, conforme já citado no tópico (2.1.3.1, p.34-35).

Sobre **(1.4.8) Classificação do risco suicida**, Ambrose e Prager (2018) consideram que a avaliação do risco de suicídio é uma tarefa imprecisa e observam que, geralmente, os profissionais procuram fatores de risco e fatores de proteção e os pesam na determinação da probabilidade de conclusão do suicídio. Entretanto, os autores alertam que prever comportamentos suicidas, independentemente das habilidades do avaliador, pode ser

imensamente difícil. Pettit, Buitron e Green (2018) elaboraram um fluxograma para definição do grau do risco suicida, que considero importante apresentar (Figura 9).

Figura 9 – Fluxograma para classificação do risco suicida



Fonte: PETTIT, BUITRON, GREEN (2018)

Estes autores trazem a classificação de risco em 4 (quatro) níveis: baixo, moderado, alto e severo. Em geral, a proposta de classificação de risco suicida na literatura utiliza 3 (três) níveis: baixo, médio e alto, tal como apresentado no protocolo de risco suicida da SES-SC.

Nesta proposta de Pettit, Buitron e Green (2018), a classificação do risco suicida se inicia com o levantamento da presença ou ausência de tentativas prévias de suicídio e de automutilação sem intenção suicida, demonstrando a importância que conferem para as práticas de automutilação. Enfatizam que, ao determinar o risco, é essencial reconhecer a distinção entre o status de risco (risco crônico) e estado de risco (risco agudo). A definição do estado de risco deve levar em conta o nível de risco crônico do jovem. Estes conceitos se assemelham à definição dos fatores predisponentes (risco crônico) e fatores precipitantes (risco agudo), conforme artigo de Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010).

Pettit, Buitron e Green (2018) orientam que os profissionais de saúde precisam ficar atentos para monitorar o risco suicida durante o ano seguinte de uma tentativa, e consideram que os primeiros 3 a 6 meses representam o maior risco para uma nova tentativa.

Outro ponto decisivo na classificação proposta pelos referidos autores é a presença ou ausência de pensamentos suicidas recorrentes, os quais precisam ser considerados levando em conta o contexto do status de risco crônico do adolescente. O terceiro ponto decisivo na classificação é a presença ou ausência de planos atuais ou intenção suicida e o quarto ponto decisivo é o levantamento de preparações ou planejamento do ato associado com o acesso aos meios letais. Enfatizam que mesmo quando o nível de risco é considerado baixo, crises suicidas podem surgir e o risco de suicídio atingir o risco severo em algumas situações.

Passamos agora a abordar a subcategoria **(1.5) Aplicação de instrumentos padronizados**, a qual se refere à possibilidade de utilização de escalas e questionários breves como recursos auxiliares na realização da avaliação do risco suicida do adolescente atendido na emergência hospitalar.

Uma unidade temática foi evidenciada: **(1.5.1) Uso de escalas e questionários para triagem e avaliação**. Berk e Asarnow (2014), Kuczynski (2014), King *et al* (2015), Margret e Hilt (2018), Ambrose e Prager (2018) sugerem a inclusão de instrumentos de triagem para avaliação do risco suicida, como também para subsidiar a decisão de internar ou dar alta para seguimento ambulatorial. Existem muitos instrumentos validados internacionalmente, dentre estes, segundo Silva e Sougey (2016), os mais utilizados são “*Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*”, a qual pode ser considerada a opção de primeira escolha para avaliação do comportamento suicida por permitir a análise de forma isolada tanto da presença de ideação quanto do risco de suicídio de forma graduada. Esta escala tem tradução para o português, mas desconheço se há estudos de validação para serem usados na população brasileira.

Há também o “*Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)*” e o “*Risk of Suicide Questionnaire (RSQ-4)*” que foram validados para a emergência de hospitais infantis nos EUA (Ambrose; Prager, 2018). Costa *et al* (2015), entretanto, salientam sobre a necessidade de investimento na adaptação transcultural e validação destes instrumentos para uso no Brasil, visto que há uma limitação quanto aos instrumentos de avaliação psicológica em nosso país direcionados especificamente ao comportamento suicida de crianças e adolescentes.

Costa *et al* (2015) citam 26 instrumentos que podem ser utilizados, mas dentre estes, apenas um teste psicológico – a Escala Beck - é reconhecido pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) desenvolvido pelo Conselho Federal de Psicologia. Há também duas escalas de domínio público validadas para uso com a população adolescente:

Center for Epidemiologic Studies (CES-D), que avalia a sintomatologia depressiva em diversas faixas etárias; e o *Inventário de Depressão Infantil (CDI)* e duas entrevistas semiestruturadas: *História e Avaliação de Risco de Tentativas de Suicídio (HeARTS)* e *Entrevista Semiestruturada para Autópsia Psicológica (ESAP)*. Costa *et al* (2015) esclarecem que os instrumentos citados não são capazes de mensurar exclusivamente comportamentos suicidas e tratam de forma fragmentada suas características como: ansiedade, desesperança, culpa, apatia, depressão entre outras.

Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) fazem considerações importantes sobre o uso de escalas:

nenhuma escala demonstra eficiência plena para a detecção de risco de suicídio, mas concordam que, devido a alta prevalência de ideação suicida em pacientes internados em emergências clínicas e enfermarias não psiquiátricas e a baixa detecção destes quadros, é de grande importância que uma avaliação sumária de ideias de suicídio e fatores de risco para o suicídio seja feita em todos os pacientes. (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

2.4.3 Categoria 2: Intervenção diante do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar

A segunda categoria de análise aborda os aspectos relacionados ao manejo ou intervenção diante do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar. Esta categoria é composta por 3 (três) subcategorias que tratam sobre (2.1) abordagem preventiva; (2.2) Utilização de critérios para internação hospitalar; (2.3) Utilização de critérios para a alta hospitalar.

Cada uma destas subcategorias e suas respectivas unidades temáticas serão apresentadas e discutidas separadamente a fim de facilitar a visualização dos resultados.

A subcategoria **(2.1) Abordagem preventiva** surgiu da ênfase dada pelos estudos incluídos para as equipes de saúde terem a noção da importância de suas ações já iniciadas no contexto da urgência e emergência hospitalar para a prevenção do risco suicida. Vários estudos (Rogers *et al*, 2014; Ginnis *et al*, 2015; Betz *et al*, 2016; Asarnow *et al*, 2017; Ambrose; Prager, 2018) consideram que os atendimentos relacionados ao comportamento suicida na emergência oferecem uma oportunidade de implementar estratégias eficazes, como as intervenções breves, para prevenção do suicídio daqueles que estão em risco de cometê-lo. Ou seja, os autores salientam que as próprias ações de avaliação e manejo da crise suicida de adolescentes nas portas hospitalares de urgência podem ser preventivas em relação ao suicídio, se forem executadas com critérios. Este tipo de prevenção, conforme conceitos

utilizados pela OMS (2010), integra o nível de prevenção do suicídio do tipo “indicada” e configura-se como um dos focos de atuação das estratégias defendidas pela OMS em seu programa mundial de prevenção ao suicídio.

O Quadro 15 descreve as unidades temáticas da subcategoria **(2.1) Abordagem preventiva**, que serão discutidas na sequência.

Quadro 15 - Unidades temáticas da subcategoria (2.1) Abordagem preventiva

- | |
|---|
| 2.1.1 Elaboração do “plano de segurança” com o adolescente e seus pais/cuidadores |
| 2.1.2 Acolhimento e orientação dos pais/cuidadores |
| 2.1.3 Articulação do acompanhamento em saúde mental |

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Quanto à **(2.1.1) Elaboração do “plano de segurança” com o adolescente e seus pais/cuidadores**, descreve uma intervenção largamente citada nos estudos. Chun *et al* (2015) esclarecem que os “planos de segurança” normalmente incluem: a) Identificação de sinais de alerta e possíveis gatilhos para a recorrência de ideação suicida; b) Estratégias de enfrentamento que o paciente pode usar; c) Atividades saudáveis que podem proporcionar distração ou supressão de pensamentos suicidas; d) Apoios que o paciente pode buscar caso o impulso suicida volte; e) Informações de contato para suporte profissional, incluindo instruções sobre como e quando recorrer aos serviços de emergência; f) Restrição de acesso a meios letais. Geralmente, este plano é feito primeiramente com o adolescente, o qual escreve o plano em folha padrão e assina, ficando uma cópia com ele. Após, o plano é trabalhado com os pais. Pettit, Buitron e Green (2018) enfatizam que o plano de segurança é diferente do “contrato de não-suicídio” ou “contrato de segurança”, que se resume em solicitar que o paciente concorde em não se matar. Os autores consideram tais abordagens insuficientes e ineficazes para a gestão do risco de suicídio. Embora existam várias abordagens de plano de segurança, Pettit, Buitron e Green (2018) focam especificamente na Intervenção do Plano de Segurança desenvolvido por Stanley e Brown (2008, 2012). As intervenções breves citadas nos estudos são descritas no Quadro 16:

Quadro 16 – Intervenções breves para prevenção do suicídio

Intervenção breves	Descrição
CALM (<i>Counseling Access to Lethal Means</i>)- EUA	Intervenção baseada em evidências para aconselhamento dos cuidadores para restrição de acesso a meios letais
FISP – <i>Family Intervention for Suicide Prevention</i> – EUA	Intervenção realizada na emergência, numa única sessão, destinada a reduzir o risco suicida em adolescentes, trabalhando com eles e seus familiares no momento da crise.

<i>Family-Based Crisis Intervention – EUA</i>	Intervenção colaborativa, incorporando elementos da abordagem cognitivo-comportamental e psicoeducação para reduzir os sintomas suicidas do adolescente e permitir a elaboração do plano de segurança com o paciente e sua família.
TOC – <i>Teen Option for Change – EUA</i>	Intervenção projetada para adolescentes com baixo risco de suicídio, que estão na emergência por outras queixas. Entretanto, esta intervenção pode ser dirigida a todos os adolescentes avaliados com risco baixo a moderado de suicídio. Baseia-se na entrevista motivacional e feed-back.
COPES (<i>CO</i> ping, <i>Pro</i> blem solving, <i>En</i> hancing life, and <i>Sa</i> fety planning) – dirigido para pacientes internados – EUA	A equipe multidisciplinar trabalha com o paciente internado 4 módulos para desenvolvimento de habilidades de enfrentamento: 1) Coping- 2) Resolução de Problemas 3) Melhorar a vida. 4) Plano de Segurança
Estratégias de enfrentamento que compõe os planos de segurança –EUA	10 estratégias de enfrentamento para o manejo de crises suicidas: 1. Encontrar maneiras de se distrair, tais como com diferentes pensamentos ou atividades; 2. Fazer uma atividade que acalme ou conforte; 3. Lembrar-se das suas razões para viver; 4. Contar a alguém sobre ideação suicida (membro da família, amigo ou outros). 5. Informar a um profissional de saúde mental sobre ideação suicida (como psicólogo, psiquiatra); 6. Evitar o uso de álcool e drogas; 7. Desafiar o pensamento de que o suicídio é a única maneira de lidar com os problemas; 8. Remover coisas que podem ser usadas para se machucar (como pílulas, lâminas de barbear, facas, armas de fogo) ou pedir a alguém para limitar o acesso a essas coisas; 9. Ligar para uma linha direta de atendimento na crise; 10. Ir para um serviço de emergência ou pedir a alguém para o (a) levar lá.
Programa Nacional de Cuidados Clínicos para Avaliação e Gestão de pacientes que se apresentam às Emergências após automutilação - Irlanda	1. Aprimorar a avaliação e gestão de todos os pacientes que se apresentam às Emergências com automutilação; 2. Melhorar o acesso a intervenções apropriadas nos momentos de crise; 3. Garantir o rápido seguimento a um acompanhamento adequado; 4. Otimizar a experiência das famílias/cuidadores na tentativa de apoiar aqueles que se apresentam com automutilação.

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Estas técnicas de abordagem podem auxiliar a equipe multiprofissional de saúde no manejo da crise suicida de adolescentes, entretanto considero que, mais do que uma técnica de atuação, o primordial no acolhimento de um adolescente em crise suicida e sua família é a

construção de um vínculo de confiança, de uma abordagem continente, de escuta e envolvimento, tais como também foi destacado em muitos estudos incluídos nesta pesquisa.

A segunda unidade temática **(2.1.2) Acolhimento e orientação dos pais/cuidadores** aborda a importância de envolver os pais no processo de cuidado, pois eles também muitas vezes estão em choque e com dificuldade de lidar com a crise suicida de seu filho. Os pais/cuidadores necessitam ser acolhidos e orientados, visto que eles fazem parte do contexto em que vive o jovem e são as pessoas que, provavelmente, o adolescente poderá recorrer em outros momentos de crise. Gutierrez (2014) enfatiza que os profissionais de saúde possam oferecer aos familiares nesse momento cuidado, apoio, zelo e esclarecimentos, pois considera que os familiares e pessoas próximas ao paciente são elementos-chave que podem colaborar na prevenção do suicídio quando bem acolhidos e orientados. Rogers *et al* (2014) enfatizam o papel dos pais e familiares na restrição de acesso aos meios letais no ambiente doméstico.

A terceira unidade temática **(2.1.3) Articulação do acompanhamento em saúde mental** refere-se à importância de realizar encaminhamento para seguimento do cuidado com profissionais de saúde mental. Este é um ponto crucial da abordagem na emergência, a qual tem como função o acolhimento na crise, mas como ponto de uma rede. Os profissionais de saúde tem o compromisso ético de articular a continuidade do cuidado, principalmente em crises suicidas. Este tópico é corroborado por outras autoras, como Ferreira e Gabarra (2014), as quais reforçam a necessidade de comunicação com a rede, e descrevem a realização de contato telefônico com a UBS a fim de articular o acompanhamento ambulatorial.

Na subcategoria **(2.2) Utilização de critérios para internação hospitalar** são descritos várias condições citadas nos estudos para os profissionais tomarem esta decisão. Nesta subcategoria, 6 unidades temáticas são descritas (Quadro 17):

Quadro 17 - Unidades temáticas da subcategoria (2.2)

2.2.1 Presença de agravos clínicos com necessidade de monitoramento e tratamento médico
2.2.2 Tentativa de suicídio de alta letalidade com intenção clara de morte
2.2.3 Intenção contínua de morte
2.2.4 Desesperança grave
2.2.5 Rede de apoio familiar e social frágil
2.2.6 Incapacidade do paciente e/ou familiares de se envolver no plano de segurança

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Quanto à **(2.2.1) Presença de agravos clínicos com necessidade de monitoramento e tratamento médico**, muitas vezes, uma tentativa de suicídio exige a

estabilização clínica do adolescente, a qual, no primeiro momento, torna-se a prioridade da equipe de saúde.

