

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Laís Steffens Brondani

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES COM
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “RISCO DE SUICÍDIO” EM UMA
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE UM HOSPITAL GERAL**

Porto Alegre

2019

Laís Steffens Brondani

Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio” em uma internação psiquiátrica de um hospital geral

Orientador: Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Coorientadora: Ms. Michele Casser Csordas

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Brondani, Laís Steffens

Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com diagnóstico de enfermagem "risco de suicídio" em uma internação psiquiátrica de um hospital geral / Laís Steffens Brondani. -- 2021.

44 f.

Orientador: Leandro Barbosa de Pinho.

Coorientadora: Michele Casser Csordas.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde - Programa de Saúde Mental, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. suicídio. 2. enfermagem psiquiátrica. 3. psiquiatria. I. de Pinho, Leandro Barbosa, orient. II. Csordas, Michele Casser, coorient. III. Título.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de atenção psicossocial

CID – Classificação internacional de doenças

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

JCI - Joint Commission International

MINI - Mini International Neuropsychiatric Interview

POP - Procedimento operacional padrão

Qualis - Programa de Gestão da Qualidade e da Informação em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TS - Tentativa de suicídio

UIP - Unidade de internação psiquiátrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	9
2.1 Epidemiologia.....	9
2.2 Fatores de risco.....	9
2.3 Diferenças relativas ao gênero.....	10
2.4 Métodos empregados nos comportamentos suicidas.....	11
2.5 Assistência da equipe multiprofissional ao paciente com risco de suicídio.....	12
2.6 Enfermagem e cuidados ao paciente com risco de suicídio.....	13
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo geral.....	15
4 MÉTODOS.....	16
4.1 Caracterização do estudo.....	16
4.2 Local do estudo.....	16
4.3 Participantes do estudo.....	16
4.4 Coleta de dados.....	17
4.5 Análise dos dados.....	17
4.6 Aspectos éticos.....	17
5 RESULTADOS.....	18
6 CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS.....	29
APÊNDICE A – Termo de compromisso para utilização de dados.....	33
APÊNDICE B - Termo de compromisso para utilização de dados institucionais.....	34
ANEXO A - Escala MINI.....	35
ANEXO B - Instrumento de coleta de dados.....	36
ANEXO C – Normas editoriais da Revista Eletrônica de Enfermagem.....	37

1 INTRODUÇÃO

O suicídio e sua prevenção têm sido mais discutidos mundialmente nos últimos anos, uma vez que diversos setores da sociedade têm tido um olhar mais atento para essas questões. Os dados epidemiológicos sobre esse fenômeno são mais divulgados, a população tem buscado mais conhecimento sobre essa questão e, principalmente, as organizações da saúde têm demonstrado maior preocupação frente a esse contexto. A campanha “Setembro Amarelo” tem ganhado maior visibilidade e é um instrumento de conscientização da população sobre a importância do suicídio e de estar atento aos sinais de alerta que os indivíduos podem apresentar, assim como informa sobre as condutas que devem ser tomadas para buscar ajuda.

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde publicaram diversos documentos sobre a temática, como a “Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020”, o manual “Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária” e o manual “Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia”, sejam eles destinados à população geral, aos profissionais que atuam na mídia e também àqueles que trabalham nas diversas áreas da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Além disso, o Ministério da Saúde também buscou a implantação de mais Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a disponibilização de ligações gratuitas para o Centro de Valorização da Vida em todo o país.

Teng e Pampanelli (2015) definem suicídio como um continuum, que pode ter traços de personalidade, contexto sociocultural e características biológicas como fatores predisponentes, mas que geralmente tem como desencadeador algum evento estressor e a forma como se lida com ele, sendo que a partir daí surge a ideia suicida contínua e recorrente, seguida do planejamento e da tentativa de suicídio (TS), que pode ou não levar ao óbito (TENG E PAMPANELLI, 2015).

O termo suicídio é empregado desde o século XVII e pode estar relacionado ao ato de terminar com a própria vida ou então a ideias periféricas associadas à motivação, intencionalidade e letalidade (BOTEGA, 2015). Já, conforme Botega (2015, p.12):

“na crise suicida, há a exacerbação de uma doença mental existente, ou uma turbulência emocional que, sucedendo um acontecimento doloroso, é vivenciada como um colapso existencial. Ambas as situações provocam dor psíquica intolerável e, como consequência, pode surgir o desejo de interrompê-la por meio da cessação do viver” (BOTEGA, 2015, p.12).

Dessa forma, o indivíduo não é capaz de controlar a sua vida ou essa capacidade está reduzida e por isso ele vai ou é levado ao psiquiatra. Para controle da crise, o psiquiatra pode utilizar diversos recursos, como acolher o paciente e mantê-lo em segurança, orientar a família sobre os riscos que envolvem o suicídio, prescrever psicofármacos, indicar uma internação hospitalar ou domiciliar, iniciar ou encaminhar para psicoterapia de crise e ainda ativar outras redes de apoio existentes (BOTEGA, 2015).

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde publicou o relatório “*World report on violence and health*”, quando estimou que em 2020 mais de 1,5 milhão de indivíduos irão morrer por suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Já em 2014, essa mesma organização declarou que aproximadamente 804 mil indivíduos cometem suicídio por ano, sendo que o Brasil se encontra na oitava posição do ranking mundial de suicídio. Em 2011, ocorreram 11821 mortes por suicídio no Brasil e a maioria delas envolveu homens. De 2000 a 2012, o número de suicídios aumentou 10,4% no território brasileiro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Dessa forma, a ocorrência de uma TS ou a presença de ideação suicida se configura como risco de suicídio e frequentemente são motivos de internação dos pacientes na unidade de internação psiquiátrica (UIP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esses pacientes demandam cuidados de enfermagem específicos, assim como exigem maior atenção por parte da equipe de profissionais, uma vez que se encontram em risco grave à sua integridade física e mental.

Portanto, para qualificar a assistência de enfermagem prestada pela equipe, no ano de 2015 foi implantada a escala MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) de avaliação do risco de suicídio na UIP do HCPA (Anexo A). Essa escala investiga a existência do desejo de morrer, vontade de fazer mal a si mesmo, pensamentos sobre suicídio, planejamento de um ato suicida e a TS no último mês, assim como também compreende as TS cometidas pelo indivíduo ao longo da sua vida (SHEEHAN et al, 2002).

Não há teste de sensibilidade da escala MINI para rastreio de risco de suicídio em internação psiquiátrica. Estudos, como o de Amorim (2000), demonstram que o seu índice de confiabilidade é globalmente satisfatório. A pesquisa citada comparou a escala MINI com vários critérios de referência (CIDI, SCID-P, opinião de peritos) e em diferentes contextos (unidades psiquiátricas e centros de atenção primária) e a escala MINI mostrou ter qualidades psicométricas semelhantes às das outras entrevistas diagnósticas padronizadas mais complexas. Portanto, a MINI se caracteriza como uma escala de avaliação mais breve e qualificada, reduzindo em cerca de 50% ou mais o tempo de avaliação, além de que já está disponível em cerca de 30 idiomas, inclusive na versão brasileira (AMORIM, 2000).

Conforme o procedimento operacional padrão (POP)-GENF-0492 elaborado pelo HCPA, a aplicação da escala deve ser realizada pelos enfermeiros na primeiras 24 horas da internação de todos os pacientes e ela originará uma pontuação de 0 a 33 pontos, classificando o risco atual de suicídio da seguinte maneira: 0 a 5 pontos - risco baixo; 6 a 9 pontos - risco moderado; acima de 10 pontos - risco alto. A partir da pontuação do risco, devem ser implementadas medidas de intervenção, como a realização da escuta terapêutica; o estabelecimento do contrato terapêutico para que o paciente permaneça próximo da equipe; a manutenção o ambiente livre de objetos que podem potencializar o risco de suicídio; a inclusão o diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio” no prontuário do paciente e a prescrição de medidas de intervenção; e a avaliação do risco de suicídio através da aplicação do instrumento diariamente naqueles pacientes que estiverem pontuando acima de 4 pontos na escala. Quando o score da escala MINI não estiver pontuando nos itens de C1 a C5, é necessário retirar o diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio” do prontuário do paciente (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2015).