Quanto à **(2.2.2) Tentativa de suicídio de alta letalidade com intenção clara de morte**, quando um adolescente realiza uma tentativa com esta característica, a família pode não se sentir preparada para lidar com o risco. Neste sentido, os autores salientam que uma internação pode auxiliar a manejar melhor a situação com o adolescente e sua família. Outra situação é quando não há suporte familiar e social para proteger o adolescente. Nesta situação, a internação é uma alternativa para articulação de um plano de segurança mais sólido.

Quanto à **(2.2.3) Intenção contínua de morte**, para visar à segurança do paciente de alto risco, a hospitalização também pode ser uma estratégia para o momento da crise, conforme os estudos analisados e o protocolo de risco de suicídio da SES-SC.

Quanto à **(2.2.4) Desesperança grave**, esta é outra condição muito citada pelos estudos para observar na avaliação do adolescente em crise suicida, e que influencia na tomada de decisão da equipe de saúde por uma internação hospitalar.

Quanto à **(2.2.5) Rede de apoio familiar e social frágil**, quando não se tem condições deste suporte, os estudos citam a internação como uma possível estratégia de melhor conduzir um plano de segurança.

Quanto à **(2.2.6) Incapacidade do paciente e/ou familiares de se envolver no plano de segurança**, os estudos apontam que é fundamental a equipe de saúde se sentir segura de que as recomendações serão seguidas pela família e pelo paciente após a alta hospitalar.

A subcategoria **(2.3) Utilização de critérios para a alta hospitalar** aborda a necessidade da equipe de saúde tomar decisões baseadas em critérios previamente estabelecidos. Betz *et al* (2016) descrevem os 5 passos para o plano de alta e seguimento na rede associados à execução do plano de segurança, psicoeducação para os familiares e disponibilização de telefones de emergência. Nestes 5 passos estão incluídos muitos dos itens apontados nesta subcategoria. Chun, Mace e Katz (2016) salientam que a decisão para “internar X acompanhamento ambulatorial” depende de muitos fatores, incluindo uma avaliação cuidadosa do risco de suicídio, e deve incluir consulta com um profissional de saúde mental. Esta subcategoria é composta por 5 unidades temáticas (Quadro 18).

Quadro 18 – Unidades temáticas da subcategoria (2.3)

2.3.1 Estabilidade clínica
2.3.2 Risco baixo de suicídio
2.3.3 Presença de fatores de proteção
2.3.4 Paciente e família orientados sobre a proposta de tratamento em saúde mental
2.3.5 Paciente e família orientados sobre o plano de segurança

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Quanto à **(2.3.1) Estabilidade clínica**, em primeiro lugar, há que se garantir a integridade física do paciente.

No **(2.3.2) Risco baixo de suicídio**, os estudos analisados consideram um risco baixo de suicídio quando: 1) o paciente não refere mais ideação suicida, ou há uma ideação suicida sem plano e sem intenção de morte; 2) há presença de fatores de proteção relevantes, tais como o paciente tem um suporte familiar e social adequado; refere desejos a curto ou longo prazo; tem acompanhamento em saúde mental ou tem a perspectiva de ter; está em condições de identificar gatilhos para a crise suicida e usar estratégias de enfrentamento; 3) há fatores de risco potencialmente modificáveis, tais como os conflitos familiares amenizados, encaminhamento dos pais para psicoterapia.

Quanto à **(2.3.3) Presença de fatores de proteção**, os fatores citados anteriormente no item (2.3.2) também se configuram como protetivos para novas crises.

Quanto à **(2.3.4) Paciente e família orientados sobre a proposta de tratamento em saúde mental**, os estudos colocam que este critério é fundamental para a possibilidade da alta hospitalar.

Quanto à **(2.3.5) Paciente e família orientados sobre o plano de segurança**, também aqui os estudos consideram que a realização do plano de segurança é uma condição para que ocorra a alta hospitalar.

2.4.4 Categoria 3: Equipe multiprofissional hospitalar

Esta categoria aborda aspectos relacionados à equipe de saúde e 2 subcategorias são descritas: **(3.1) Promoção da integralidade do cuidado com o paciente e familiares** e **(3.2) Formação continuada**. Cada subcategoria inclui uma unidade temática, conforme Quadro 19:

Quadro 19 – Unidades temáticas das subcategorias (3.1) e (3.2)

3.1.1 Avaliação biopsicossocial

3.2.1 Treinamento

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

A subcategoria **3.1 Promoção da integralidade do cuidado com o paciente e familiares** aponta para a importância da equipe na abordagem integral e humanizada, tendo como unidade temática **(3.1.1) Avaliação biopsicossocial**. Gutierrez (2014) enfatiza que a integralidade é feita em rede, e que os profissionais precisam considerar os aspectos biopsicossociais do paciente e seus familiares para conseguir revitalizar a chama da vida destes pacientes em crise suicida.

A subcategoria **3.2 Formação continuada** aborda a necessidade dos profissionais terem acesso à educação permanente e tem como unidade temática **(3.2.1) Treinamento**. Betz *et al* (2016) enfatizam que os profissionais da emergência precisam de diretrizes e recursos para apoiá-los na avaliação de risco e intervenções breves para pacientes suicidas. O que também salienta Ginnis *et al* (2015), reafirmando que os profissionais de saúde da emergência devem ter ferramentas para fornecer o cuidado imediato durante uma crise suicida, mais do que simplesmente ficar movendo o paciente e sua família de um lugar a outro. Gutierrez (2014), nesta mesma direção, salienta que a educação permanente é uma estratégia para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), e recomenda que seja realizado um projeto de educação em serviço na área da saúde mental, utilizando-se como método de ensino/aprendizagem a problematização do processo de trabalho.

2.4.5 Diretrizes para gestão e prevenção do comportamento suicida de adolescentes no contexto da urgência e emergência hospitalar

Os resultados apresentados na Figura 7 e Figura 8 referentes às taxas de concordância das diretrizes a partir do Cálculo de Concordância de Porcentagem e do Cálculo do Escore permitem afirmar que o conteúdo das 15 diretrizes foi validado em relação à avaliação e manejo do comportamento suicida de adolescentes em contexto de urgência e emergência hospitalar. Deste modo, estas diretrizes podem se caracterizar como diretrizes válidas para a gestão do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto referido.

Finalizando o objetivo geral da pesquisa são apresentadas as diretrizes construídas e validadas pelos juízes/avaliadores (Quadro 20).

Cabe esclarecer que a leitura e análise dos estudos selecionados na revisão integrativa destacaram o papel decisivo da avaliação e do manejo dos adolescentes em crise suicida no contexto da urgência hospitalar para uma ação preventiva. Ou seja, os estudos enfatizaram que existem intervenções cientificamente comprovadas (Quadro 16) que podem reduzir o risco suicida dos adolescentes atendidos na urgência e emergência hospitalar.

Neste sentido, considera-se que as diretrizes elaboradas e validadas nesta dissertação podem se configurar não apenas como diretrizes para gestão, mas como diretrizes que promovem a prevenção do comportamento suicida dos adolescentes no contexto da urgência e emergência hospitalar.

Nesta lógica, acrescentou-se a palavra “prevenção” às diretrizes de gestão do comportamento suicida dos adolescentes validadas pelos juízes/avaliadores.

Quadro 20 – Diretrizes para gestão e prevenção do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar

1. É imprescindível avaliar a necessidade da execução de ações emergenciais visando à estabilização clínica diante do comportamento suicida do adolescente que busca atendimento nas portas de entrada hospitalares de urgência.
2. A promoção da ambiência no que se refere à garantia de privacidade e condições de segurança no espaço físico em que o adolescente em crise suicida é atendido, são aspectos a serem observados na emergência hospitalar no contexto da avaliação do risco suicida.
3. As habilidades de comunicação baseadas na empatia, escuta ativa e ausência de julgamento na relação com o adolescente e seus pais/cuidadores, são condições fundamentais para que seja realizada a avaliação da tentativa e do risco suicida.
4. A avaliação do comportamento suicida envolve a realização de entrevista clínica com o adolescente e também com outros familiares, e visa identificar os fatores de risco (comportamentos suicidas atuais e passados, a consciência da letalidade do meio utilizado, o grau de intencionalidade e planejamento do ato, eventos precipitantes, entre outros) e os fatores de proteção (suporte familiar e dos pares, apoio social, acesso a tratamento em saúde mental, restrição de acesso aos meios letais e outros).
5. A classificação do risco suicida do adolescente - baixo, médio ou alto risco - é um ponto chave da avaliação a ser realizada na entrevista clínica, e visa indicar qual plano de intervenção deve ser conduzido com o adolescente e seus pais/cuidadores.
6. A avaliação do risco suicida do adolescente no contexto da emergência e da

<p>internação hospitalar pode incluir instrumentos padronizados, tais como escalas e questionários, como elementos auxiliares na realização desta avaliação.</p>
<p>7. Na entrevista clínica, a ocorrência da automutilação, com ou sem intenção suicida, deve ser averiguada, visto que este comportamento se configura como um preditor de tentativa de suicídio, sobretudo na população adolescente.</p>
<p>8. A avaliação e manejo do comportamento suicida do adolescente no contexto da emergência deve envolver, além da estabilização clínica, uma abordagem preventiva que implica na execução de intervenções terapêuticas breves, como o plano de segurança, acolhimento e orientação dos familiares, bem como articulação do acompanhamento em saúde mental.</p>
<p>9. As intervenções terapêuticas breves conduzidas por uma equipe multiprofissional com o adolescente e seus familiares visam à promoção da integralidade do cuidado, à prevenção de novas crises suicidas e à adesão ao seguimento do tratamento em saúde mental.</p>
<p>10. A elaboração de um “plano de segurança” com o adolescente em crise suicida e seus pais/cuidadores é uma das intervenções a ser executada antes da alta hospitalar na emergência ou na unidade de internação. Este plano trabalha ações estratégicas organizadas em passos para prevenir e manejar novas crises suicidas.</p>
<p>11. O acolhimento e a orientação dos pais/cuidadores é uma intervenção que tem como objetivo o aconselhamento quanto à restrição de acesso a meios letais, a identificação de sinais de alerta, o monitoramento protetivo e a redução do estigma em saúde mental.</p>
<p>12. Em relação ao manejo do risco suicida, é necessária a utilização de critérios para a alta hospitalar na emergência ou na internação, tais como a estabilidade clínica do adolescente; a classificação de baixo risco de suicídio; a presença de fatores de proteção; o paciente e a família estarem orientados sobre a proposta de tratamento em saúde mental e sobre o plano de segurança.</p>
<p>13. Em relação à alta hospitalar, os profissionais de saúde devem articular o seguimento do cuidado em saúde mental prestado por uma equipe multiprofissional, preferencialmente, no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e, na ausência deste, na Unidade Básica de Saúde (UBS).</p>
<p>14. A admissão para internação hospitalar envolve critérios tais como a presença de agravos clínicos com necessidade de monitoramento e tratamento médico; presença de</p>

quadro psiquiátrico grave; tentativa de suicídio de alta letalidade com clara intenção de morte; intenção contínua de morte; desesperança grave; rede de apoio familiar e social frágil; incapacidade do paciente e/ou familiares de se envolverem no “plano de segurança”; agitação psicomotora contínua, não aderência ao tratamento psiquiátrico e psicológico ambulatorial, necessidade de troca de esquema de medicação psiquiátrica.

15. As equipes de saúde das portas hospitalares de urgência e das unidades de internação devem receber treinamento quanto à prevenção da crise suicida na adolescência para evitar ações pouco eficazes e fragmentadas no cuidado do adolescente e de seus pais/familiares.

Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Estas diretrizes foram construídas com o intuito de auxiliar as equipes das portas hospitalares de urgência a se fundamentarem em critérios em suas condutas, os quais se pautam por nortear ações de acolhimento, avaliação, intervenção e encaminhamento, o que, de acordo com a literatura consultada, fornece contribuições relevantes para a prevenção do suicídio.

Entende-se que, desta forma, a equipe multiprofissional das portas hospitalares de urgência pode realizar uma das ações de prevenção do suicídio do tipo “indicada” preconizada pela OMS (2010), a qual é dirigida à pessoa que apresenta alto risco de suicídio.

Conforme os estudos selecionados nesta pesquisa, a prevenção do suicídio para aqueles adolescentes que estão em risco suicida no contexto da urgência e emergência hospitalar é possível e deve ser realizada por uma equipe multiprofissional.

Estas diretrizes também foram elaboradas em consonância com os princípios do SUS, da Política Nacional de Humanização, do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Política Nacional de Saúde Mental.

3 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo principal construir e validar diretrizes para gestão do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar. Por meio de revisão integrativa da literatura, análise e validação de conteúdo sobre avaliação e manejo do comportamento suicida, foram construídas 15 diretrizes que se sustentam em três dimensões: avaliação do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar, intervenção diante do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar e equipe multiprofissional hospitalar. Os estudos selecionados na revisão integrativa deram sustentação a este processo e evidenciaram a escassez de artigos sobre o tema publicados no Brasil, o que remete à necessidade de produção de pesquisas sobre a gestão do comportamento suicida na adolescência na emergência hospitalar. A revisão integrativa também revelou a carência de estudos qualitativos sobre o tema, apontando para a importância de pesquisas qualitativas com os profissionais de saúde, da educação, com os adolescentes em crise suicida e seus familiares.

Considera-se que o percurso metodológico empreendido e as discussões realizadas permitem concluir que as diretrizes apresentadas trazem contribuições importantes para quem vivencia, no cotidiano do trabalho nas portas hospitalares de urgência, a complexidade de acolher adolescentes em crise suicida e suas famílias, visando à prevenção do risco suicida.

Deste modo, as diretrizes tem um papel de orientação e de construção de práticas mais eficazes diante do adolescente com comportamento suicida, visto que se destacam fragilidades quanto à temática da avaliação e manejo da suicidalidade em contextos de urgência e emergência hospitalar. Dentre os aspectos que fragilizam o cuidado a este adolescente, encontra-se o desconforto e certa insegurança dos profissionais de saúde, visto que os mesmos são treinados mais para lidar com a vida do que com pessoas em sofrimento psíquico intenso e que colocam em risco a própria continuidade da sua existência.

Além da função orientativa, as diretrizes validadas contribuem para a realização da prevenção do risco suicida de adolescentes, pois como foi evidenciado nos estudos selecionados na revisão integrativa, a conduta da equipe multiprofissional na urgência e emergência hospitalar pode ser preventiva na medida em que se pautem por intervenções e critérios cientificamente sustentados.

Neste sentido, as diretrizes para gestão do comportamento suicida de adolescentes são também diretrizes para promover a prevenção de novos comportamentos suicidas, constituindo-se assim como uma das ações de prevenção do suicídio do tipo “indicada”, conforme conceituação da OMS sobre os níveis de prevenção ao suicídio.

Estas diretrizes vieram ao encontro não só de uma carência vivenciada pela pesquisadora na prática profissional, mas também de uma necessidade compartilhada pelos diversos profissionais que responderam ao instrumento de validação das diretrizes, o que sugere que a questão não é uma demanda isolada, mas está implicada com a prática diária do atendimento ao adolescente em crise suicida.

No que se refere à prevenção do risco suicida, ainda há muitos obstáculos a serem superados. A esperança vem da mobilização e sensibilização das esferas governamentais para o tema, há muito sendo incentivada pela OMS, a qual tem sido pioneira em pensar e articular estratégias para o enfrentamento deste problema.

Entretanto, apesar de existir toda uma gama de legislações e documentos normativos/orientativos tanto a nível mundial, nacional, estadual e municipal, parece que isto ainda fica muito distante dos profissionais que estão na assistência direta aos pacientes, podendo ainda se observar a prática do atendimento “profissional-centrado”. É preciso treinamento urgente e educação continuada às equipes de saúde, assim como ficou evidente na fala dos profissionais participantes deste estudo.

Os serviços de saúde das portas hospitalares de urgência precisam incorporar a prevenção ao suicídio como um tema pertinente ao seu foco de atuação. Geralmente, as questões de saúde mental neste ambiente hospitalar ficam sob o manto do estigma e mistério, e quando se trata do comportamento suicida observa-se o mesmo.

Considerando a complexidade do tema, uma questão que merece incentivo é a contribuição da equipe multiprofissional na execução da prevenção ao suicídio do tipo “indicada” nas portas hospitalares de urgência. Como vimos ao longo do trabalho, a demanda da crise suicida em adolescentes não pode ficar depositada somente na ação de um único profissional, geralmente o psiquiatra, sob o risco de se perder a integralidade do cuidado e com isto, a atuação preventiva na crise suicida.

Promover a prevenção ao suicídio na adolescência é tratar do compromisso social com a nova geração; é tratar da responsabilidade em criar condições para que os jovens consigam transformar uma crise suicida em desejo de viver e transformar o mundo que aí

está. Deste modo, a prevenção ao fenômeno do suicídio implica a realização de todos os níveis de prevenção: universal, seletiva e indicada.

Isto nos remete a questionar: como os planos de prevenção nacional, estadual e municipal estão sendo operacionalizados na prática? Se as políticas preconizam a integralidade do cuidado, como realizar isto sem os governos sustentarem uma equipe multiprofissional que possa ser acionada 24hs nas portas hospitalares de urgência/pronto socorro? Estas questões implicam na importância da mobilização dos profissionais e da sociedade na viabilização prática das diretrizes e planos existentes na prevenção do suicídio. Sabe-se que estes planos envolvem as ações de outras políticas intersetoriais como educação, segurança, habitação, lazer, visto que para prevenção do suicídio também é preciso abordar os condicionantes associados ao mesmo.

Mediante a prevenção do suicídio nos diferentes níveis, o Brasil poderá sair das estatísticas dos países em que as taxas de suicídio continuam a crescer para entrar no rol dos países que verdadeiramente investem na vida dos seus cidadãos.

REFERÊNCIAS

ABASSE, Maria Leonor Ferreira *et al.* Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 407-416, 2009.

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

AMARANTE, Paulo. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes, M. I. A.; Scarcelli, I. R.; Costa, E. S. (orgs.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir. Comissão de estudos e prevenção do suicídio.** Conselho Federal de Medicina, CFM/ABP, Brasília, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Considerações sobre a Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde: ABP, ABIPD, FENAM, e FENAMD-SM.** Disponível em: <https://www.abp.org.br/notasoficiais>. Acesso em: 20 ago. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME). **O cuidado em saúde mental e a contra-reforma psiquiátrica: posicionamento crítico da ABRASME**, 25 maio 2019. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/informativo>. Acesso em 12 de agosto 2019.

ACIOLY, Yanne Angelim; BRASIL, Maria Glaucíria Mota. **Reforma psiquiátrica: construção de outro lugar social para a loucura.** I Seminário de Sociologia e Política. Universidade Federal do Paraná, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Ed. rev. e actual. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos. Saúde sexual e reprodutiva. In: **Adolescência e psicologia – concepções, práticas, e reflexões críticas.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2002.

BENINCASA, Miria; REZENDE, Manuel Morgado. Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. **Bol. psicol**, São Paulo, v.56, n.124, p.93-110, jun. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432006000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 maio 2018.

BERENCHTEIN NETTO, Nilson. **Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico-dialético.** (Dissertação de Mestrado). Programa de Estudos Pós Graduados em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2007. 168p.

BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.32, supl.2, p.S87-S95, 2010.

BOCK, Ana Mercês Bahia. **A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores.** Psicologia Escolar e Educacional, 2007.

BORGES, Vivian Roxo Borges; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. **Psicologia, saúde & doenças**, 7 (2), p. 195-209, 2006.

BORGES, Vivian Roxo Borges; WERLANG, Blanca Susana Guevara e COPATTI, Mônica. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 28, jan./jun. 2008.

BOTEGA, Neury José; RAPELI, Claudemir Benedito. Tentativa de suicídio. In: **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.** Porto Alegre: Artmed, p. 365-377, 2002.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol.USP**, São Paulo, v.25, n.3, p. 231-236, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=pt&nrm=is. Acesso em: 26 maio 2018.

BOTEGA, Neury José *et al.* **Prevenção do comportamento suicida.** Psico, Porto Alegre PUCRS, v.37. n. 3, p.213-220, 2006.

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. **Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero.** Contextos Clínic, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 2-14, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 maio 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Lex*: Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.** Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007b.

BRASIL. BVS-Ministério da Saúde. **Dicas em Saúde**. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Novembro de 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>. Acesso em: 03 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, n. 96, p. 37-40, 21 de maio de 2013, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental/Cadernos da atenção básica nº 34**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília-DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 245, p. 239, 22 de dezembro de 2017, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

BRASIL. **Portaria nº 1.315, de 11 de maio de 2018**. Habilita Estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União. Brasília, DF, n. 93, p. 35, 16 de maio de 2018, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, de 04 de fevereiro de 2019**. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

BRASIL. **Lei Nº 13.819, de 26 de abril de 2019.** Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Diário Oficial da União. Brasília, DF, n. 81, p. 1, 29 de abril de 2019. Seção 1.

CAMUS, Albert. **O mito de Sísifo: ensaio sobre o absurdo.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

CHAVEZ-HERNANDEZ, Ana-María; LEENAARS, Antoon A. Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. **Salud Ment, México**, v.33, n.4, p.355-360, 2010. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 27 maio 2018.

COIMBRA, Cecília; BOCCO, Fernanda; NASCIMENTO, Maria Livia do. Subvertendo o conceito de adolescência. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v.57, n. 1, p. 211, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas.** Coordenação Maria de Lourdes Jeffery Contini; organização Sílvia Helena Koller. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a psicologia.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2013

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde.** Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 20 ago. 2019.

COSTA, Rosane de Albuquerque *et al.* Avaliação psicológica do suicídio no Brasil. **Rev. Estação Cient.**, Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Mina Gerais, 2015.

D’OLIVEIRA CF, BOTEGA Neury José (org.). **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, 2006. p. 74. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FAÇANHA, Jorge Daniel Neto *et al.* Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção believe. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 maio 2018.

Biblioteca Prof. Paulo de Carvalho Mattos. Faculdade de Ciências Agrônomicas. UNESP. Campus de Botucatu, 2015. Tipos de revisão de literatura. Disponível em

<https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em maio 2018.

FENSTERSEIFER, Liza; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Comportamentos autodestrutivos, subprodutos da pós-modernidade? **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 24, n. 47 p. 35-44, 2006.

FERREIRA, Camila Louise Baena; GABARRA, Leticia Macedo. Pacientes em Risco de Suicídio: Avaliação da Ideação Suicida e o Atendimento Psicológico. **Journal of health sciences**, v. 16, n. 2, 2014.

FIALHO, Marcelo Brandt. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: ZEFERINO, Maria Terezinha. **Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental** / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). 4ª Edição, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

FLEISCHMANN, Alexandra *et al.* **Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries.** Bulletin of the World Health Organization, v. 86. n. 9, p. 703-709, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria municipal da Casa Civil. **LEI Nº 10.492, de 18 de março de 2019.** Institui o Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio no âmbito do município de Florianópolis e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Florianópolis, n. 2399, p.1

FREITAS, Ana Paulo Araújo de. **“Da sua vida cuida eu!” Os significados das tentativas de suicídio para profissionais de saúde.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

FREITAS, Gisleine Vaz Scavacini de; BOTEGA, Neury José. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.48, n.3, p.245-249, Sept. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000300039&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 maio 2018.

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

GONCALVES, Patrícia Ivanca de Espíndola; SILVA, Roseane Amorim da; FERREIRA, Lindair Araújo. Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado. **Psicol. hosp.** (São Paulo), São Paulo, v. 13, n. 2, p. 64-87, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 maio 2018.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, 2007.

GUERREIRO, Diogo Frasilho. **Comportamentos autolesivos em adolescentes: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping.** (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Portugal, 2014.

JANS Thomas, VLOET Timo D, TANELI Yesim, WARNKE Andreas. Suicide and self-harming behaviour. In: Rey JM (ed), **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.** Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2018.

LEENAARS, Antoon A.. Edwin S. **Shneidman on suicide.** *Suicidology online*, 1:5-18, 2010.

LIMA, Telma Cristiane Sasso; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál.** Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45, 2007.

MAHEIRIE, Kátia; PRETTO, Zuleica. O movimento progressivo-regressivo na dialética universal e singular. **Rev. Dep. Psicol.,UFF**, Niterói, v. 19, n. 2, p.455-462, 2007.

MARCOLAN, João Fernando. Pela política pública de atenção ao comportamento suicida. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2343-2347, 2018.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio.** Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella. São Paulo: Boitempo, 2006.

MELLO Magda Medianeira de; SANTOS, Janaína Dorigo dos. Infância, loucura e alteridade: a criança em devir. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 3, p. 314-321, 2018.

MIRANDA, Tatiane Gouveia de. **Autópsia psicológica: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura), Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

NIEDERAUER, Alessandra Strauss. As bases neuropsicológicas do comportamento adolescente e suas implicações no campo educacional. **Rev. Acad. Licencia&acturas**, Ivoti, vol. 2, n.1, p.24-32, 2014.

OLIVEIRA, Angélica Moura *et al.* Comportamento suicida entre adolescentes: revisão integrativa da literatura nacional. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 88-96, jan/mar 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros.** Organização Mundial de Saúde, Genebra, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ação de saúde pública para prevenção do suicídio: uma estrutura.** Organização Mundial de Saúde, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SAUDE. **Desarrollo em la adolescência, um período de transición de crucial importância.** Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/. Acesso em 27 maio 2019.

OZELLA, Sérgio. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: Conselho Federal de Psicologia. **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas.** Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

PESCE, Renata. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 20 (2), p. 135-143, 2004.

POLETTI, Michele; KOLLER, Sílvia Helena. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 25, n. 3, p.405-416, 2008.

PORTAL ABERTA. Adolescência e cultura. Disponível em: <http://aberta.senad.gov.br/medias/original/201703/20170317-141819-002/pagina-03-extra-02.html>. Acesso em: 10 maio 2018.

PRETTO, Zuleica. A infância como acontecimento singular na complexidade dialética da história. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 623-630, 2013.

REIS, Vilma. **Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO), 20 fevereiro 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao>. Acesso em: 12 ago 2019.

RIGO, Soraya Carvalho. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: **O suicídio e os desafios para a psicologia.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2013.

ROCHA, Marisa Lopes da. Contexto do adolescente. In: **Adolescência e psicologia – concepções, práticas, e reflexões críticas.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2002.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.20, n.2, p. v-vi, 2007.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Governo do Estado cria dia estadual de prevenção ao suicídio.** 2018a. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/index.php/noticias/temas/saude/governo-do-estado-cria-dia-estadual-de-prevencao-ao-suicidio>. Acesso em 20 setembro 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Apresentação: prevenção ao suicídio.** Coordenadora Estadual de Saúde Mental Deisy Mendes Porto. 2018b. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a->

[saude-2/rede-de-atencao-psicossocial-raps/apresentacoes-raps/](#). Acesso em 20 janeiro de 2019.

SANTA CATARINA. **Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para a abordagem do risco e das tentativas de suicídio.** Sistema Único de Saúde Estado de Santa Catarina, 2015.

SARTRE, Jean-Paul. **O Ser e o Nada: ensaio de uma ontologia fenomenológica.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

SCARPARO, Ana Luiza Sander; MARQUES, Tânia Beatriz Iwaszko; DEL PINO, José Cláudio. Construção e validação de conteúdo de questionário para identificação de crenças sobre o ensino da temática alimentação saudável no ambiente escolar. **Rev. Cad. pedagógico**, v.14, n.2, 2017.

SCAVACINI, Karen. O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência, e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. O método biográfico em Sartre: contribuições do Existencialismo para a Psicologia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. UFRJ RJ, ano 8, n. 2, p. 289-308, 2008.

SERRANO-RUIZ, Claudia Patricia; OLAVE-CHAVES, Julie Alexandra. **Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes.** MedUNAB 2017; 20(2), p. 139-147, 2017

SHNEIDMAN, Edwin. **Definition of suicide.** New York: Rowman e Littlefield Publishers Inc, 1994.

SILVA, Viviane Franco *et al.* Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (9), p. 1835-1843, 2006.

SILVA, Tatiana de Paula Santana; SOUGEY, Everton Botelho. Escalas de avaliação do comportamento suicida em adolescentes da população geral. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 18(3), p. 144-154, 2016.

SILVA JÚNIOR, Severino Domingos; COSTA, Francisco José. Mensuração e escalas de verificação: uma análise comparativa das escalas de Likert e phrase completion. PMKT, **Rev. Bras. de Pesq. Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, v. 15, p. 1-16, 2014.

SILVEIRA, Tatiana Engel; CORDOVA, Fernanda Peixoto. **Métodos de pesquisa.** GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (orgs). Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SIMIONI, André Rafael. **Autolesão deliberada em crianças e adolescentes: prevalência, correlatos clínicos e psicopatologia materna.** (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SOUSA, Girliani Silva de *et al.* Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.3099-3110, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903099&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 maio 2018.

SOUZA, Ana Cláudia Gondim; BARBOSA, Guilherme Correa; MORENO, Vânia. Suicídio na adolescência: revisão de literatura. **Rev. Uningá**, Maringá, vol.43, p.95-98, 2015.