Dessa forma, a investigação do risco de suicídio através da escala MINI é fundamental no planejamento dos cuidados de enfermagem, pois que ela embasa a inclusão do diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio” no prontuário do paciente, assim como irá nortear os cuidados de enfermagem relacionados aos comportamentos suicidas que o indivíduo pode vir a apresentar.

É importante ressaltar que a implantação dessa escala tem sido uma exigência da *Joint Commission International* (JCI). A JCI realiza o credenciamento internacional de assistência médica, identificando, medindo e compartilhando as melhores práticas em qualidade e segurança dos pacientes e oferecendo soluções para auxiliar as organizações de assistência à saúde a aprimorarem seus resultados. Então, ela oferece credenciamento e certificação internacional, fornece educação e presta serviços de assessoria baseados em evidências (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2018).

A implantação da escala MINI seguiu vários protocolos institucionais, que culminaram com a construção de um POP específico (POP-GENF-0492). Inicialmente, esse POP contemplava os pacientes da UIP. Contudo, após duas sequências de avaliação para fins de acreditação internacional, foi necessário realizar a parametrização da aplicação da escala com outras unidades do HCPA. Em breve, inclusive, o grupo de trabalho que desenvolve o processo estará implantando, em parceria com o Qualis (Programa de Gestão da Qualidade e da Informação em Saúde) HCPA, a escala MINI nas demais áreas de internação e ambulatoriais do hospital.

Contudo, algumas lacunas nesse processo se evidenciam. Uma delas está relacionada com a necessidade de conhecer o perfil dos pacientes com risco de suicídio que internaram na Unidade de Internação Psiquiátrica após a implantação da escala MINI. Dessa forma, ao conhecer o perfil desses pacientes, é possível organizar e qualificar o cuidado de enfermagem nas diversas dimensões desse perfil, sejam elas orgânicas ou sociais.

Portanto, a questão de pesquisa do presente trabalho é: **qual é o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio” internados em uma UIP?**

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 EPIDEMIOLOGIA

No Brasil, há um sistema de registro de todas as admissões hospitalares no sistema público de saúde em virtude de TS. Contudo, a maioria desses dados ainda é desconhecida. Talvez isso se justifique pelo fato de que os indivíduos atendidos em emergências e que permanecem nesses serviços por menos de 24 horas não são contabilizados nos dados do Sistema de Informações Hospitalares. Eles apenas são contabilizados se permanecem por mais de 24 horas no serviço de saúde (JÚNIOR et al, 2016).

Um estudo ecológico analisou as hospitalizações motivadas por TS em hospitais públicos e privados no Brasil. Encontrou-se que 153 061 indivíduos foram hospitalizados devido à TS entre 1998 e 2014, sendo que 61,2% desses indivíduos eram homens e 38,8% mulheres. Já em relação à faixa etária, 50% dos indivíduos eram jovens e adultos jovens entre 15 e 34 anos. Ao considerar todo o período do estudo, constatou-se que as taxas de hospitalização por TS diminuíram em ambos os sexos, contudo aumentaram entre os idosos e apresentaram redução mais significativa entre os jovens. Já as taxas de mortalidade hospitalar por suicídio aumentaram conforme a idade (JÚNIOR et al, 2016).

Outro trabalho objetivou identificar as características de indivíduos que apresentam comportamentos relacionados ao suicídio e os múltiplos fatores associados com a repetição desses comportamentos e com as mortes causadas pelo suicídios. Foram utilizados dados nacionais de pacientes hospitalizados no Taiwan com comportamentos relacionados ao suicídio, de 1997 a 2010. No período estudado, 57.874 pessoas foram hospitalizadas devido aos comportamentos citados, sendo que 55.281 deles sobreviveram e 2.593 foram a óbito. Dentre os que foram a óbito, a grande maioria faleceu na primeira TS. Entre os que sobreviveram, 50.012 indivíduos estavam na primeira hospitalização em virtude desse tipo de comportamento, enquanto que 5.269 já haviam sido hospitalizados mais do que duas vezes (LIN et al, 2016).

2.2 FATORES DE RISCO

Botti et al (2018) realizaram uma pesquisa com a finalidade de identificar características dos comportamentos suicidas e fatores de risco de homens e mulheres com transtornos psiquiátricos, tendo como dados os prontuários de 410 pacientes psiquiátricos em tratamento de 1997 a 2014 em um CAPS no estado de Minas Gerais. Como resultados, obteve que 51,5% da sua amostra era composta por homens, sendo que a maioria deles possuía baixa escolaridade e se encontrava em inatividade laboral. Enquanto que as mulheres mantinham vínculo matrimonial e possuíam filhos, os homens eram solteiros e não tinham filhos (BOTTI et al, 2018).

Em relação ao diagnóstico psiquiátrico dos pacientes com ideação suicida, entre as mulheres predominavam os transtornos de humor, já nos homens os transtornos devido ao uso de drogas. Como comorbidades, predominavam transtornos de humor nas mulheres, já nos homens destacavam-se transtornos esquizotípicos, esquizofrenia, transtornos delirantes e transtornos do humor. Outro achado deste estudo é a associação existente entre a história de

abuso físico ou sexual e a presença de comportamento suicida nas mulheres (BOTTI et al, 2018).

Outro estudo realizado em serviços hospitalares no Taiwan demonstrou que indivíduos do sexo feminino, jovens, hospitalizados por comportamentos relacionados ao suicídio, com baixa condição socioeconômica, com diagnóstico de algum transtorno mental, apresentando alguma doença orgânica catastrófica ou que empregaram dois ou mais métodos na TS possuem maior risco de hospitalização por comportamentos repetitivos relacionados ao suicídio (LIN et al, 2016).

Já entre os indivíduos do sexo masculino, que estão em uma faixa etária mais avançada, hospitalizados por comportamentos relacionados ao suicídio, com baixa condição socioeconômica, com diagnóstico de esquizofrenia, apresentando comportamentos repetitivos relacionados ao suicídio, com doença orgânica catastrófica e que utilizaram apenas um método na TS possuem maior risco de morte por suicídio (LIN et al, 2016).

Entre os pacientes hospitalizados com comportamentos relacionados ao suicídio, os fatores influenciadores para comportamentos repetitivos relacionados ao suicídio e à morte por suicídio são: ter esquizofrenia, baixa condição socioeconômica e doença orgânica catastrófica (LIN et al, 2016).

Esse mesmo estudo demonstrou que indivíduos em faixa etária mais avançada apresentam menos comportamentos repetitivos relacionados ao suicídio, mas maior risco de morte por suicídio, especialmente naqueles acima dos 70 anos de idade. Já indivíduos com doenças orgânicas catastróficas (por exemplo, câncer e acidente vascular encefálico) apresentam maiores taxas de hospitalização em virtude das repetidas TS, assim como maior taxa de mortes por suicídio (LIN et al, 2016).

Surpreendentemente, a presença de um diagnóstico psiquiátrico diminui as taxas de morte por suicídio, exceto nos casos de esquizofrenia, em que as taxas de morte por suicídio aumentam. Especificamente em relação aos transtornos psiquiátricos, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, depressão maior, transtornos de personalidade, transtornos relacionados ao uso de álcool e transtornos de conduta tiveram associação com mais hospitalizações motivadas por comportamentos repetitivos relacionados ao suicídio (LIN et al, 2016).

Os achados do estudo de Alves et al (2016), que foi conduzido nos serviços de um município do Alagoas, vão ao encontro dos demais estudos sobre fatores de risco já apresentados, pois demonstrou que pacientes com transtornos mentais que possuem risco de suicídio geralmente são solteiros, têm baixa escolaridade, possuem baixa renda familiar e não trabalham. Além disso, apresentam baixa qualidade de vida e sofrem de transtornos depressivos, episódios maníacos ou hipomaníacos, fobia social, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno do estresse pós-traumático, síndromes psicóticas e/ou transtorno de ansiedade generalizada (ALVES et al, 2016).

2.3 DIFERENÇAS RELATIVAS AO GÊNERO

A partir dos estudos apresentados anteriormente, está evidenciado que há diferenças entre os gêneros em relação aos comportamentos relacionados ao suicídio. Por isso, Mergl et al (2015) analisaram em que medida as diferenças de letalidade entre os gêneros podem ser

explicadas por fatores como escolha de métodos mais letais ou diferenças de letalidade com um mesmo método suicida ou idade, assim como explorar as diferenças de gênero na intencionalidade das TS. Os dados utilizados nos estudos são oficiais ou oriundos de auto-relatos em serviços de atenção à saúde mental na Alemanha, Hungria, Irlanda e Portugal (MERGL et al, 2015).

Encontrou-se que, entre o total de atos suicidas, 8,6% deles resultaram em suicídios completos e 91,4% em TS. A maioria dos suicídios e das TS envolveram homens, em uma proporção de 3:1 se comparados às mulheres, assim como a letalidade também foi maior entre os homens (13,9%). Além disso, a proporção geral de TS com motivação clara para morrer foi maior nos homens do que nas mulheres. Quanto à idade, indivíduos que possuem menos de 25 anos têm taxas de letalidade mais baixas do que aqueles acima dessa idade (MERGL et al, 2015).

Em relação aos estudos realizados no Brasil, os dados são escassos. Apenas um estudo analisou essas questões, demonstrando que o comportamento suicida é mais frequente entre as mulheres, além de que elas apresentam ideação suicida com mais frequência, maiores taxas de mortes por suicídio e mais usualmente têm a ideação suicida como motivo de admissão nos serviços de saúde. Todavia, as TS são mais frequentes entre os homens (BOTTI et al, 2018).

Portanto, as variáveis sexo, país e métodos suicidas explicam cerca de 48% de variância na letalidade dos atos suicidas. Apesar disso, nem o contexto do país nem a idade dos indivíduos explicam o motivo das diferenças entre os sexos na letalidade dos comportamentos suicidas. Assim, é possível concluir que fatores específicos de cada sexo que influenciam o comportamento suicida são mais proeminentes do que as questões contextuais e as diferenças entre os sistemas de saúde de cada país (MERGL et al, 2015).

Em relação aos transtornos psiquiátricos que acometem esses indivíduos que apresentam comportamentos suicidas, entre as mulheres destacam-se transtornos psicóticos, transtornos delirantes, episódios maníacos ou transtorno afetivo bipolar. Os homens apresentam associação com depressão, transtorno devido ao uso de drogas ilícitas ou esquizofrenia, assim como o histórico familiar de comportamento suicida também está associado com maior risco do indivíduo apresentar esse tipo de comportamento (BOTTI et al, 2018).

Dessa forma, constatou-se que há diferenças na escolha dos métodos empregados nos comportamentos suicidas por homens e mulheres, mas esses aspectos serão melhor elucidados mais adiante neste trabalho (MERGL et al, 2015).

2.4 MÉTODOS EMPREGADOS NOS COMPORTAMENTOS SUICIDAS

Várias pesquisas têm investigado os métodos utilizados nos comportamentos suicidas. Os estudos de Júnior et al (2016) e Lin et al (2016) encontraram resultados semelhantes: envenenamento foi o método mais empregado pelas amostras dos estudos. O estudo de Lin et al (2016) também investigou quantos métodos suicidas geralmente eram empregados pelos indivíduos, sendo que a maioria deles utilizava um método na TS e 2,51% empregaram mais do que um método simultaneamente.

Em relação às questões de gênero, ressalta-se que as mulheres empregam a auto intoxicação por psicofármacos com mais frequência e os homens costumam utilizar enforcamento, estrangulamento e/ou sufocamento (BOTTI et al, 2018). Supondo que as mulheres escolhessem os mesmos métodos suicidas que os homens, a letalidade se manteria mais elevada nos homens. Assim, acredita-se que os homens escolhem mais cuidadosamente os métodos suicidas e que disponibilidade técnica, conhecimento sobre o método, questões de personalidade (como impulsividade e agressividade) e preferência por razões estéticas podem explicar essas diferenças existentes entre os sexos (MERGL et al, 2015).

Especificamente nos casos de envenenamento, os homens costumam empregar substâncias não medicamentosas, enquanto que as mulheres preferem os medicamentos (JÚNIOR et al, 2016). O estudo de Lin et al (2016) também investigou esses aspectos, encontrando que as mulheres costumam usar o envenenamento e a asfixia e os homens, envenenamento ou cortes.

Já em relação ao risco de morte, o uso de gases ou objetos cortantes apresenta baixa mortalidade, mas afogamento, salto, armas de fogo e enforcamento apresentam maiores taxas de morte nas TS (LIN et al, 2016; MERGL et al, 2015). Além disso, a maioria dos indivíduos que foram a óbito utilizou um único método (LIN et al, 2016).

2.5 ASSISTÊNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE COM RISCO DE SUICÍDIO

Entre as inúmeras pesquisas que estudaram a questão do suicídio nos seus mais variados aspectos, observou-se a existência de lacunas no registro dos dados relativos aos comportamentos suicidas nos prontuários dos pacientes, como por exemplo, métodos suicidas, descrição das TS e das ideias suicidas. Isso demonstra que esses dados não estão sendo valorizados nacional e internacionalmente. Contudo, essas informações sobre os fatores de risco, as características dos comportamentos e os antecedentes pessoais e familiares são fundamentais para que, a partir daí, seja possível assegurar uma avaliação adequada e contínua desses comportamentos dos indivíduos (MERGL et al, 2015; BOTTI et al, 2018).

O estudo de Júnior et al (2016) evidenciou que há uma diminuição nas hospitalizações por suicídio em ambos os sexos e faixas etárias, supondo que o aumento da oferta de serviços públicos de assistência à saúde mental e a implementação dos centros especializados em atenção à saúde mental tenham contribuído para a redução dessas taxas, uma vez que facilitam o acesso ao acompanhamento adequado.

Portanto, se faz necessário que os profissionais estejam treinados suficientemente e de forma unificada para que dialoguem com o paciente, explorem a gravidade do seu desejo de morrer e avaliem o comportamento suicida com vistas a reduzir ou prevenir as TS (MERGL et al, 2015; ALVES et al, 2016).

Então, com a proximidade da alta hospitalar, é fundamental que a equipe assistente oriente o paciente quanto à importância de seguir o acompanhamento em saúde mental após o término da internação psiquiátrica, assim como planeje o encaminhamento do paciente aos serviços de saúde adequados às suas necessidades, pois falhas ao referenciar os pacientes aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial podem resultar em TS subsequentes (JÚNIOR et

al, 2016). Assim espera-se que os serviços de saúde da Rede de Atenção Psicossocial sejam compostos por equipes multidisciplinares, com médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Então, essa equipe poderá oferecer um cuidado integral ao indivíduo, abordando aspectos físicos, psicológicos e sociais, minimizando a possibilidade de que ele apresente comportamentos relacionados ao suicídio (LIN et al, 2016).

Ao refletir sobre a atual Rede de Atenção Psicossocial disponível no Brasil, percebe-se a necessidade de implementação de medidas urgentes de assistência aos pacientes com transtornos mentais que apresentam risco de suicídio (ALVES et al, 2016). Sempre lembrando que a preservação da vida deveria ser o principal propósito do Sistema Único de Saúde e os dados sobre comportamentos suicidas indicam que ainda há muitas melhorias a serem feitas para evitar TS e melhorar a qualidade de vida desses pacientes (JÚNIOR et al, 2016).

2.6 ENFERMAGEM E CUIDADOS AO PACIENTE COM RISCO DE SUICÍDIO

Muitas vezes os profissionais entendem que o suicídio se configura como um meio de fugir do sofrimento, das dificuldades cotidianas e dos problemas pessoais, familiares e psicológicos, sendo que essas dificuldades podem ser oriundas de um adoecimento mental (REISDORFER et al, 2015).