SOUZA, Luciano Dias de Mattos *et al.* Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro, v.59, n.4, p.286-292, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 maio 2018.

SZASZ, Thomas. **Libertad fatal, ética y política del suicidio.** Paidós, 2002.

TAÑO, Bruna Lídia; MATSUKURA, Thelma Simões. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. A questão da adolescência numa perspectiva “antimanicomial”. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas.** Coordenação Maria de Lourdes Jeffery Contini; organização Sílvia Helena Koller. Rio de Janeiro. Conselho Federal de Psicologia, 2002.

VEIRA, Fernando; ARAÚJO, Thiago. **Resenha Karl Marx: sobre o suicídio.** Entropia, Rio de Janeiro, vol. 1, Nº1, p. 132-113, 2016.

VERAS, Juliana Lourenço de Araújo; SILVA, Tatiana de Paula Santana; KATZ, CintiaTomisiello. Funcionamento familiar e tentativa de suicídio entre adolescentes. **Cadernos brasileiros de Saúde Mental.** Florianópolis, v. 9. n 22, p.70-82, 2017.

WASELFISZ Julio Jacobo. **Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil** [Internet]. Brasília: Secretaria Nacional de Juventude, 2014. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf. Acesso em junho 2017.

WERLANG, Blanca Susana Guevara. **Proposta de uma entrevista semiestruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio.** Tese (doutorado) Orientador Neury José Botega. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 2000.

WERLANG, Blanca Susana Guevara; BORGES, Vivian Roxo; FENTERSEIFER, Liz. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Rev. Interamericana de Psicologia**, Porto Alegre, v.39, n.2, p.259-266. 2005a.

WERLANG, Blanca Susana Guevara; BORGES, Vivian Roxo; FENTERSEIFER, Liz. Indícios de Potencial Suicida na Adolescência. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 41-58, 2005b.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkim; FARIA, Horácio Pereira; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolos de cuidados à saúde e de organização de serviço**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Towards evidence-based suicide prevention programmes**. WHO, Geneva, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva, WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. WHO, Geneva, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015**. WHO, Geneva, 2016. Recuperado de www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/graphics/en/.

APÊNDICE A – Chaves de Busca da revisão integrativa

ESTRATÉGIA GERAL (PePSIC, CINAHL, SciELO, BVS/BIREME)

("Tentativa de suicídio" OR "Ideação suicida" OR "Comportamento suicida" OR "Suicídio" OR "Attempted suicide" OR "Suicidal ideation" OR "Suicidal behavior" OR "Suicidal behaviour" OR "Intento de suicidio" OR "Suicide" OR "Ideación suicida" OR "Conductas suicida" OR "Suicidio") AND ("Serviço Hospitalar de Emergência" OR "Unidade Ambulatorial de Emergência" OR "Pronto socorro" OR "Hospital Emergency Service" OR "Emergency Department" OR "Emergency Hospital Service" OR "Emergency Unit" OR "Emergency Ward" OR "Hospital Service Emergency" OR "Hospital Service Emergencies" OR "Accident and Emergency Department" OR "Emergency Room" OR "Emergency Outpatient Unit" OR "Servicio de Urgencia en Hospital" OR "Unidad de Urgencia de Paciente Externo") AND ("Adolescent" OR "Teenager" OR "Teen" OR "Adolescence" OR "Youth" OR "Adolescente" OR "Jovem" OR "Jovens" OR "Adolescência" OR "Juventude" OR "Joven" OR "Jóvenes" OR "Juventud")

Estratégia adicional Scielo/PePsic: "suicídio" AND "adolescência" / "suicídio" AND "hospital"

ESTRATÉGIA PsycINFO:

Abstract: "Attempted suicide" OR Abstract: "Suicidal Ideation" OR Abstract: "Suicidal behavior" OR Abstract: "Suicidal behaviour" OR Abstract: "Suicide" AND Abstract: "Hospital Emergency Service" OR Abstract: "Emergency Department" OR Abstract: "Emergency Hospital Service" OR Abstract: "Emergency Unit" OR Abstract: "Emergency Ward" OR Abstract: "Accident and Emergency Department" OR Abstract: "Emergency Room" OR Abstract: "Emergency Outpatient Unit" AND Abstract: adolescen* OR Abstract: teen* OR Abstract: youth AND Year: 2014 To 2018

ESTRATÉGIA Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações:

("Tentativa de suicídio" OR "Ideação suicida" OR "Comportamento suicida" OR "Suicídio" OR "Attempted suicide" OR "Suicidal ideation" OR "Suicidal behavior" OR "Suicidal behaviour" OR "Suicide" OR "Intento de suicidio" OR "Ideación suicida" OR "Conductas suicida" OR "Suicidio") AND ("Serviço Hospitalar de Emergência" OR "Unidade Ambulatorial de Emergência" OR "Hospital Emergency Service" OR "Emergency Department" OR "Emergency Hospital Service" OR "Emergency Unit" OR "Emergency Ward" OR "Hospital Service Emergency" OR "Hospital Service Emergencies" OR "Accident and Emergency Department" OR "Emergency Room" OR "Emergency Outpatient Unit" OR "Servicio de Urgencia en Hospital" OR "Unidad de Urgencia de Paciente Externo") AND (Adolescent OR Teenager OR Teen OR Adolescence OR Youth OR Adolescente OR Jovem OR Jovens OR Adolescencia OR Juventude OR Joven OR Jóvenes OR Juventud)

ESTRATÉGIA MEDLINE/PUBMED:

("Suicide, Attempted"[Mesh] OR "Attempted suicide"[Title/Abstract] OR "Suicidal Ideation"[Mesh] OR "Suicidal ideation"[Title/Abstract] OR "Suicidal behavior"[Title/Abstract] OR "Suicidal

behaviour"[Title/Abstract]) AND ("Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Hospital Emergency Service"[Title/Abstract] OR "Emergency Department"[Title/Abstract] OR "Emergency Hospital Service"[Title/Abstract] OR "Emergency Unit"[Title/Abstract] OR "Emergency Ward"[Title/Abstract] OR "Accident and Emergency Department"[Title/Abstract] OR "Emergency Room"[Title/Abstract] OR "Emergency Outpatient Unit"[Title/Abstract]) AND ("Adolescent"[Mesh] OR adolescent[Title/Abstract] OR teenager[Title/Abstract] OR teen[Title/Abstract] OR adolescence[Title/Abstract] OR youth[Title/Abstract])

ESTRATÉGIA SCOPUS:

("Attempted suicide" OR "Suicidal Ideation" OR "Suicidal behavior" OR "Suicidal behaviour" OR "Suicide") AND ("Hospital Emergency Service" OR "Emergency Department" OR "Emergency Hospital Service" OR "Emergency Unit" OR "Emergency Ward" OR "Accident and Emergency Department" OR "Emergency Room" OR "Emergency Outpatient Unit") AND (adolescen* OR teen* OR youth)

TITLE-ABS-KEY("Attempted suicide" OR "Suicidal Ideation" OR "Suicidal behavior" OR "Suicidal behaviour" OR "Suicide") AND TITLE-ABS-KEY("Hospital Emergency Service" OR "Emergency Department" OR "Emergency Hospital Service" OR "Emergency Unit" OR "Emergency Ward" OR "Accident and Emergency Department" OR "Emergency Room" OR "Emergency Outpatient Unit") AND TITLE-ABS-KEY(adolescen* OR teen* OR youth)

TITLE-ABS-KEY ("Attempted suicide" OR "Suicidal Ideation" OR "Suicidal behavior" OR "Suicidal behaviour" OR "Suicide") AND TITLE-ABS-KEY ("Hospital Emergency Service" OR "Emergency Department" OR "Emergency Hospital Service" OR "Emergency Unit" OR "Emergency Ward" OR "Accident and Emergency Department" OR "Emergency Room" OR "Emergency Outpatient Unit") AND TITLE-ABS-KEY (adolescen* OR teen* OR youth) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese"))

ESTRATÉGIA Index Psi:

Suicídio AND adolesc\$ AND hospital

Comportamento suicida AND adolesc\$ AND hospital

Tentativa de suicídio AND adolesc\$ AND hospital

ESTRATÉGIA WEB OF SCIENCE:

TÓPICO: ("Attempted suicide" OR "Suicidal Ideation" OR "Suicidal behavior" OR "Suicidal behaviour" OR "Suicide") AND TÓPICO: ("Hospital Emergency Service" OR "Emergency Department" OR "Emergency Hospital Service" OR "Emergency Unit" OR "Emergency Ward" OR "Accident and Emergency Department" OR "Emergency Room" OR "Emergency Outpatient Unit") AND TÓPICO: (adolescen* OR teen* OR youth)

APÊNDICE B – TCLE HU/UFSC/EBSERH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa intitulada: “Gestão do comportamento suicida de adolescentes: diretrizes para construção de protocolo no contexto da urgência e emergência hospitalar”.

Por favor, leia atentamente as instruções abaixo antes de decidir se você deseja participar do estudo.

1. Esta pesquisa está vinculada ao projeto de mestrado profissional da acadêmica Simone Scheibe, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina. A pesquisa será conduzida por mim, Simone Scheibe, sob a orientação da Prof^a Dr^a Ivânia Jann Luna, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

2. O suicídio e seus comportamentos associados, segundo a Organização Mundial de Saúde, configuram-se como um problema de saúde pública. A adolescência tem sido alvo de preocupações devido ao aumento de casos. Neste cenário, a avaliação e manejo da crise suicida de adolescentes se tornam decisivas para a prevenção da mesma.

3. O objetivo geral desta pesquisa é construir e validar diretrizes para a gestão do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar visando o seu manejo e prevenção.

4. A sua participação envolve responder um questionário com escala de Likert com 5 opções (concordo totalmente; concordo parcialmente; nem concordo, nem discordo; discordo

parcialmente; discordo totalmente), o qual aborda diretrizes sobre avaliação e manejo do comportamento suicida com adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar. A duração máxima para responder ao questionário está estimada em 15 (quinze) minutos.

5. Sua participação implica em riscos mínimos, tais como o cansaço ao responder um questionário. Entretanto, caso você se sinta desconfortável, poderá desistir a qualquer momento, sem apresentar justificativa, não implicando em nenhuma forma de prejuízo. Caso você sinta algum desconforto em relação ao tema da pesquisa, de igual forma, poderá desistir a qualquer momento, e eu, como pesquisadora, estarei apta a lhe ofertar apoio e conduzir a situação.

6. Não estão previstos benefícios diretos pela sua participação na pesquisa, nem benefícios financeiros. Contudo, ao responder o questionário, você estará contribuindo para a elaboração de diretrizes importantes sobre o tema.

7. Informamos que a pesquisa não fará uso de qualquer tipo de imagem ou qualquer outro procedimento que possa lhe expor. A sua identificação será mantida em sigilo e privacidade em todas as etapas da pesquisa.

8. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e serão guardados por um período de 5 (cinco) anos pelo pesquisador e após serão descartados. Os resultados do estudo poderão ser publicados em periódicos científicos. No caso de publicações, o seu anonimato será preservado.

9. Em caso de dúvidas ou qualquer incômodo relacionado à pesquisa, você poderá fazer contato com a pesquisadora Simone Scheibe, por meio do seguinte telefone: (48) 99927-9906 e/ou e-mail: s.scheibe@uol.com.br ou ainda no endereço profissional situado na Rua Rui Barbosa, 152, Agronômica, Florianópolis, no Serviço de Psicologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

10. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e segue os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que visa garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O CEP tem a função de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você tiver algum questionamento ético sobre a pesquisa ou considerar que está sendo

prejudicado(a) de algum modo, você pode entrar em contato com o CEPESH-UFSC pelo telefone (48) 3721-6094 e/ou pelo email: cep.propesq@contato.ufsc.br ou ainda pessoalmente no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Você pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir.

11. Você não terá nenhum custo financeiro em participar desta pesquisa. Entretanto, caso tenha prejuízo financeiro em decorrência direta de sua participação nesta pesquisa, você terá garantia de ressarcimento.

12. Em caso de dano pessoal diretamente causado pelo procedimento proposto neste estudo, você tem direito às indenizações legalmente estabelecidas.

13. Serão fornecidas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que serão rubricadas e assinadas por você e por mim como pesquisadora, ficando uma via comigo e outra via com você.

Certificado do Consentimento

Eu, _____, CPF _____
declaro que fui suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram informadas através da leitura deste termo, descrevendo o estudo “Gestão do comportamento suicida de adolescentes: diretrizes para construção de protocolo no contexto da urgência e emergência hospitalar”. Ficou claro para mim qual o propósito do estudo, o procedimento realizado, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, bem como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que posso desistir da mesma a qualquer momento. Deste modo, opto por livre e espontânea vontade em participar dessa pesquisa.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Local e Data _____, ____/____/____

APÊNDICE C – TCLE HIJG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa intitulada: “Gestão do comportamento suicida de adolescentes: diretrizes para construção de protocolo no contexto da urgência e emergência hospitalar”.

Por favor, leia atentamente as instruções abaixo antes de decidir se você deseja participar do estudo.

1. Esta pesquisa está vinculada ao projeto de mestrado profissional da acadêmica Simone Scheibe, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina. A pesquisa será conduzida por mim, Simone Scheibe, sob a orientação da Prof^a Dr^a Ivânia Jann Luna, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

2. O suicídio e seus comportamentos associados, segundo a Organização Mundial de Saúde, configuram-se como um problema de saúde pública. A adolescência tem sido alvo de preocupações devido ao aumento de casos. Neste cenário, a avaliação e manejo da crise suicida de adolescentes se tornam decisivas para a prevenção da mesma.

3. O objetivo geral desta pesquisa é construir e validar diretrizes para a gestão do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar visando o seu manejo e prevenção.

4. A sua participação envolve responder um questionário com escala tipo Likert com 5 opções (concordo totalmente, concordo parcialmente, indiferente, discordo parcialmente,

discordo totalmente), o qual aborda diretrizes sobre avaliação e manejo do comportamento suicida com adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar. A duração máxima para responder ao questionário está estimada em 15 (quinze) minutos.

5. Sua participação implica em riscos mínimos, tais como o cansaço ao responder um questionário. Entretanto, caso você se sinta desconfortável, poderá desistir a qualquer momento, sem apresentar justificativa, não implicando em nenhuma forma de prejuízo. Caso você sinta algum desconforto em relação ao tema da pesquisa, de igual forma, poderá desistir a qualquer momento, e eu, como psicóloga, estarei apta a lhe prestar atendimento durante e após a realização do questionário.

6. Não estão previstos benefícios diretos pela sua participação na pesquisa, nem benefícios financeiros. Contudo, ao responder o questionário, você estará contribuindo para a elaboração de diretrizes importantes sobre o tema.