Entre as ações de cuidado de enfermagem ao paciente com risco de suicídio, a formação de vínculos é exercida pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Ela proporciona conhecer a história de vida dos indivíduos, o relacionamento familiar e os demais círculos de relações. Porém, para a criação desse vínculo, o profissional deve mostrar-se interessado e disponível para ouvir o paciente, conhecendo suas angústias e interesses e também buscando inseri-lo nas atividades individuais e grupais da unidade de internação, para que assim seja criada uma atmosfera que favoreça o estabelecimento desse vínculo de forma saudável. Com essas ações, é possível avaliar adequadamente a gravidade do risco de suicídio e, conseqüentemente, qualificar a assistência de enfermagem prestada e melhorar a adesão ao tratamento.

Outro estudo também demonstrou que a equipe de enfermagem deve ter empatia, não julgar e buscar compreender os pensamentos e as condutas relacionadas ao suicídio que os pacientes apresentam ou podem vir a apresentar. Ou seja, as intervenções não devem se fundamentar apenas em teorias, mas também na sensibilidade e humanização para que atendam às necessidades biopsicossociais dos indivíduos (SILVA E CORRÊA, 2016).

O contrato terapêutico foi outra estratégia empregada pela equipe de enfermagem que compôs a amostra do estudo de Oliveira et al (2017), que se trata de uma prática clínica concreta em que o paciente aprende a lidar com o desejo do suicídio. Dessa forma, além de sistematizar o cuidado, também fornece clareza ao paciente em relação às suas vivências e angústias que levam à vontade de cometer o suicídio, ou seja, promove a reflexão sobre os comportamentos suicidas. Nesse contexto, a equipe de enfermagem realiza escuta ativa, identifica a gravidade do risco de suicídio e institui as ações do contrato focadas nas compreensões e singularidades do indivíduo. Portanto, a relação terapêutica é necessária para a formação dos vínculos e, conseqüentemente, para a construção de um projeto terapêutico

em que o paciente seja protagonista, auxiliando no estabelecimento de condutas e limites para que esse contrato se relacione com o mundo do paciente (OLIVEIRA et al, 2017).

Porém, alguns profissionais alegam que, em virtude da dificuldade de estabelecer o vínculo com os indivíduos, muitas vezes esses pacientes não conseguem verbalizar seus sentimentos e pensamentos para a equipe, o que impossibilita a oferta da assistência de enfermagem individualizada e voltada para as necessidades individuais. Contudo, provavelmente também há uma lacuna de conhecimento sobre as questões que envolvem o suicídio, indicando a necessidade do fortalecimento de discussões sobre a temática para assim qualificar a prática de enfermagem (REISDORFER et al, 2015).

Contudo, para a efetivação do vínculo e do contrato terapêutico, é fundamental a organização das rotinas assistenciais da equipe de enfermagem porque isso possibilita que o enfermeiro tenha uma clareza maior sobre o processo de trabalho da equipe, qualificando o cuidado ao paciente. Essa organização também deve estar alinhada ao processo de trabalho dos demais profissionais da equipe multidisciplinar. De maneira prática, ela envolve a instituição de rotinas, o cuidado no uso de utensílios particulares na assistência e o revezamento na observação periódica do paciente. A passagem de plantão também é fundamental porque é realizado o repasse de informações técnicas importantes e, dessa forma, o cuidado ao paciente não se perde nas diferentes rotinas de trabalho (OLIVEIRA et al, 2017).

Além destes três eixos de cuidado, algumas outras ações também foram mencionadas pelos enfermeiros, como a retirada de objetos potencialmente perigosos, a vigilância constante, a supervisão sistemática do trabalho da equipe de enfermagem e o acompanhamento da qualidade dos encontros e contratos firmados com os pacientes. Para a efetivação desses cuidados, os profissionais devem estar preparados, uma vez que eles perpassam a simples efetivação de regras e se configuram como um processo individual e coletivo, sempre focado na subjetividade e no protagonismo do paciente (OLIVEIRA et al, 2017). Também são fundamentais as intervenções de manejo imediato da crise, ou seja, relacionadas às questões clínicas decorrentes da TS, como a lavagem gástrica, a administração de medicamentos e o manejo do paciente e da família. Mas a realização da anamnese, do exame do estado mental, da avaliação do risco de suicídio e a construção da rede de apoio também são responsabilidades da equipe de enfermagem (REISDORFER et al, 2015).

Dessa maneira, através dos relatos dos profissionais que compuseram a amostra do estudo, é possível perceber as demandas de saúde mental do paciente e as articular com as práticas de cuidado e a organização das rotinas para então oferecer um cuidado seguro e qualificado dentro dos limites de uma internação psiquiátrica. Mas, antes disso, a equipe de enfermagem precisa conhecer o perfil dos pacientes assistidos pela equipe para que possa planejar estratégias específicas de cuidado aos pacientes com risco de suicídio (OLIVEIRA et al, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com o diagnóstico “risco de suicídio” internados em uma unidade de internação psiquiátrica, de janeiro de 2016 a dezembro de 2018.

4 MÉTODOS

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na UIP do HCPA, a qual possui 36 leitos, sendo que 26 deles são credenciados junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) e 10 são destinados a Planos de Saúde Suplementar e internações particulares. Os pacientes assistidos pelo SUS são provenientes de uma das emergências psiquiátricas do município de Porto Alegre: Pronto Atendimento da Cruzeiro do Sul e Pronto Atendimento do Centro de Saúde IAPI. Entre os motivos de internação desses pacientes, encontram-se: risco de suicídio, alterações no comportamento, risco de exposição moral, risco de auto e heteroagressão e má adesão ao tratamento. Ou seja, a UIP se destina ao tratamento da fase aguda das psicopatologias, visando à estabilização do quadro psiquiátrico para que o indivíduo possa retornar à comunidade e desenvolver suas atividades diárias de forma plena.

Para isso, a equipe assistencial atuante na UIP é composta por: assistente social, auxiliar administrativo, educadores físicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, equipe de limpeza, médicos psiquiatras, nutricionista e equipe de nutrição e psicólogos. Esses profissionais buscam desenvolver um trabalho interdisciplinar através da discussão de casos nos rounds e na reunião de equipe. Os pacientes possuem espaços coletivos de convivência, como o refeitório, a academia e a recreação. Além disso, são realizados grupos específicos, coordenados pela equipe multidisciplinar, que visam o desenvolvimento de autonomia, o aumento da participação no próprio tratamento e a adesão ao regime terapêutico. Um deles é a assembleia dos pacientes que tem a finalidade de dar voz aos pacientes para que possam trazer demandas coletivas. Já o grupo Qualidade de Vida visa proporcionar um espaço de maior interação social e também de reflexão, com dinâmicas e jogos lúdicos.

4.3 Participantes do estudo

Compôs a amostra do estudo todos os pacientes acima de 18 anos que estiveram internados na UIP e que receberam o diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio”, desde a implantação da escala MINI em janeiro de 2016 até dezembro de 2018. Dessa forma, não há um “n” estimado para a amostra, uma vez que ela será composta por toda a população.

Supõe-se que podem existir prontuários com o diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio” sem que o paciente possua pontuação acima de 4 na escala MINI. Em virtude dessa possibilidade, todos os prontuários serão revisados individualmente para evitar esse tipo de viés no estudo.

Dessa forma, nos prontuários em que as informações estavam incompletas nos dados do prontuário ou os pacientes que erroneamente receberam o diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio” apesar de apresentar pontuação igual ou menor a 4 na escala MINI, os dados foram excluídos do estudo.

4.4 Coleta de dados

Para a caracterização do perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes, foi realizada a coleta dos dados em prontuário através da solicitação de acesso aos prontuários dos pacientes junto ao Serviço de Arquivo Médico do HCPA, com o período determinado pela pesquisa e com os filtros “Unidade de Internação Psiquiátrica” e “diagnóstico de enfermagem risco de suicídio”.

As variáveis utilizadas neste estudo foram: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão e diagnósticos médicos. Esses dados foram coletados a partir de uma Query, solicitada ao serviço correspondente no HCPA.

4.5 Análise de dados

Os dados foram apresentados em Microsoft Excel 2013 e, posteriormente, analisados no software SPSS Statistics 18.0.

As variáveis categóricas estão apresentadas por frequência absoluta e relativa, enquanto que as contínuas por medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil).

4.6 Aspectos éticos

O presente projeto seguiu a resolução 466/2012, que trata de pesquisas e testes em seres humanos e, dessa forma, será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.

Como a fonte dos dados é os prontuários dos pacientes, acredita-se que os riscos serão mínimos, uma vez que haverá apenas o manuseio do arquivo e das informações correspondentes, implicando somente na possibilidade de quebra de confidencialidade. Contudo, os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (APÊNDICE A). Além disso, supõe-se que esse estudo qualificará a assistência de enfermagem prestada aos pacientes com risco de suicídio e, portanto, trará um benefício coletivo à enfermagem em psiquiatria.

No entanto, salienta-se que os pesquisadores assinaram um termo de compromisso de utilização de dados institucionais (APÊNDICE A), comprometendo-se a preservar a privacidade dos pacientes identificados na coleta de dados. Os dados, na medida em que serão publicados posteriormente, apresentarão informações básicas (gênero, idade, escolaridade), conforme as variáveis escolhidas para o estudo.

5 RESULTADOS

Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes internados com diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio”

Laís Steffens Brondani¹, Leandro Barbosa de Pinho², Michele Casser Csordas³

¹Enfermeira residente do Programa de Saúde Mental - Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: lsbrondani@hcpa.edu.br

²Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. Professor Associado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Assessor do Serviço de Enfermagem Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: lbpinho@hcpa.edu.br

³Educadora física, Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano. Professora de Educação Física do Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: mcsordas@hcpa.edu.br

Resumo: Estudo descritivo realizado com os dados de 453 prontuários de pacientes que receberam o diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio”, com o objetivo de descrever o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com o diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio” internados em uma unidade de internação psiquiátrica, de janeiro de 2016 a dezembro de 2018. Realizou-se análise exploratória e descritiva. A maioria da amostra era do sexo feminino, solteiros, com média de idade de 46,28 anos, possuía ensino fundamental incompleto e em relação ao grau profissional 24,1% dos dados foram ignorados. Quanto aos diagnósticos médicos, o grupo mais presente foi o de transtornos de humor, seguido das doenças clínicas, dos transtornos psicóticos, transtornos de personalidade e aqueles decorrentes do uso de substâncias. Os achados irão contribuir com a assistência de enfermagem prestada aos pacientes com risco de suicídio.

Descritores: Enfermagem Psiquiátrica; Suicídio; Diagnóstico de Enfermagem.

Introdução

O suicídio e sua prevenção têm sido mais discutidos mundialmente nos últimos anos, uma vez que diversos setores da sociedade têm tido um olhar mais atento para essas questões. Suicídio pode ser definido como um continuum, que pode ter traços de personalidade, contexto sociocultural e características biológicas como fatores predisponentes, mas que geralmente tem como desencadeador algum evento estressor

e a forma como se lida com ele, sendo que a partir daí surge a ideação suicida contínua e recorrente, seguida do planejamento e da tentativa de suicídio, que pode ou não levar ao óbito¹.

Quanto à epidemiologia do suicídio, um estudo analisou as hospitalizações motivadas por tentativa de suicídio em hospitais públicos e privados no Brasil entre 1998 e 2014. Evidenciou-se que 61,2% dos indivíduos hospitalizados eram homens, assim como 50% da amostra era de indivíduos entre 15 e 34 anos².

Como fatores de risco ao suicídio, podem ser elencados: solteiro, jovem, baixa escolaridade, baixa condição socioeconômica, inatividade laboral, história de abuso físico ou sexual (em mulheres), presença de doença orgânica catastrófica e diagnóstico de transtorno mental^{3,4,5}. Especificamente em relação aos transtornos psiquiátricos, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, depressão maior, transtornos de personalidade, transtornos relacionados ao uso de álcool e transtornos de conduta tiveram associação com mais hospitalizações motivadas por comportamentos repetitivos relacionados ao suicídio⁴.

No âmbito das internações psiquiátricas, compreende-se que a organização da equipe, a formação de vínculo com o paciente e o estabelecimento do contrato terapêutico são ações fundamentais no cuidado aos pacientes com risco de suicídio. Essas ações permitem que o paciente expresse seus sentimentos e pensamentos e também participe do seu tratamento, desenvolvendo sua autonomia. Porém, para que essas ações ocorram na prática profissional diária, é preciso compreender quais são as necessidades do paciente, investir na relação interpessoal entre a equipe e o paciente e empregar a Rede de Atenção Psicossocial como forma de proporcionar um cuidado extramuros da internação psiquiátrica⁶. Assim espera-se que os serviços de saúde da Rede de Atenção Psicossocial sejam compostos por equipes multidisciplinares e que essa equipe possa oferecer um cuidado que aborde aspectos físicos, psicológicos e sociais do paciente, minimizando a possibilidade de que ele apresente comportamentos relacionados ao suicídio⁴.

Entre as ações de cuidado de enfermagem ao paciente com risco de suicídio, estão: formação de vínculos, compreensão dos pensamentos e comportamentos do paciente, construção do projeto terapêutico singular, organização das rotinas assistenciais, vigilância constante, acompanhamento da qualidade dos contratos firmados pela equipe de enfermagem com os pacientes, manejo imediato da crise, anamnese e exame do estado mental, avaliação do risco de suicídio e construção da rede de apoio. Dessa forma, é essencial que a equipe de enfermagem conheça o perfil dos pacientes que assiste para que possa planejar estratégias específicas de cuidado relacionadas ao risco de suicídio⁶⁻⁸.

Visto que não é conhecido o perfil dos pacientes internados em uma internação psiquiátrica de um hospital geral do sul do Brasil que receberam o diagnóstico de enfermagem "risco de suicídio", o objetivo do presente artigo é descrever o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com o diagnóstico de enfermagem "risco de suicídio" internados em uma unidade de internação psiquiátrica, de janeiro de 2016 a dezembro de 2018.

Métodos

Estudo descritivo, que teve como fonte de dados os prontuários dos pacientes internados na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2018 e que receberam o diagnóstico de enfermagem "risco de suicídio" durante o período de internação. Foram excluídos da amostra aqueles pacientes menores de 18 anos e/ou que não apresentaram nenhum CID (Classificação Internacional de Doenças) de transtorno mental em seu prontuário.

Além disso, supõe-se que podem existir prontuários com o diagnóstico de enfermagem "risco de suicídio" sem que o paciente possua pontuação acima de 4 na escala MINI de avaliação do risco de suicídio. Por isso, todos os prontuários foram revisados individualmente para evitar esse tipo de viés no estudo. Então, aqueles prontuários em que havia informações incompletas ou em que o paciente erroneamente recebeu o diagnóstico de enfermagem "risco de suicídio" também foram excluídos do estudo, compondo uma amostra final de 453 prontuários.

A coleta dos dados se deu através de uma query solicitada junto ao Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com o período determinado pela pesquisa e com os filtros "Unidade de Internação Psiquiátrica" e "diagnóstico de enfermagem risco de suicídio". As variáveis utilizadas para este estudo foram: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão e diagnósticos médicos.

A análise dos dados foi realizada no software SPSS versão 1.8, sendo submetidos à análise exploratória e descritiva.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com parecer nº 3.312.706 e mediante CAEE nº 10822019500005327.