7. Informamos que a pesquisa não fará uso de qualquer tipo de imagem ou qualquer outro procedimento que possa lhe expor. A sua identificação será mantida em sigilo e privacidade em todas as etapas da pesquisa.

8. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e serão guardados por um período de 5 (cinco) anos pelo pesquisador e após serão descartados. Os resultados do estudo poderão ser publicados em periódicos científicos. No caso de publicações, o seu anonimato será preservado.

9. Em caso de dúvidas ou qualquer incômodo relacionado à pesquisa, você poderá fazer contato com a pesquisadora Simone Scheibe, por meio do seguinte telefone: (48) 99927-9906 e/ou e-mail s.scheibe@uol.com.br ou ainda no endereço profissional situado na Rua Rui Barbosa, 152, Agrônômica, Florianópolis, no Serviço de Psicologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

10. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Joana de Gusmão (CEP-HIJG) e segue os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que visa garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O CEP tem a função de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você tiver algum questionamento ético sobre a pesquisa ou considerar que está sendo

prejudicado(a) de algum modo, você pode entrar em contato com o CEP do Hospital Infantil Joana de Gusmão pelo telefone (48) 3251-9092 ou pelo email: cephijg@saude.sc.gov.br. Ou também com o CEP SH-UFSC pelo telefone (48) 3721-6094 e/ou pelo email: cep.propesq@contato.ufsc.br ou ainda pessoalmente no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Você pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir.

11. Você não terá nenhum custo financeiro em participar desta pesquisa. Entretanto, caso tenha prejuízo financeiro em decorrência direta de sua participação nesta pesquisa, você terá garantia de ressarcimento.

12. Em caso de dano pessoal diretamente causado pelo procedimento proposto neste estudo, você tem direito às indenizações legalmente estabelecidas.

13. Serão fornecidas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que serão rubricadas e assinadas por você e por mim como pesquisadora, ficando uma via comigo e outra via com você.

Certificado do Consentimento

Eu, _____, CPF _____
declaro que fui suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram informadas através da leitura deste termo, descrevendo o estudo “Gestão do comportamento suicida de adolescentes: diretrizes para construção de protocolo no contexto da urgência e emergência hospitalar”. Ficou claro para mim qual o propósito do estudo, o procedimento realizado, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, bem como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que posso desistir da mesma a qualquer momento. Deste modo, opto por livre e espontânea vontade em participar dessa pesquisa.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Local e Data _____, ____/____/____

APÊNDICE D - Síntese dos estudos selecionados

Título / Base de dados onde foi selecionado	Ano/ Local / Tipo de Estudo/Objetivo	Autor (es)	Resultados/Conclusões
<p>1. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio</p> <p>Base de dado: SciELO PePsic</p>	<p>2014, São Paulo, Brasil</p> <p>Tipo de estudo: Ensaio teórico</p> <p>Objetivo: discute pontos relevantes que podem colaborar no sucesso da assistência hospitalar direcionada à pessoa com intenção suicida.</p>	Gutierrez	<p>O acolhimento à pessoa com tentativa de suicídio durante a assistência hospitalar deve ser realizado com segurança, prontidão e qualidade para promover a aceitação e a adesão do paciente ao tratamento.</p> <p>As ações devem estar direcionadas ao cuidado integral prestado à tríade – paciente/família/equipe de profissionais de saúde e da área social</p>
<p>2. Assessment of suicidal youth in the emergency department</p> <p>Bases de dados: CINAHL WOS SCOPUS PsycInfo BVS Bireme (Medline)</p>	<p>2014, UCLA, Los Angeles, EUA</p> <p>Tipo de estudo: quantitativo, experimental/Ensaio clínico randomizado.</p> <p>Objetivo: verificar taxas de concordância entre o relato dos adolescentes, pais e juízes treinados sobre a ideação suicida e tentativa de suicídio</p>	Berk & Asarnow	<ol style="list-style-type: none"> 1. A avaliação das tentativas anteriores de suicídio, bem como os pensamentos e comportamentos suicidas atuais são fundamentais para determinar o risco suicida futuro. 2. Recomenda-se a utilização de entrevistas clínicas estruturadas e questionários breves que avaliem exaustivamente os pensamentos e comportamentos suicidas atuais e passados, como parte da avaliação de seguimento e tratamento de adolescentes suicidas identificados na emergência. 3. Importância de se obter informações tanto do adolescente quanto dos pais ao avaliar o nível de risco suicida no cenário da emergência. 4. O nível de risco dos pacientes que vem à emergência e apresentam ideação suicida não deve ser subestimado. 5. Os adolescentes com ideação suicida que não atendam aos critérios de internação hospitalar no momento do atendimento devem ser orientados para acompanhamento ambulatorial.
<p>3. Suicídio na infância e adolescência</p>	<p>2014, São Paulo, Brasil</p>	Kuczynski	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atentar para presença de fatores de risco cognitivos:

<p>Bases de dados: SciELO Index Psi PePsic</p>	<p>Tipo de estudo: ensaio teórico</p> <p>Objetivo: abordar aspectos históricos, epidemiológicos e detalhar as abordagens preconizadas para atuação.</p>	<p>desesperança, impulsividade, estilo disfuncional, carência de estratégias de enfrentamento; rigidez de pensamentos</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Compreender o estágio do desenvolvimento do paciente sobre o conceito de morte; 3. Verificar crença sobre a letalidade dos meios utilizados, motivação e grau de CS da intenção suicida, intensidade e persistência da ideação suicida, requintes do planejamento da tentativa. 4. Instituir abordagem continente e de cuidado (tranquilidade e empatia), evitar atitudes de censura e julgamento. 5. Estimular a fala do paciente, evitar discursos 6. Verificar as condições de segurança da sala em que o paciente será mantido em observação. Contenção física e/ou química se necessário. 7. Além da entrevista clínica, pode-se utilizar escalas estruturadas para avaliar ideação suicida baseadas em autorrelato. 8. Elementos da entrevista clínica: sanidade mental (diagnósticos ou tratamentos prévios); tentativas anteriores; letalidade da tentativa (atual e/ou prévias); planejamento (suicida) e planos de futuro (acadêmico, profissional etc.); comportamentos de risco; uso de álcool e/ ou substância psicoativas; conflitos (pessoais e familiares); traumas (psicológicos, físicos, sexuais etc.); impulsividade; recursos na comunidade; exposição (a eventos semelhantes, no âmbito familiar ou na mídia). 9. Alta hospitalar só com os seguintes critérios atendidos: a) sem risco iminente de suicídio; b) sem instabilidade clínica; c) compromisso de retornar à Emergência se ocorrer nova tentativa; d) não intoxicado, não mentalmente desequilibrado ou em delírium; e) meios potencialmente eliminados; f) encaminhamento para tratamento psiquiátrico; g) eventos precipitantes discriminados (e tentativas de resolvê-los, iniciadas); h) a equipe se sente segura de que as recomendações serão seguidas pela família e pelo paciente; i) há uma proposta
---	---	---

			de recursos sociais e de suporte. 10. Parâmetros associados a risco de suicídio entre crianças e adolescentes (Pfeffer, 1994 – alto risco e baixo risco). 11. Bullying e a associação com as tentativas suicídio.
4. Teen options for change (TOC): an intervention for adolescent emergency patients who screen positive for suicide risk Bases de dados: CINAHL WOS SCOPUS Medline/PubMed	2014, Michigan, EUA Tipo de estudo: quantitativo, ensaio clínico controlado randomizado. Objetivo: verificar a viabilidade e eficácia a curto prazo do “Teen Option for Change” (TOC), uma intervenção projetada para adolescentes na emergência hospitalar com risco de suicídio, mas que não estão em alto risco agudo e em necessidade de internação.	King et al	1. A TOC é uma intervenção breve e promissora para adolescentes que procuram serviços de emergência e que estão em risco leve a moderado de suicídio. 2. Os resultados indicaram que uma breve intervenção na emergência que incorpore feedback personalizado e uma entrevista motivacional adaptativa pode ser benéfica para adolescentes que apresentam risco leve a moderado de suicídio.
5. Restricting youth suicide: behavioral health patients in an urban pediatric emergency department Bases de dados: CINAHL BVS Bireme (Medline)	2014, EUA Tipo de estudo: quantitativo, retrospectivo e descritivo. Objetivo: verificar se foi realizado o Aconselhamento para Restrição de Acesso a Meios Letais (ARAML) em uma amostra de pacientes pediátricos com transtornos comportamentais/psiquiátricos atendidos na emergência hospitalar.	Rogers et al	1. Apesar das evidências de eficácia, o Aconselhamento para Restrição de Acesso a Meios Letais (ARAML) é subutilizado no cenário da Emergência. 2. O ARAML como estratégia de prevenção do suicídio tem sido recomendada por muitas organizações e agências, incluindo OMS, Centros de Controle de Doenças e Prevenção, União Europeia, Departamento de Saúde na Inglaterra, American College of Physicians. 3. Proporcionar um ambiente seguro para adolescentes em risco para comportamentos suicidas deve ser uma prioridade para todas as famílias / cuidadores e deve ser encorajado pelos profissionais de saúde. A emergência hospitalar é um ponto chave de entrada para adolescentes suicidas e oferece uma oportunidade de implementar estratégias eficazes de prevenção secundária. A baixa taxa de ARAML encontrado neste estudo sugere a necessidade de melhorar o ARAML para todos os adolescentes em risco.

<p>6. Identifying adolescents at highly elevated risk for suicidal behavior in the emergency department</p> <p>Bases de dados: CINAHL WOS SCOPUS Medline/PubMed PsycInfo BVS Bireme (Medline)</p>	<p>2015, Michigan, EUA</p> <p>Tipo de estudo: quantitativo, prospectivo de curto prazo com 83 adolescentes.</p> <p>Objetivo: 1) examinar a taxa de suicídio de adolescentes durante os dois meses seguintes ao atendimento na emergência, e compará-la com as taxas relatadas para amostras psiquiátricas; 2) identificar possíveis preditores de risco agudo de comportamento suicida nessa amostra de risco.</p>	<p>King et al</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Há uma grande necessidade de desenvolver ferramentas breves de triagem para avaliar e direcionar o risco para os comportamentos suicidas entre adolescentes. 2. Os resultados indicam que os adolescentes que apresentaram risco duplamente positivo (comportamento suicida recente / ideação atual + depressão e abuso de álcool/substâncias) foram significativamente mais propensos a se envolver em comportamento suicida durante o período de acompanhamento de 2 meses do que os adolescentes que apresentaram resultado positivo em um critério apenas. O resultado reforça o uso da triagem multipla do risco suicida para identificar adolescentes de alto risco.
<p>7. Challenges of managing pediatric mental health crises in the emergency department</p> <p>Bases de dados: WOS SCOPUS BVS Bireme (Medline)</p>	<p>2015, EUA</p> <p>Tipo de estudo: ensaio teórico</p> <p>Objetivo: descrever as principais características da avaliação e do tratamento de adolescentes em crise psiquiátrica (incluindo a crise suicida) na emergência hospitalar.</p>	<p>Chun et al</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. O manejo de adolescentes com ideação suicida ou tentativas deve incluir uma o planejamento de segurança, incluindo restrições de acesso a meios letais e indicação para procurar atendimento emergencial . 2. Os profissionais de saúde podem revelar informações coletadas pelos pacientes aos cuidadores e podem obter informações de outros (incluindo amigos, familiares, funcionários da escola e outros profissionais de saúde) sem obter o consentimento do paciente ou dos responsáveis. 3. Pacientes e cuidadores devem ser entrevistados juntos e sozinhos. É essencial que os profissionais obtenham informações colaterais dos cuidadores, porque os pacientes frequentemente minimizam a gravidade de seus sintomas ou a intenção por trás de seus atos. 4. Perguntar aos pacientes sobre a tentativa de suicídio e tentativas não aumenta os comportamentos suicidas. De fato, pode ter o efeito oposto, pois ter uma conversa aberta e honesta sobre seus pensamentos suicidas pode proporcionar aos pacientes uma sensação de segurança e alívio.

			<p>5. A avaliação deve passar por garantir a segurança do paciente na emergência, atendê-lo num lugar que garanta a privacidade, entrevistar paciente, pais e outras relações próximas, exame clínico (físico e laboratorial), considerar a prescrição de medicação, fornecer psicoeducação sobre a necessidade e apoio para o engajamento no tratamento.</p> <p>6. Pacientes que não preenchem os critérios para internação psiquiátrica hospitalar devem passar por posterior intervenção de saúde mental.</p> <p>7. A admissão para internação deve ocorrer quando os seguintes aspectos estiverem presentes: desejo contínuo de morrer; desesperança grave; agitação contínua; incapacidade de se envolver em uma discussão em torno do planejamento de segurança; sistema de suporte inadequado / capacidade de monitorar e acompanhar adequadamente; tentativa de alta letalidade ou uma tentativa com clara expectativa de morte.</p> <p>8. Os “Planos de segurança” normalmente incluem: a) elementos como identificação de sinais de alerta e possíveis gatilhos para a recorrência de ideação suicida; b) Estratégias de enfrentamento que o paciente pode usar; c) Atividades saudáveis que podem proporcionar distração ou supressão de pensamentos suicidas; d) Apoios que o paciente pode buscar caso o impulso suicida volte; e) Informações de contato para suporte profissional, incluindo instruções sobre como e quando recorrer aos serviços de emergência; f) Restrição de acesso a meios letais.</p> <p>9. Incentivar a esperança. Na conclusão do atendimento, os profissionais devem revisar com o paciente suas razões de vida. Muitos pacientes podem precisar de ajuda para gerar essa lista. Os profissionais devem destacar qualquer um dos objetivos declarados do paciente para o futuro e as maneiras pelas quais o plano de tratamento recomendado é projetado para ajudar o paciente não apenas a sobreviver, mas também a prosperar.</p>
8. Family-based crisis intervention in the emergency department: a new model of care	2015, EUA,	Ginnis et al	1. A intervenção de crise baseada na família (ICBF) é uma intervenção utilizada para otimizar o atendimento a adolescentes

<p>Bases de dados: CINAHL WOS PsycInfo</p>	<p>Tipo de estudo: Ensaio teórico</p> <p>Objetivo: descrever o modelo da Intervenção de Crise Baseada na Família (ICBF) a partir de um caso atendido na emergência hospitalar.</p>	<p>suicidas e suas famílias na emergência hospitalar. A ICBF é uma intervenção realizada numa única sessão, destinada a reduzir o risco suicida em adolescentes, trabalhando com eles e seus familiares no momento da crise. A ICBF pode diminuir a necessidade de hospitalização através da estabilização na emergência. A ICBF usa uma abordagem colaborativa, incorporando elementos da abordagem cognitivo-comportamental e psicoeducação para reduzir os sintomas suicidas do adolescente e permitir a elaboração do plano de segurança com o paciente e sua família.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Os adolescentes ou familiares que apresentem déficits cognitivos significativos não devem ser elegíveis para esta intervenção. 3. Estabelecer com o paciente e família uma narrativa comum à crise. Ouvir paciente e familiares separadamente e após em conjunto. 4. Fornecer psicoeducação sobre o risco suicida. A família aprende que há uma interação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos, e que intervir com o pensamento negativo e comportamentos contraproducentes pode ter um impacto positivo no humor. 5. Identificar atividades que ajudam o adolescente a se sentir melhor, incluindo confiar em um parente próximo, exercitar-se, desenhar, participar de atividades de lazer e outras. 6. Ensinar para o paciente e família os passos da resolução de problemas: identificar um problema, gerar possíveis soluções, tentar uma das soluções, e, tentar outras caso a primeira solução não ajudar. 7. Desenvolver um plano de segurança. 8. Fazer chamadas telefônicas de acompanhamento pelo período de 1 mês após a visita na emergência. 9. Os profissionais de saúde da emergência devem ter ferramentas para fornecer o cuidado imediato durante uma crise suicida, mais do que simplesmente ficar movendo o paciente e sua família de um lugar a outro.
---	--	--

<p>9. Reducing suicide risk: challenges and opportunities in the emergency department</p> <p>Base de dado: PubMed (MedlinePubmed)</p>	<p>2016, EUA</p> <p>Tipo de estudo: ensaio teórico</p> <p>Objetivo: revisar as melhores práticas e estratégias para os profissionais identificarem e reduzirem o risco de suicídio no contexto da emergência hospitalar.</p>	<p>Betz et al</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A Emergência como local para fazer intervenções preventivas em relação ao suicídio. 2. Os profissionais da emergência precisam de diretrizes e recursos para apoiá-los na avaliação de risco e breves intervenções para pacientes suicidas. 3. Existem guidelines para auxiliar os profissionais da emergência no cuidado com pacientes suicidas, que abordam as intervenções iniciais, os 5 passos para o plano de alta e seguimento na rede. Como também plano de segurança, educação para os familiares, telefones de emergência. 4. Os 5 passos são: identificar os fatores de risco, identificar os fatores de proteção, realizar o inquérito da crise suicida, determinar o nível de risco e a intervenção, recomendações e orientações. 5. A intervenção do plano de segurança: o profissional trabalha com o paciente para desenvolver uma lista de estratégias de enfrentamento e recursos que poderá usar antes ou durante as crises suicidas. O plano é breve, escrito nas palavras do próprio paciente e fácil de ler. 6. Neste plano, o acesso a meios letais deve ser abordado com o paciente e seus familiares e reduzir este acesso.
<p>10. Emergency department youth patients with suicidal ideation or attempts: predicting suicide attempts through 18 m. of follow-up</p> <p>Bases de dados: CINAHL PsycInfo BVS Bireme (Medline)</p>	<p>2016, Los Angeles, EUA.</p> <p>Tipo de estudo: quantitativo, ensaio clínico randomizado</p> <p>Objetivo: avaliar uma intervenção em saúde mental realizada na emergência hospitalar e reforçada após 2, 7 e 12/18 meses em comparação com o cuidado usual.</p>	<p>Asarnow et al</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Os dados da pesquisa demonstraram a importância de avaliar e monitorar a automutilação independentemente da intenção suicida em adolescentes, pois esta se mostrou um importante preditor de tentativas de suicídio principalmente em meninas. 2. Já existem alguns tratamentos com evidências científicas de resultados na prevenção do suicídio. 3. Deve-se encaminhar tanto o adolescente suicida como aquele com automutilação não suicida para estes tratamentos.
<p>11. Bullying and suicide risk among pediatric emergency department patients.</p>	<p>2016, EUA</p>	<p>Stanley et al</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Os pacientes que relatam vitimização recente de bullying devem ser avaliados quanto ao risco de suicídio.

<p>Bases de dados: CINAHL WOS, Medline/PubMed BVS Bireme (Medline)</p>	<p>Tipo de estudo: quantitativo, prospectivo, transversal e multicêntrico.</p> <p>Objetivo: descrever a associação de vitimização recente de bullying com o risco de suicídio em pacientes pediátricos atendidos na emergência hospitalar.</p>		<p>2. Toda vez que uma criança/adolescente tria positivamente para o risco de suicídio, deve se perguntar sobre a vitimização do bullying.</p>
<p>12. Lethal means counseling for parents of youth seeking emergency care for suicidality</p> <p>Bases de dados: WOS SCOPUS Medline/PubMed BVS Bireme (Medline)</p>	<p>2016, Colorado, EUA</p> <p>Tipo de estudo: quantitativo, experimental</p> <p>Objetivo: a) educar os pais sobre riscos comuns de suicídio; b) orientar os pais a trancarem todos os medicamentos em uma caixa ou outro local seguro; c) incentivar os pais a guardar armas de fogo fora de casa ou trancá-las com segurança durante o período de crise de saúde mental.</p>	Runyan et al	<p>1. O atendimento de adolescentes por comportamentos suicidas ou ideação na emergência oferece uma oportunidade para aconselhar as famílias sobre a redução ao acesso a meios letais como medicamentos e armas de fogo.</p>
<p>13. Emergency department screening for suicide and mental health risk</p> <p>Bases de dados: CINAHL BVS Bireme (Medline)</p>	<p>2016, EUA</p> <p>Tipo de estudo: Ensaio teórico</p> <p>Objetivo: analisar o contexto em que as triagens na Emergência ocorrem, as ferramentas e estratégias</p>	Babeva et al	<p>1. A Intervenção Familiar para Prevenção do Suicídio (FISP - Family Intervention for Suicide Prevention), mostrou-se eficaz para aumentar o acesso aos cuidados necessários após atendimento na Emergência para ideação suicida e tentativa de suicídio.</p> <p>2. Especificamente, a capacidade do adolescente em responder a cinco tarefas consideradas indicadores de risco comportamental iminente: (1) compartilhar atributos positivos sobre si mesmo; (2)</p>

	disponíveis, e as abordagens com eficácia testadas.		<p>identificar três pessoas com as quais pode buscar apoio; (3) discriminar estados emocionais usando um termômetro emocional e identificar situações que provocam comportamento suicida; (4) fazer um plano de segurança com medidas concretas para estratégias de enfrentamento em situações que suscitam a crise suicida; e (5) comprometer-se a usar o plano de segurança em vez de comportamento suicida para um determinado período (pelo menos até a próxima consulta). Este trabalho realizado nesta sessão tem como objetivo fornecer uma breve intervenção que promova maior segurança, habilidades e motivação dos adolescentes para dar seguimento ao tratamento e trabalhar para melhorar sua situação de vida.</p> <p>3. Além disso, a intervenção inclui o envolvimento da família com o objetivo de aumentar o suporte familiar, enfatizando a importância de restringir o acesso a meios letais e a necessidade de monitoramento protetivo, capacitando os pais para apoiar os adolescentes em usar os seus planos de segurança, e obtendo o compromisso dos adolescentes e pais para se engajar no seguimento do tratamento após a alta na emergência.</p> <p>4. CALM (Counseling Access to Lethal Means) é uma intervenção para aconselhamento dos cuidadores para restrição de acesso a meios letais baseada em evidências. FISP e CALM estão listados nas Melhores Práticas do registro de SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) da US. Department of Health and Human Services.</p>
<p>14. Predictors and outcomes of psychiatric hospitalization in youth presenting to the emergency department with suicidality</p> <p>Bases de dados: CINAHL PsycInfo</p>	<p>2016, EUA.</p> <p>Tipo de estudo: Quantitativo, analítico.</p> <p>Objetivos: 1) identificar os preditores de hospitalização em adolescentes que necessitam de cuidados psiquiátricos com o objetivo de esclarecer as variáveis que os médicos usam</p>	Hughes et al	<p>1. Os preditores da hospitalização incluem plano de suicídio nos últimos 12 meses e relato dos pais sobre os problemas. A hospitalização foi associada à melhor integração com o tratamento ambulatorial e serviços mais intensivos.</p> <p>2. Pesquisas futuras são necessárias para entender a melhor prestação de serviços e tratamentos para esses jovens de alto risco.</p>

	<p>para esta decisão.</p> <p>2) Descrever os resultados da hospitalização versus alta domiciliar. Especificamente se a hospitalização está associada a maior probabilidade de seguimento ambulatorial por parte do paciente e familiares.</p>		
<p>15. Evaluation and management of children and adolescents with acute mental health or behavioral problems.</p> <p>Part I: common clinical challenges of patients with mental health and/or behavioral emergencies</p> <p>Bases de dados: Scopus Medline/Pubmed PsycInfo</p>	<p>2016, EUA</p> <p>Tipo de estudo: ensaio teórico</p> <p>Objetivo: analisar os tipos de gerenciamento de cuidados de saúde mental pediátricos na emergência, diretrizes de cuidados e estratégias para gerenciar emergências comuns de saúde mental pediátrica.</p>	<p>Chun, Mace & Katz, American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Pediatric Emergency Medicine Committee</p>	<p>1. Fatores de risco a serem avaliados na Emergência: tentativa(s) de suicídio anterior; humor (por exemplo: depressão, transtorno bipolar, alterações de humor, humor irritável, etc), impulsividade, distúrbios do comportamento disruptivo; abuso de substâncias; hospitalização psiquiátrica recente; história familiar de suicídio; violência interpessoal (por exemplo, abuso físico ou sexual, bullying, comportamento antissocial); ser morador de rua; autoidentificação como lésbica, gay, bissexual ou transgênero; desesperança; história de agressividade ou comportamento impulsivo; crenças religiosas; perda recente ou estresse do paciente ou família; doença física; acesso a métodos letais; isolamento social; e barreiras ou falta de vontade para procurar cuidados de saúde mental.</p> <p>2. Ideação suicida e tentativas são muitas vezes precipitados por estressores psicossociais, por isto deve-se perguntar sobre a situação psicossocial atual, entrevistando tanto o paciente como seus cuidadores (por ex.: familiares, escola ou profissionais de saúde mental).</p> <p>3) A gestão de pacientes com ideação suicida e tentativas na emergência inclui uma avaliação do estado de saúde mental. Crianças e adolescentes frequentemente julgam mal a letalidade de suas ações. Um equívoco é igualar a letalidade de uma tentativa de suicídio com a intenção de suicídio. Um paciente cuja tentativa de suicídio teve baixa letalidade pode, de fato, encobrir um desejo significativo de</p>

			<p>prejudicar a si mesmo ou morrer.</p> <p>4) A avaliação de pacientes com ideação suicida ou tentativa inclui avaliação de sinais de automutilação (os quais podem estar escondidos sob o vestuário) ou uso abusivo de drogas oculto, bem como perguntas sobre intenção suicida, planos de suicídio.</p> <p>5) A decisão para “internar X acompanhamento ambulatorial” depende de muitos fatores, incluindo uma avaliação cuidadosa do risco de suicídio, e deve incluir consulta com um profissional de saúde mental.</p> <p>A opção pelo acompanhamento ambulatorial pode ser considerada para pacientes de baixo risco (aqueles com supervisão adequada e acompanhamento em saúde mental, com um plano de segurança; por exemplo, o paciente que consegue identificar sinais ou gatilhos para recorrente ideação suicida e usar estratégias de enfrentamento apropriadas como atividades saudáveis e apoio social, e restrições de acesso a meios letais, isto é, limitar o acesso aos meios de automutilação.</p>
<p>16. Coping with suicidal urges among youth seen in a psychiatric emergency department</p> <p>Bases de dados: Scopus PsycInfo BVS Bireme (Medline)</p>	<p>2016, EUA.</p> <p>Tipo de estudo: quantitativo, descritivo</p> <p>Objetivo: 1) descrever a autoeficácia ou confiança percebida pelos jovens para se envolver em 10 diferentes estratégias de enfrentamento que correspondem a importantes componentes dos planos de segurança desenvolvidos com o paciente pelo profissional de saúde antes da alta hospitalar; 2) verificar se essas crenças de autoeficácia variam de acordo</p>	<p>Czyz et al</p>	<p>1. A confiança dos adolescentes em se engajar em estratégias de enfrentamento nas crises suicidas foi de baixa a moderada. Isto é preocupante porque estas estratégias são comumente incluídas como parte das recomendações de alta ou no plano de segurança.</p> <p>2. Indagar ao adolescente sobre a autoeficácia ou confiança em se engajar nas estratégias de enfrentamento no manejo das crises suicidas é importante para elucidar problemas em iniciar ou sustentar estas estratégias, sendo necessário mais ajustes no plano de segurança, incluindo a exploração de quais suportes podem ser úteis nas recomendações de alta, como a necessidade de um maior nível de cuidado.</p>

	com características demográficas e clínicas, 3) verificar a associação entre essa percepção de autoeficácia e as tentativas de suicídio no período crítico de risco (3 a 5 meses) após uma visita à emergência.		
17. The emergency department challenges and opportunities for suicide prevention Bases de dados: WOS SCOPUS BVS Bireme (Medline)	2017, UCLA, Los Angeles, EUA Tipo de estudo: ensaio teórico Objetivo: descrever como a emergência pode ser um local de prevenção do suicídio, examinar modelos de atuação para os serviços de emergência, incluindo triagens e intervenções breves.	Asarnow et al	1. Serviços de emergência podem oferecer cuidados de prevenção do suicídio que efetivamente salvam vidas. 2. Intervenções terapêuticas breves iniciadas na Emergência para adolescentes que apresentam risco de suicídio/automutilação podem melhorar a continuidade dos cuidados e a adesão ao acompanhamento ambulatorial. 3. Dentre estas intervenções, desenvolver um “plano de segurança” com o paciente e seus familiares com passos concretos para um enfrentamento seguro. 4. É fundamental obter informações dos pais ou cuidadores sobre a probabilidade de suicídio e outros fatores de risco e de proteção, visto que os adolescentes podem negar e/ou minimizar os sintomas por medo de que a notificação de risco suicida e lesões autoprovocadas possam levar à hospitalização. 5. Fortalecer a motivação do adolescente e sua família para buscar o tratamento é importante. 6. Propõe um modelo do processo de cuidado aos adolescentes em crise suicida atendidos na emergência baseados em evidências científicas atuais.
18. Who are likely to attempt suicide again? A comparative study between the first and multiple timers. Bases de dados: CINAHL WOS Medline/PubMed	2017, China Tipo de estudo: pesquisa quantitativa de corte transversal Objetivo: identificar na emergência hospitalar as principais características que	Liu et al	Aqueles que são mais propensos a tentar novamente o suicídio são os que apresentam algum tipo de transtorno mental, história familiar de suicídio, maior nível de desesperança e menor nível de apoio social. Intervenções sociais e clínicas devem se concentrar também nesse subgrupo de pacientes com essas características para reduzir efetivamente a taxa de mortalidade por suicídio.