Resultados

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas dos pacientes internados em uma unidade de internação psiquiátrica que receberam o diagnóstico de enfermagem "risco de suicídio". Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

Idade	Média	Desvio-padrão
	46,28	16,637
Sexo	n	%
Feminino	277	61,1
Masculino	176	38,9
Estado civil	n	%
Solteiro	250	55,2
Casado	130	28,7
Divorciado	53	11,7
Viúvo	17	3,8
Outros	3	0,7
Escolaridade	n	%
Ensino fundamental incompleto	135	29,8
Ensino fundamental completo	47	10,4
Ensino médio incompleto	37	8,2
Ensino médio completo	97	21,4
Ensino superior incompleto	50	11
Ensino superior completo	69	15,2
Ignorados	18	4
Grau profissional	n	%
Ensino fundamental	30	6,6
Ensino médio	5	1,1
Técnico	15	3,3
Superior	39	8,6
Estagiário / bolsista	30	6,6
Aposentado	28	6,2
Informal	14	3,1
Outros	183	40,4
Ignorados	109	24,1
Total	453	

Fonte: dados do SPSS.

A amostra total do estudo foi de 453 indivíduos que tiveram seus prontuários analisados. A maioria deles era do sexo feminino (61,1%), com média de idade de 46,28 anos e desvio-padrão de 16,637. Além disso, a maioria era de solteiros (55,2%) e possuía ensino fundamental incompleto (29,8%). Já em relação ao grau profissional, ressalta-se que 24,1% dos dados foram ignorados e 40,4% foram informados como "outros".

Tabela 2. Diagnósticos médicos prevalentes nos pacientes internados em uma unidade de internação psiquiátrica que receberam o diagnóstico de enfermagem "risco de suicídio". Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

Diagnóstico médico	n	%
Transtornos psicóticos	90	19,9
Transtornos de humor	367	81
Transtornos de ansiedade	3	0,7
Transtornos de personalidade	49	10,8
Transtornos alimentares	8	1,8
Transtornos por uso de substâncias	30	6,6
Deficiências intelectuais	10	2,2
Outros transtornos mentais	38	8,4
Tentativas de suicídio	9	2
Doenças clínicas	113	24,9

Fonte: dados do SPSS.

Entre os diagnósticos médicos definidos nos prontuários analisados, o grupo de diagnósticos mais presentes foi o de transtornos de humor (81%), seguido das doenças clínicas (24,9%), dos transtornos psicóticos (19,9%), transtornos de personalidade (10,8%) e aqueles decorrentes do uso de substâncias (6,6%). Apenas 2% dos prontuários apresentaram tentativa de suicídio como diagnóstico médico.

Discussão

No presente estudo, encontrou-se que a maioria da amostra foi composta por mulheres (61,1%). Já outro estudo², que analisou as hospitalizações motivadas por TS em hospitais públicos e privados no Brasil entre 1998 e 2014, apontou resultados diferentes ao demonstrar que a maioria dos indivíduos eram homens (61,2%). Um

relatório internacional⁹ também evidencia que as taxas de suicídio são maiores nos homens do que nas mulheres, sendo em média 1,8 vezes mais altas no sexo masculino em comparação ao feminino. Na América Latina, essa taxa é ainda maior: o suicídio é 4 vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres¹⁰. Apesar de que o sexo masculino está mais associado com os suicídios completos, o gênero feminino apresenta taxas mais elevadas de tentativas de suicídio¹¹. Outra pesquisa⁵ teve o comportamento suicida (e não apenas o suicídio) como objeto de estudo, demonstrando que esse comportamento é mais frequente entre as mulheres, além de que elas apresentam ideação suicida com mais frequência, maiores taxas de mortes por suicídio e mais usualmente têm a ideação suicida como motivo de admissão nos serviços de saúde. Todavia, as TS são mais frequentes entre os homens⁵. Já os dados nacionais¹², evidenciam que 69% das tentativas de suicídio eram provocadas por mulheres.

A média de idade nessa pesquisa foi de 46,28 anos, com desvio padrão de 16,637. Esse achado vai ao encontro dos dados referentes ao suicídio nas Américas, pois a faixa etária em que o suicídio é mais prevalente é aquela entre os 25 e 44 anos (36,8%)¹⁰. Já outro estudo² encontrou dados discrepantes, uma vez que 50% dos indivíduos que compuseram sua amostra eram jovens e adultos jovens entre 15 e 34 anos. Faixa etária semelhante (10 a 39 anos) foi a mais prevalente nos dados resultantes de um boletim epidemiológico brasileiro¹².

Quanto ao estado civil, a maioria da amostra do presente estudo era de solteiros (55,2%), seguido por casados (28,7%). Algumas evidências da literatura³ vão ao encontro desses achados, pois demonstram que pacientes com transtornos mentais que possuem risco de suicídio geralmente são solteiros. Dados semelhantes são de um boletim epidemiológico¹²: 60,9% dos indivíduos que cometem suicídio são solteiros, divorciados ou viúvos.

A maioria da amostra deste estudo apresentou ensino fundamental incompleto (29,8%) como nível de escolaridade, seguido de ensino médio completo (21,4%) e superior completo (15,2%). Uma pesquisa⁵ encontrou resultado semelhante quando buscou identificar as características dos comportamentos suicidas e fatores de risco de homens e mulheres com transtornos psiquiátricos, uma vez que a maioria dos indivíduos da amostra possui baixa escolaridade. O mesmo resultado foi evidenciado em outro estudo: pacientes com transtornos mentais que possuem risco de suicídio geralmente têm baixa escolaridade³. A amostra de um levantamento apresentou ensino fundamental incompleto ou completo e ensino médio incompleto ou completo¹².

Em relação ao grau profissional, ou seja, o nível de escolaridade necessário para desempenhar determinada profissão, houve uma perda importante de dados (64,5%) devido às informações que foram ignoradas ou preenchidas na categoria "outros" no momento do registro dos dados nos prontuários.

Ao analisar os diagnósticos médicos presentes nos prontuários, foi demonstrado que a grande maioria dos pacientes possuía diagnóstico de algum transtorno de humor (81%). Esse achado vai ao encontro das evidências científicas, as quais demonstram que o transtorno depressivo maior é um importante fator associado ao suicídio, sendo que um estudo¹³ apontou que os transtornos de humor aumentam em seis vezes o risco de suicídio em comparação com indivíduos que não apresentem esse tipo de transtornos^{11,14,15}. Além disso, os transtornos psicóticos também estavam presentes em uma parcela importante da amostra (19,9%), mas achado ainda é inferior às evidências científicas, as quais demonstram que 40,8% dos pacientes com esquizofrenia tentam suicídio pelo menos uma vez ao longo da vida e que esses indivíduos apresentam número muito maior de internações psiquiátricas do que aqueles indivíduos com esquizofrenia sem tentativas de suicídio prévias¹⁶.

Ressalta-se que os transtornos por uso de substâncias foram encontrados em uma minoria da amostra desse estudo (6,6%). Acredita-se que esse dado pode ser tão baixo (diferente do que se encontra nas evidências científicas) porque há uma unidade de tratamento específica para transtornos por uso de substâncias no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, então esses pacientes não são assistidos na Unidade de Internação Psiquiátrica que foi o local da realização da presente pesquisa.

Também é importante salientar que houve poucos diagnósticos médicos de transtornos de ansiedade (0,7%). A literatura aponta que a ansiedade está frequentemente associada ao suicídio, ao ponto de que indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada têm um risco de suicídio quatro vezes maior do que os indivíduos sem esse transtorno psiquiátrico^{13,15}. Portanto, supõe-se que os transtornos de humor predominam como diagnóstico, mas isso não significa que na amostra do presente estudo não exista a ansiedade como sintoma. Talvez uma hipótese semelhante se aplique às tentativas de suicídio que estavam presentes em uma minoria da amostra (2%), uma vez que se acredita que muitos pacientes com permanência na unidade de internação psiquiátrica possuem histórico de tentativas de suicídio e então se supõe que esse histórico não foi elencado como diagnóstico médico.

Quanto às doenças clínicas, elas estavam presentes em boa parte dos pacientes (24,9%), dado esse que é fundamental no plano terapêutico dos pacientes durante a sua permanência na unidade de internação psiquiátrica, mas também fora dela, pois podem impactar na sua qualidade de vida e nos sintomas que apresenta, assim como nas possibilidades e na eficácia do tratamento farmacológico. A literatura evidencia que pessoas acometidas por doenças clínicas podem enfrentar dificuldades em aceitá-las e, dessa forma, pensar em suicídio¹⁴. Um estudo demonstrou que o acometimento por doenças crônicas é um fator de risco para depressão e para ideação e tentativa de suicídio, enquanto que outra pesquisa evidenciou que indivíduos com doenças crônicas

apresentam mais pensamentos, planos e tentativas de suicídio em comparação aos indivíduos sem doenças crônicas¹⁷⁻¹⁸.

Como limitação do estudo, constatou-se uma deficiência de registro no sistema de prontuário eletrônico que foi a fonte de dados do estudo, principalmente naqueles dados sobre situação atual (social, clínica). Tal questão pode ter ocasionado a falta de precisão de alguns dados que compõem a amostra.

Além disso, também se questiona a origem dos dados que constam nos prontuários, pois não se sabe se eles são provenientes da anamnese médica, de enfermagem ou do cadastro administrativo.

Conclusão

A maioria da amostra do presente estudo era composta por indivíduos do sexo feminino, solteiros, com média de idade de 46,28 anos e que possuíam ensino fundamental incompleto. Os diagnósticos médicos mais prevalentes foram os transtornos de humor, doenças clínicas, os transtornos psicóticos, transtornos de personalidade e aqueles decorrentes do uso de substâncias.

Dessa forma, acredita-se que esses achados contribuirão com a assistência de enfermagem personalizada prestada aos pacientes internados em unidades de internação psiquiátrica. É fundamental conhecer o perfil dos indivíduos com risco de suicídio, para que esse risco seja identificado o mais brevemente possível e, assim, possam ser implementadas medidas específicas para cada situação identificada.

Referências

1. Teng CT, Pampanelli MB. O suicídio no contexto psiquiátrico. Revista Brasileira de Psicologia. [Internet]. 2015 [acesso em: 20 out. 2019]; 2 (1): 41-51. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br>.
2. Junior DFM, Felzemburgh RM, Dias AB, Caribé AC, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa A. Suicide attempts in Brazil, 1998-2014: an ecological study. BMC Public Health. [Internet]. 2016 [acesso em: 25 out. 2019]; 16 (990): 1-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5025588/>.
3. Alves VM, Francisco LCFL, Belo FMP, De-Melo-Neto VL, Barros VG, Nardi AE. Evaluation of the quality of life and risk of suicide. Clinics. [Internet]. 2016 [acesso em: 11 out. 2019]; 71 (3): 135-39. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322016000300135.

4. Lin Y, Huang H, Lin M, Shyu M, Tsai P, Chang H. Influential factors for and outcomes of hospitalized patients with suicide-related behaviors: a national record study in Taiwan from 1997-2010. Plos One. [Internet]. 2016 [acesso em: 4 out. 2019]; 11 (2): 1-15. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0149559>.
5. Botti NCL, Cantão L, Silva AC, Dias TG, Menezes LC, Castro RAZ. Características e fatores de risco do comportamento suicida entre homens e mulheres com transtornos psiquiátricos. Cogitare Enfermagem. [Internet]. 2018 [acesso em: 11 out. 2019]; 23 (2): 1-10. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883500/54280-231505-1-pb.pdf>.
6. Oliveira GC, Schneider JF, Santos VBD, Pinho LB, Piloti DFW, Lavall E. Cuidados de enfermagem a pacientes com risco de suicídio. Cienc Cuid Saude. [Internet]. 2017 [acesso em: 5 out. 2019]; 16 (2): 1-7. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37182>.
7. Reisdorfer N, Araújo GM, Hildebrandt LM, Gewehr TR, Nardino J, Leite MT. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. Revista de Enfermagem da UFSM. [Internet]. 2015 [acesso em: 27 set. 2019]; 5 (2): 295-304. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16790>.
8. Silva MCD, Corrêa SSS. Ações do enfermeiro frente a prevenção do suicídio: uma revisão de literatura. São Carlos: Centro de Ensino e Faculdade São Carlos, 2016. Trabalho de conclusão de curso em Enfermagem.
9. World Health Organization. Suicide in the world: global health estimates [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2019 [acesso em: 28 out. 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>.
10. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas - Informe Regional. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2014.

11. Teti GL, Rebok F, Rojas SM, Grendas L, Daray FM. Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2014 [acesso em: 11 out. 2019]; 36 (2): 124-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25345534>.
12. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico - Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
13. Vasconcelos JRO, Lôbo APS, Neto VLM. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. J Bras Psiquiatr. [Internet]. 2015 [acesso em: 11 nov. 2019]; 64 (4): 259-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000400259.
14. Silva JOG, Santos CC. Fatores de risco associados ao suicídio: a tendência suicida pode agravar-se em sujeitos com transtornos depressivos. Psicologia.pt. [Internet]. 2016 [acesso em: 20 out. 2019]; 1-20. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1326.pdf>.
15. Ramos KA, Araújo STRS, Santos BSP, Sousa DC, Leite EF, Moreira GBO, Rodrigues HC, Sousa PHG, Silva PR, Ferreira RSA, Coelho SF, Santos MDM, Carvalho MKR, Vidal YO. Prevalência de suicídio e tentativa de suicídio no Brasil. Revista Eletrônica Acervo Saúde. [Internet]. 2019 [acesso em: 27 set. 2019]; 32: 1-7. Disponível em: <https://acervomais.com.br>.
16. Aydin M, Ilhan BÇ, Tekdemir R, Çökünlü Y, Erbasan V, Altinbas K. Saudi Med J. [Internet]. 2019 [acesso em: 17 out. 2019]; 40 (5): 475-82. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31056625>.
17. Ferro MA, Rhodes AE, Kimber M, Duncan L, Boyle MH, Georgiades K, Gonzalez A, MacMillan HL. Suicidal behaviour among adolescents and young adults with self-reported chronic illness. The Canadian Journal of Psychiatry. [Internet]. 2017 [acesso em: 11 nov. 2019]; 62 (12): 845-53. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28814100>.

18. Gürhan N, Beser NG, Polat U, Koç M. Suicide risk and depression in individuals with chronic illness. *Community Ment Health J.* [Internet]. 2019 [acesso em: 11 nov. 2019]; 55 (8): 840-48. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30848413>.

6 CONCLUSÃO

Após a análise dos dados e discussão dos resultados, foi possível descrever o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com o diagnóstico “risco de suicídio” internados em uma unidade de internação psiquiátrica, de janeiro de 2016 a dezembro de 2018. Acredita-se que a presente pesquisa contribuirá na qualificação da assistência de enfermagem prestada aos pacientes com risco de suicídio que permanecem em unidades de internação psiquiátrica, principalmente na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, uma vez que o estudo apontou qual o perfil de pacientes que necessitam de uma avaliação do risco de suicídio ainda mais aprofundada, implementando as intervenções necessárias.

Como limitação do estudo, constatou-se uma deficiência de registro no sistema de prontuário eletrônico que foi a fonte de dados do estudo, principalmente naqueles dados sobre situação atual. Tal questão pode ter ocasionado a falta de precisão de alguns dados que compõem a amostra. Além disso, também se questiona a origem dos dados que constam nos prontuários, pois não se sabe se eles são provenientes da anamnese médica, de enfermagem ou do cadastro administrativo.

Considerando a trajetória de formação em serviço proposta pela Residência Integrada em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, considero que o presente trabalho agregou conhecimentos teóricos que poderão qualificar a prática da profissional a ser formada, pois conhecer os pacientes que são assistidos é fundamental na avaliação dos riscos aos quais eles podem estar expostos e na implementação de intervenções que venham a minimizar esses riscos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Verônica de Medeiros; FRANCISCO, Leilane Camila Ferreira de Lima; BELO, Flaviane Maria Pereira; DE-MELO-NETO, Valfrido Leão; BARROS, Vinicius Gomes; NARDI, Antonio E. Evaluation of the quality of life and risk of suicide, **Clinics**, São Paulo, vol. 71, n. 3, p. 135-139, 2016.