BVS Bireme (Medline)	diferenciam pessoas (de 14 anos a 53 anos) que tentam várias vezes suicídio dos que tentam pela primeira vez na China rural.		
19. Relationship between bullying and suicidal behaviour in youth presenting to the emergency department. Bases de dados: CINAHL WOS Medline/PubMed PsycInfo	2017, Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá Tipo de estudo: quantitativo, retrospectivo, analítico. Objetivo: examina a relação entre ideação suicida e bullying em serviços de emergência a partir de prontuários médicos de pacientes com menos de 18 anos	Alavi et al	A prevalência de bullying em adolescentes que se apresentam na emergência é alta. A relação encontrada entre a ideação suicida e o bullying demonstra que os profissionais devem questionar o bullying como fator de risco para a ideação suicida durante a avaliação de crianças e adolescentes.
20. Assessment and management of self-harm in emergency departments in Ireland: the National Clinical Programme Base de dado: CINAHL	2017, 17th International Conference on Integrated Care, Irlanda Tipo de estudo: ensaio teórico/resumo da conferência Objetivo: descrever o National Clinical Care Programme (NCP) para avaliação e gerenciamento de pacientes que se apresentam na Emergência após lesão autoprovocada.	Wrigley, M et al	1. O Programa Nacional de Cuidados Clínicos exige que todos os pacientes que se apresentem na emergência hospitalar com automutilação (incluindo ideação suicida e intenção) devem receber triagem padronizada, avaliação biopsicossocial em saúde mental e acompanhamento por clínicos qualificados antes de terem alta hospitalar. A família/cuidadores devem ser incluídos no processo de avaliação e acompanhamento. 2. A qualidade do programa é monitorada por meio de um conjunto de parâmetros. 3. Este Programa foi implantado nas emergências pela enfermagem especializada em saúde mental. O papel da enfermagem também incluiu o treinamento in loco para toda a equipe da emergência visando o aprimoramento do atendimento integrado.
21. Evaluation and management of psychiatric emergencies in children	2018, EUA Tipo de Estudo: ensaio	Margret & Hilt	1. As diretrizes de atendimento ao suicida devem incluir a) avaliação dos níveis de risco; b) triagem clínica para internação versus serviços ambulatoriais; c) encaminhamento para

<p>Bases de dados: WOS SCOPUS</p>	<p>teórico</p> <p>Objetivo: descrever diretrizes e práticas baseadas em evidências para gerenciar emergências de saúde mental pediátricas comuns no pronto-socorro, bem como descrever algumas estratégias para melhorar o atendimento de crianças nos serviços de emergência hospitalar.</p>		<p>atendimento; d) promoção de habilidades de resolução de problemas e recursos de resiliência e apoio; e) elaboração de um plano de segurança que destaque sinais de desencadeamento, sintomas e habilidades de enfrentamento com informações de contato de profissionais, de apoios e de pais/cuidadores, bem como, restrição de acesso a meios letais; f) psicoeducação para sensibilizar sobre os estressores e a importância dos tratamentos disponíveis para modificar os riscos de suicídio.</p> <p>2. As diretrizes de atendimento ao paciente suicida dentro da emergência podem incluir instrumentos de triagem para avaliação de risco. Evidências atuais indicam HEADS-ED e ASQ (Ask Suicide Questionnaire) como ferramentas validadas na avaliação para internar ou dar alta.</p> <p>3. O exame físico tanto para o suicídio quanto para a agressão é essencial para descartar causas médicas, procurar por locais de lesão e toxicidade sistêmica relacionada à ingestão e procurar sinais de condições orgânicas que possam perpetuar as condições psiquiátricas.</p> <p>4. A avaliação deve: a) ser realizada num ambiente que garanta o sigilo e privacidade do adolescente; b) levantar suas ideias suicidas, planos, tentativas passadas e intenção de morrer; c) investigar as ambivalências em torno da sobrevivência, julgamento em torno da tentativa e compreensão da potencial letalidade; d) avaliar o acesso a meios letais (como armas de fogo); e) verificar os estressores que provocam isolamento social (conflitos entre pares e familiares, acadêmicos); f) ter avaliação psiquiátrica para diagnósticos subjacentes de saúde mental, como depressão, ansiedade, uso de substâncias, agressão, trauma e psicose; g) entrevistar membros da família ou outras pessoas que possam fornecer informações; h) monitorar constantemente a segurança do paciente até que o plano de cuidados para internação hospitalar ou alta para atendimento ambulatorial tenha sido determinado.</p>
22. Suicide evaluation in the pediatric	2018, Boston, EUA	Ambrose &	1. A emergência pode servir como uma oportunidade importante

<p>emergency setting</p> <p>Bases de dados: SCOPUS WOS</p>	<p>Tipo de estudo: ensaio teórico</p> <p>Objetivo: descrever recomendações de avaliação e manejo do comportamento suicida na população pediátrica atendida na emergência.</p>	<p>Prager</p>	<p>para o rastreamento de suicídio e subsequentes intervenções direcionadas e gerenciamento de recursos.</p> <p>2. Apesar de não haver recomendações consistentes para o rastreamento universal de risco de suicídio em adolescentes atendidos na emergência, há um grande número de instrumentos de rastreio destinados a ajudar os pediatras e outros profissionais de saúde a fazerem perguntas sobre o risco de suicídio. No cenário da emergência, algumas ferramentas, como Ask Suicide Screening Questions and the Risk of Suicide Questionnaire foram validadas para a emergência de hospitais infantis.</p> <p>3. A avaliação do risco de suicídio é uma tarefa imprecisa. Geralmente, os profissionais procuram fatores de risco e fatores de proteção e os pesam na determinação da probabilidade de conclusão do suicídio. No entanto, prever comportamentos suicidas, independentemente das habilidades do avaliador, pode ser imensamente difícil.</p> <p>4. Como fatores de risco citam-se ideação suicida, tentativas suicidas prévias, estressores agudos e crônicos, acesso a meios letais, gênero, genética do suicídio (por ex. histórico familiar), história psiquiátrica/hospitalização recente, abuso de substâncias, violência interpessoal (por ex. vítima de violência física/ abuso sexual, intimidação), violência intrapessoal /automutilação com intenção não suicida, doença física, relações sociais conflituosas, populações especiais (ex. LGBTQ)</p> <p>5. Mais pesquisas são necessárias no contexto da emergência para triagem e intervenções baseadas em evidências na população pediátrica.</p>
<p>23. Treatment narratives of suicidal latina teens</p> <p>Bases de dados: Medline/PubMed PsycInfo</p>	<p>2018, EUA</p> <p>Tipo de estudo: estudo qualitativo, transversal</p> <p>Objetivo: analisar uma</p>	<p>Hausmann-Stabile,, Gulbas & Zayas</p>	<p>1. Experiências positivas na internação em Psiquiatria - As adolescentes latinas descreveram estratégias que consideraram úteis durante a internação: (1) os profissionais abordaram comportamentos suicidas dentro do contexto das experiências cotidianas das adolescentes; e (2) os médicos reduziram o estigma de saúde mental associado a pensamentos e</p>

	<p>amostra de 68 adolescentes que, durante suas entrevistas em profundidade, compartilharam suas experiências com serviços de saúde mental na emergência hospitalar e internação.</p>		<p>comportamentos suicidas.</p> <p>2. Experiências negativas na Emergência - O foco do tratamento ficou limitado à estabilização médica, isto colidiu com a expectativa das adolescentes suicidas em receber ajuda para gerenciar suas emoções e conflitos familiares. As adolescentes não se sentiram incluídas no processo terapêutico e experimentaram um sentimento de alienação em relação àqueles que as ajudaram.</p> <p>3. As estratégias clínicas que fomentaram o diálogo entre as adolescentes e os profissionais de saúde melhoraram os sentimentos destas em estar conectadas, melhorando sua sensação de solidão e isolamento.</p> <p>4. Sugestões para a sala de emergência: Os profissionais poderiam oferecer aos pacientes oportunidades para falar sobre seus sentimentos e envolver os pacientes nas decisões de tratamento após a alta. Sugestões para internação em psiquiatria: promover maior comunicação entre os profissionais e as famílias; realizar psicoeducação, reduzindo o estigma da saúde mental; ter mais autonomia nas decisões sobre prescrição de medicamentos.</p>
<p>24. Piloting of COPES: an empirically informed psychosocial intervention on an adolescent psychiatric inpatient unit</p> <p>Base de dado: WOS</p>	<p>EUA, 2018</p> <p>Tipo de estudo: Quantitativo, experimental</p> <p>Objetivo: Avaliar a viabilidade e eficácia de uma intervenção psicossocial de adolescentes (COPES) e se a implementação destas intervenções reduzem a utilização de serviços de saúde mental durante um período de 12 meses. O protocolo COPES foi baseado no manual pra tratamento ambulatorial de</p>	Wolff et al	<p>1. O presente estudo mostrou que a implementação do protocolo COPES (estratégias de coping, resolução de problemas, melhorar a vida e plano de segurança) em ambiente hospitalar reduziu o risco de subsequente hospitalização e uso de serviços de saúde mental de emergência, apesar dos desafios da hospitalização breve, diagnósticos múltiplos ou psicopatologia grave.</p>

	adolescentes (Donaldson et al. 2005; Esposito-Smythers et al. 2011; Spirito et al. 2015) adaptado para uso em ambiente hospitalar.		
25. Development of new quality measures for hospital based care of suicidal youth Base de dados: CINAHL	2018, EUA. Tipo de estudo: Quantitativo, descritivo. Objetivo: Desenvolver, validar e testar a viabilidade de implementação de 4 novas medidas de qualidade que avaliam a emergência e a internação para adolescentes suicidas. .	Parast et al	1. Quatro medidas de qualidade foram desenvolvidas para avaliar cuidados hospitalares na emergência e internação para adolescentes suicidas. Essas medidas focadas sobre o aconselhamento de cuidadores sobre a restrição de acesso a meios letais e benefícios e riscos de antidepressivos foram operacionalizados em dois inquéritos: avaliação da emergência e da internação Essas novas medidas de qualidade avaliam aspectos-chave dos cuidados para adolescentes suicidas e podem facilitar a avaliação da qualidade do atendimento. 2. Cuidadores de crianças/adolescentes que foram avaliados na emergência e/ou na internação por tentativa de suicídio devem ser aconselhados sobre como restringir o acesso de seus filhos a meios potencialmente letais de suicídio (por exemplo, armas de fogo, medicamentos, carro) antes da alta hospitalar na emergência. 3. Cuidadores de crianças /adolescentes que foram avaliados na emergência e/ou na internação por tentativa de suicídio e que foram iniciados em um novo antidepressivo ou teve uma mudança na dose de antidepressivos devem ser informados sobre os potenciais benefícios e riscos da medicação, incluindo o potencial aumento do risco de ideação suicida.
26. Health professionals facing suicidal patients: what are their clinical practices? Base de dados: SCOPUS	2018, Portugal Tipo de estudo: Quantitativo, descritivo, transversal. Objetivos: 1) descrever as práticas mais	Roths & Henriques	1. Em geral, as práticas dos profissionais de saúde são baseadas em evidências e uma grande porcentagem de profissionais pode se beneficiar de treinamento. 2. Em relação aos itens avaliados, as autoras consideram que as evidências clínicas indicam que: a) Uma avaliação abrangente do risco suicida deve verificar a existência de um desejo de morte, a existência de um plano de suicídio, a disponibilidade

	<p>passíveis de serem adotadas pelos profissionais diante de um paciente suicida;</p> <p>2) analisar as diferenças de acordo com as características profissionais (grupo, treinamento específico em suicídio e experiência com pacientes suicidas).</p>		<p>de meios letais, que devem ser explicitamente discutidos com o paciente; avaliar depressão e outros fatores de risco como tentativas prévias de suicídio, desesperança, uso de álcool e drogas, circunstâncias e gatilhos.</p> <p>3. Algumas intervenções clínicas para comportamentos suicidas têm evidências para reduzir o suicídio e/ou a repetição de comportamentos suicidas, tais como a restrição de acesso a meios letais; promoção de conexão; tratamento da depressão (com abordagem psicológica e farmacológica); intervenções de base familiar principalmente em relação à tendência suicida do adolescente (o envolvimento da família deve ser promovido pelos profissionais de saúde); seguimento do cuidado (os profissionais de saúde devem promover uma cadeia de cuidado prestada por uma equipe multidisciplinar, permitindo a integração de terapia farmacológica e psicológica); formulação de um plano de segurança (é aconselhável e recomendado, estabelecendo medidas de segurança em caso de aumento dos níveis de risco). Isso deve ser feito dentro de um trabalho colaborativo entre paciente e profissional de saúde.</p> <p>Em relação à abordagem psicológica, as autoras indicam que a TCC é reconhecida como um método baseado em evidências na intervenção suicida.</p>
<p>27. Assessment and management of suicide risk in children and adolescents</p> <p>Base de dados: SCOPUS</p>	<p>2018, EUA</p> <p>Tipo de Estudo: ensaio teórico.</p> <p>Objetivo: apresentar recomendações concretas e fáceis de implementar para avaliar e manejar comportamentos suicidas em adolescentes, em vários contextos, podendo ser adaptadas para o contexto da</p>	<p>Pettit, Buitron & Green</p>	<p>1. Iniciar com acolhimento e permissão do adolescente para abordar pensamentos e comportamentos suicidas. Importante que o jovem sinta que o profissional de saúde está genuinamente preocupado com o seu bem-estar, apoiando a sua autonomia, e disposto a participar de forma aberta e empática sobre esses temas. Se o paciente não concede permissão para falar sobre o assunto, o profissional de saúde deve explorar as preocupações sobre a discussão do tópico (por exemplo, preocupações que levará à hospitalização) e, em seguida, voltar para o tema principal.</p> <p>2. A avaliação do risco de suicídio não é opcional. Se um adolescente continua a recusar-se a responder perguntas sobre pensamentos e comportamentos suicidas, o profissional deve</p>

	<p>emergência hospitalar e internação.</p>	<p>transmitir que a avaliação de risco é a sua conduta ética e responsabilidade profissional, e que ele pode ter que tomar medidas para garantir a segurança do paciente se ele não puder avaliar o risco, incluindo hospitalização.</p> <p>3. O profissional de saúde deve discutir sobre limites de confidencialidade antes de perguntar sobre pensamentos suicidas e comportamentos.</p> <p>4. Os profissionais de saúde devem obter informações relevantes para o risco de suicídio de tantas fontes quanto possível, no mínimo do jovem e seus principais cuidadores.</p> <p>5. Conversar individualmente com paciente e cuidadores.</p> <p>6. Os autores elaboraram um fluxograma para definição do grau do risco suicida, enfatizando que, ao determinar o risco, é essencial reconhecer a distinção entre o status de risco (risco crônico) e estado de risco (risco agudo). A definição do estado de risco deve levar em conta o nível de risco crônico do jovem. O status de risco ou nível de risco crônico é determinado pelo histórico de comportamentos autolesivos suicidas e não-suicidas do paciente.</p> <p>7. Ao perguntar sobre pensamentos e comportamentos suicidas com o adolescente é melhor usar perguntas abertas e evitar o uso da palavra "suicídio" porque os jovens podem diferir na compreensão do termo.</p> <p>8. Os profissionais de saúde devem buscar respostas afirmativas para perguntas sobre automutilação anteriores ou tentativas de suicídio para obter detalhes sobre a natureza e a frequência desses comportamentos. Em vez de perguntar "Você já tentou se matar?", perguntar "Quantas vezes vc já tentou se matar?". "Na última semana, quantas vezes você pensou em morrer ou se matar?" "Quando foi a última vez que você pensou em se matar"?</p> <p>9. Na presença de múltiplos outros fatores de risco, como eventos de vida negativos recentes (por exemplo: conflitos familiares, problemas no relacionamento amoroso, problemas</p>
--	--	---

		<p>legais e/ou disciplinares), problemas de uso de substâncias, distúrbios do sono (especialmente insônia), comportamentos agressivos, história familiar de suicídio ou história de abuso, uma definição de maior risco pode ser apropriada.</p> <p>10. A impulsividade é um fator de risco para comportamentos suicidas, mas não está consistentemente associado à impulsividade de uma tentativa de suicídio e não pode distinguir pessoas que pensam sobre suicídio de pessoas que tentam suicídio. Crises suicidas podem escalar rapidamente nos jovens e as tentativas podem ocorrer com um mínimo de planejamento. A capacidade para avaliar e prever a probabilidade de tal escalada rápida é frágil, fato que ressalta a importância de se fazer um plano apropriado e medidas de prevenção com os jovens em todos os níveis de risco.</p> <p>11. Depois de avaliar e definir o risco de suicídio, é importante desenvolver um plano de intervenção e gerenciamento correspondente para diminuir o risco. O plano de segurança é uma abordagem útil que os profissionais podem incorporar dentro dos planos de tratamento.</p> <p>12. O plano de segurança é diferente do “contrato de não-suicídio” ou “contrato de segurança”, que se resume em solicitar que o paciente concorde em não se matar; tais abordagens são insuficientes e ineficazes para a gestão do risco de suicídio. Por outro lado, o plano de segurança fornece ao paciente estratégias de como prevenir e administrar crises suicidas. Embora existam várias abordagens de plano de segurança, os autores focam especificamente na Intervenção do Plano de Segurança (IPS) desenvolvido por Stanley e Brown (2008, 2012).</p> <p>13. Em um estudo comparando pacientes suicidas atendidos na emergência onde o IPS foi usado com pacientes onde o IPS não foi utilizado, os dados indicam que os pacientes que receberam o IPS tiveram menos comportamentos suicidas ao longo dos 6 meses seguintes.</p> <p>14. Os autores descrevem a execução de um plano de segurança para crianças, adolescentes e seus cuidadores, composto de 6</p>
--	--	---

			etapas. As etapas de 1 a 5 podem ser feitas primeiro com o adolescente e a etapa 6 incluindo os pais, ou todas as etapas podem ser feitas com o paciente e seus cuidadores. Os autores mostram um exemplo da elaboração de um plano de segurança realizado com uma paciente de 15 anos e após socializado com sua mãe.
--	--	--	--

Fonte: Elaborada pela autora (2019)

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão do comportamento suicida de adolescentes: diretrizes para construção de protocolo no contexto da urgência e emergência hospitalar

Pesquisador: Ivânia Jann Luna

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09322519.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.254.858

Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado de Simone Scheibe, orientada pela Profª Drª Ivânia Jann Luna, Mestrado Profissional em Saúde mental. Esta pesquisa pretende, através de revisão integrativa da literatura, construir e validar diretrizes para a elaboração de um roteiro de atendimento psicológico para este público no contexto da urgência e emergência hospitalar pediátrica (unidade de emergência e internação), bem como propor um fluxograma multiprofissional. O roteiro de atendimento psicológico e o fluxograma multiprofissional serão submetidos à avaliação por pares. Para alcançar os objetivos deste estudo, serão realizadas 5 (cinco) etapas: 1) Revisão integrativa da literatura, 2) Análise de conteúdo; 3) Construção das diretrizes para o roteiro de atendimento psicológico e para o fluxograma multiprofissional; 4) Avaliação por pares através de questionário com escala tipo likert; 5) Análise quantitativa das respostas ao questionário.

Objetivo da Pesquisa:

Construir diretrizes para a elaboração de um protocolo de gestão do comportamento suicida para o Serviço de Psicologia e Equipe Multiprofissional atuarem com adolescentes no contexto da urgência e emergência hospitalar pediátrica.

- Específicos

a) Realizar revisão integrativa da literatura sobre avaliação e manejo do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar pediátrica.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.254.658

- b) Construir diretrizes para um roteiro de atendimento psicológico com adolescentes atendidos na unidade de emergência e internação hospitalar por comportamento suicida, a partir da revisão de literatura.
- c) Construir diretrizes para um fluxograma multiprofissional na gestão do comportamento suicida de adolescentes atendidos na unidade de emergência e internação hospitalar, a partir da revisão de literatura.
- d) Submeter as diretrizes do roteiro de atendimento psicológico e do fluxograma multiprofissional à validação de conteúdo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Há previsão de riscos mínimos aos participantes, tais como o cansaço ao responder um questionário. Não há previsão de benefícios diretos aos participantes, nem benefícios financeiros. Contudo, ao participar da pesquisa, o participante estará contribuindo para a elaboração de diretrizes importantes sobre o tema do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentação clara dos procedimentos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto assinada pelo coordenador do mestrado profissional em saúde mental;
- TCLE está bem apresentado.
- Foi apresentada carta resposta informando sobre revisão de pendência antes apontada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pendência apontada em revisão anterior foi devidamente atendida, com revisão no TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1211534.pdf	28/03/2019 19:26:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MPSM.docx	28/03/2019 19:25:02	SIMONE SCHEIBE	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.254.658

Outros	Carta_resposta.pdf	28/03/2019 19:17:35	SIMONE SCHEIBE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Modificado.docx	28/03/2019 19:02:43	SIMONE SCHEIBE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	11/03/2019 20:06:27	SIMONE SCHEIBE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

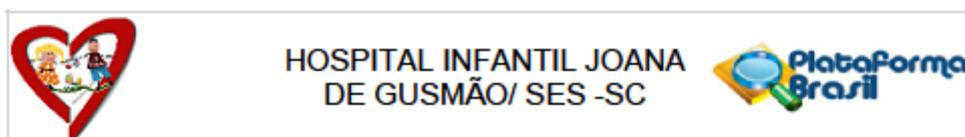
Não

FLORIANOPOLIS, 09 de Abril de 2019.

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP/HIJG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão do comportamento suicida de adolescentes: diretrizes para construção de protocolo no contexto da urgência e emergência hospitalar

Pesquisador: Ivânia Jann Luna

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09322519.7.3001.5381

Instituição Proponente: Hospital Infantil Joana de Gusmão/ SES - SC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.597.626

Apresentação do Projeto:

As informações usadas na elaboração desse parecer foram extraídas dos seguintes documentos: Carta_Resposta_Pendencia_HIJG.pdf CRONOGRAMA_Modificado.docx

O comportamento suicida é classificado a partir de um continuum que pode variar desde a ideação suicida até o planejamento do suicídio, tentativa de suicídio e, no pior dos casos, o suicídio propriamente dito (OMS, 2009, 2012; WHO 2014). O suicídio é caracterizado como um problema de saúde pública em âmbito mundial pelas proporções epidemiológicas que alcança: em torno de 800 mil pessoas no mundo tiram a própria vida por ano, colocando o suicídio entre as dez principais causas de morte no mundo, como também a terceira maior causa de morte entre adolescentes de 10 a 19 anos (WHO, 2014; 2016). Neste contexto, alguns estudos da OMS (2014) indicam que 83% dos países estão conseguindo diminuir os índices de suicídio com implantação de programas de prevenção, mas em 17% dos países o suicídio ainda continua a crescer, dentre estes, o Brasil. Um outro estudo (SILVA, CARDOSO e ALMEIDA, 2018) analisou os dados da OMS sobre o suicídio de acordo com a classificação geoeconômica dos países, através do paralelo entre suicídio e o índice de desenvolvimento humano (IDH) e como resultado constatou o aumento das taxas de suicídio entre países emergentes e não desenvolvidos. O Brasil aparece em oitavo lugar no cenário mundial em termos de números absolutos de suicídio, no entanto, o índice brasileiro em termos de coeficiente

Endereço: Rul Barbosa, nº 152
 Bairro: Agronômica CEP: 88.025-301
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3251-9092 Fax: (48)3251-9092 E-mail: cephi@g@saude.sc.gov.br



HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 3.597.626

de mortalidade por suicídio (número de mortes por suicídio a cada 100 mil hab. ao longo de 1 ano) pode ser considerado baixo em comparação com outros países (BOTEGA, 2014; WHO, 2014). O aspecto preocupante é que as taxas de suicídio no Brasil apresentam uma tendência de crescimento progressivo em todas as faixas etárias (OMS, 2014; WASELFISZ, 2014). O Mapa da Violência (WASELFISZ, 2014) demonstra que na faixa etária de 10 a 14 anos houve o maior crescimento (40%) se comparado com as outras faixas etárias. No Brasil, 32 pessoas morrem por suicídio a cada dia conforme dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. O impacto vai além destes números, pois a OMS estima que a cada morte por suicídio cerca de 6 a 10 pessoas são afetadas diretamente, sofrendo consequências

psicológicas, sociais e econômicas. Outros estudos chegam a estimar que 60 pessoas sejam atingidas, considerando os familiares, amigos e colegas de escola e/ou trabalho (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). E este impacto é ainda mais trágico quando quem comete o suicídio ou sua tentativa é um adolescente, que ainda se encontra em etapa inicial do ciclo vital e rompe com todas as expectativas de vida esperada para o mesmo nesse período. Rigo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013) alerta para o fato de que metade das pessoas que se suicida realizou uma tentativa anterior, fazendo da tentativa de suicídio um importante fator de risco para o autoextermínio. A OMS apresenta indicativos de que para cada morte por suicídio existem mais de

20 tentativas (WHO, 2014). A avaliação do risco suicida e o seu manejo se torna uma ação essencial dos serviços de saúde na prevenção do suicídio. Em relação aos serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), espera-se que estes profissionais, em

todos os pontos desta rede, estejam capacitados para atuar frente ao espectro do comportamento suicida ofertando uma atenção resolutiva e preventiva.

Este estudo pretende sistematizar e analisar as informações científicas encontradas na literatura dos últimos cinco anos sobre a temática da gestão do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar e, com isto, propor e validar diretrizes para o atendimento realizado neste ponto de atenção. Pimenta (2015) argumenta que o uso de guias ou protocolos no trabalho das equipes e profissionais de saúde aprimora a assistência, favorece o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimiza a variabilidade das informações e condutas entre os

Endereço: Rui Barbosa, nº 152

Bairro: Agrônômica

CEP: 88.025-301

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br



HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 3.597.626

membros da equipe de saúde e estabelece limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Trata-se de uma pesquisa com abordagem predominantemente qualitativa, com uma etapa quantitativa, de natureza exploratória-descritiva, no qual farão parte do estudo profissionais que atendem adolescentes com comportamento suicida na emergência e internação, entre médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Estima-se a participação de 25 profissionais.

Objetivo da Pesquisa:

Construir diretrizes para a elaboração de um protocolo de gestão do comportamento suicida para o Serviço de Psicologia e Equipe Multiprofissional atuarem com adolescentes no contexto da urgência e emergência hospitalar pediátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Análise crítica de riscos e benefícios: Por se tratar de respostas a um questionário com escala tipo Likert sobre aspectos teóricos e não pessoais abrangendo a avaliação e o manejo do comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da emergência e internação hospitalar, estão previstos riscos mínimos, tais como o cansaço ao responder um questionário. Entretanto, será esclarecido ao participante no TCLE que caso o mesmo se sinta desconfortável, poderá desistir a qualquer momento, sem prejuízo algum. Para minimizar os riscos, a pesquisadora compromete-se em manter os preceitos do sigilo e a confidencialidade da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, não identificando os participantes da pesquisa. Caso o participante sinta qualquer desconforto em relação ao tema do estudo durante ou após a realização do questionário, a pesquisadora está apta a realizar o atendimento do participante, ofertando apoio e conduzindo a situação.

Em relação aos benefícios, não estão previstos benefícios diretos para o participante, contudo, ao responder o questionário, o mesmo estará contribuindo para a elaboração de diretrizes importantes sobre o tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante do ponto de vista social pelo conhecimento a ser gerado. O pesquisador apresentou informações que o credencia tecnicamente a executar o protocolo de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo!

Endereço: Rui Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

CEP: 88.025-301

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br



HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 3.597.626

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas às pendências elencadas em Parecer Consubstanciado deste CEP n. 3.576.893, datado em 16/09/2019, ATENDIDAS!

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, XI.2, item d, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

Assim sendo, o(a) pesquisador(a) deve enviar relatórios parciais semestrais da pesquisa ao CEP (a partir de 03/2020) e relatório final quando do seu encerramento.

Um modelo deste relatório está disponibilizado no site <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/cep/deveresdopesquisador.htm>

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1419611.pdf	18/09/2019 09:08:56		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencia_HIJG.pdf	18/09/2019 09:05:50	SIMONE SCHEIBE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_Modificado.docx	18/09/2019 09:04:54	SIMONE SCHEIBE	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.docx	26/07/2019 22:45:41	SIMONE SCHEIBE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Atualizado_CEP_HIJG.docx	26/07/2019 21:54:43	SIMONE SCHEIBE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Atualizado_HIJG.docx	26/07/2019 20:13:07	SIMONE SCHEIBE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rui Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

CEP: 88.025-301

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br



HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 3.597.626

FLORIANOPOLIS, 25 de Setembro de 2019

Assinado por:
Vanessa Borges Platt
(Coordenador(a))

Endereço: Rui Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

UF: SC

Telefone: (48)3251-9092

Município: FLORIANOPOLIS

CEP: 88.025-301

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br