AMORIM, Patrícia. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, vol. 22, n. 3, p. 106-115, 2000.

AYDIN, Memduha; ILHAN, Bilge Ç; TEKDEMİR, Rukiye; ÇOKÜNLÜ, Yusuf; ERBASAN, Vefa; ALTINBAS, Kürsat. Suicide attempts and related factors in schizophrenia patients, **Saudi Med J**, vol. 40, n. 5, p. 475-82, 2019.

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

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann; CANTÃO, Luiza; SILVA, Aline Conceição; DIAS, Thais Gonçalves; MENEZES, Livian Carrilho; CASTRO, Ramon Azevedo Silva de. Características e fatores de risco do comportamento suicida entre homens e mulheres com transtornos psiquiátricos, **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, vol. 23, n. 2, 2018.

FERRO, Mark A.; RHODES, Anne E.; KIMBER, Melissa; DUNCAN, Laura; BOYLE, Michael H.; GEORGIADES, Katholiki; GONZALEZ, Andrea; MACMILLAN, Harriet L. Suicidal behaviour among adolescents and young adults with self-reported chronic illness, **The Canadian Journal of Psychiatry**, vol. 62, n. 12, p. 845-53, 2017.

GÜRHAN, Nermin; BESER, Nalan Gordeles; POLAT, Ülkü; KOÇ, Medine. Suicide risk and depression in individuals with chronic illness, **Community Mental Health Journal**, vol. 55, n.8, p. 840-48, 2019.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, **POP de medidas preventivas de suicídio - POP-GENF-0492**, p. 1-5, 2015.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, **Who is JCI**. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>. Acesso em 1 out. 2018.

JUNIOR, Davi Félix Martins; FELZEMBURGH, Ridalva Martins; DIAS, Acácia Batista; CARIBÉ, André C.; BEZERRA-FILHO, S.; MIRANDA-SCIPPA, Ângela. Suicide attempts in Brazil, 1998-2014: an ecological study, **BMC Public Health**, London, vol. 16, n. 990, sep.2016.

LIN, Yu-Wen; HUANG, Hui-Chuan; LIN, Mei-Feng; SHYU, Meei-Ling; TSAI, Po-Li; CHANG, Hsiu-Ju. Influential factors for and outcomes of hospitalized patients with

suicide-related behaviors: a national record study in Taiwan from 1997-2010, **Plos One**, San Francisco, vol. 11, n. 2, p. 1-15, feb. 2016.

MERGL, Roland; KOBURGER, Nicole; HEINRICHS, Katherina; SZÉKELY, András; TÓTH, Mónika Ditta; COYNE, James; QUINTÃO, Sónia; ARENSMAN, Ella; COFFEY, Claire; MAXWELL, Margaret; VÄRNIK, Airi; AUDENHOVE, Chantal van; McDAID, David; SARCHIAPONE, Marco; SCHMIDTKE, Armin; GENZ, Axxel; GUSMÃO, Ricardo; HEGERL, Ulrich. What are the reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four european countries, **Plos One**, San Francisco, vol. 10, n. 7, p. 1-18, jul. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020**, p. 1-36, Brasília (DF), 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; **Boletim epidemiológico - Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**, Brasília (DF), 2017.

OLIVEIRA, Gustavo da Costa; SCHNEIDER, Jacó Fernando; SANTOS, Vera Beatriz Delgado dos; PINHO, Leandro Barbosa de; PILOTI, Dácio Franco Weiler; LAVALL, Eliane. Cuidados de enfermagem a pacientes com risco de suicídio, **Cienc Cuid Saude**, Maringá, vol. 16, n. 2, p. 1-7, abr/jun 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**, p. 1-22, Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia**, p. 1-22, Genebra, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Mortalidad por suicidio en las Américas - Informe Regional**, Washington, 2014.

RAMOS, Kelly Alves; ARAÚJO, Suzy Tiberly Rodrigues de Souza; SANTOS, Bárbara Sandra Pinheiro dos; SOUSA, Daiane Carvalho de; LEITE, Elielma Ferreira; MOREIRA, Geovane Bruno Oliveira; RODRIGUES, Helayne Cristina; SOUSA, Pedro Homero Gomes de; SILVA, Patrícia Rodrigues da; FERREIRA, Ravena de Sousa Alencar; COELHO, Sara Ferreira; SANTOS, Maira Divina Marques dos; CARVALHO, Mayara Kelle Rodrigues de; VIDAL, Ysamara Oliveira. Prevalência de suicídio e tentativa de suicídio no Brasil, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, vol. 32, p. 1-7, set 2019.

REISDORFER, Nara; ARAUJO, Graciela Machado de; HILDEBRANDT, Ielila Mariza; GEWEHR, Taciana Raquel; NARDINO, Janaine; LEITE, Marinês Tambara. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida, **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, vol. 5, n.2, p. 295-304, abr/jun 2015.

SHEEHAN, D.; JANAUS, J.; BAKER, R.; SHEEHAN, K. H.; KNAPP, E.; SHEEHAN, M.; LECRUBIER, Y.; WEILLER, E.; HERGUETA, T.; AMORIM, P.; BONORA, L. L.; LÉPINE, J. P. **MINI International Neuropsychiatric Interview: Brazilian Version 5.0.0**, 2002.

SILVA, Juliane Oliveira Guilherme da; SANTOS, Camila Cordeiro dos. Fatores de risco associados ao suicídio: a tendência suicida pode agravar-se em sujeitos com transtornos depressivos, **Psicologia.pt**, Porto, vol., n., p. 1-20, ago 2019.

SILVA, Maria Creusa Dias da; CORRÊA, Solange Soledade Sousa. **Ações do enfermeiro frente a prevenção do suicídio: uma revisão de literatura**. 45 f. Monografia - Curso de enfermagem, Centro de Ensino e Faculdade São Carlos, 2016.

SILVERMANN, Amy B.; REINHERZ, Helen, Z.; GIACONIA, Rose M. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study, **Child Abuse & Neglect**, Colorado, vol. 20, n. 8, p. 709-723, 1996.

TENG, Chei Tung; PAMPANELLI, Mariana Bonini. O suicídio no contexto psiquiátrico, **Revista Brasileira de Psicologia**, Bahia, vol. 2, n. 1, p. 41-51, 2015.

TETI, Gérman L.; REBOK, Federico; ROJAS, Sasha M.; GRENDAS, Leandro; DARAY, Federico M. Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean, **Rev Panam Salud Publica**, vol. 36, n. 2, p. 124-33, 2014.

VASCONCELOS, Juarez Roberto de Oliveira; LÔBO, Alice Peixoto da Silva; NETO, Valfrido Leão de Melo. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada, **J Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, vol. 64, n. 4, p. 259-65, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide in the world: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [acesso em: 28 out. 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>

APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS



Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto	
Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com diagnóstico de enfermagem "risco de suicídio" em uma internação psiquiátrica de um hospital geral	Cadastro no GPPG

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 17 de OUTUBRO de 2018.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Lais Steffens Brondani	
Leandro Barbosa de Pinho	

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação



Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com diagnóstico de enfermagem "risco de suicídio" em uma internação psiquiátrica de um hospital geral	Cadastro no GPPG
--	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 26 de MARÇO de 2019

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Lais Steffens Brondani	
Leandro Barbosa de Pinho	

ANEXO A - ESCALA MINI

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO (Escala M.I.N.I.)	NOME: _____ LEITO: _____										
REGISTRO: _____											
<p>A escala M.I.N.I. (<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>) é uma entrevista diagnóstica de breve duração, que explora os principais transtornos psiquiátricos. É dividida em módulos identificados por letras, e a avaliação do risco de suicídio de pacientes é uma delas.</p> <p>Obs.: Piloto do projeto de desenvolvimento de avaliação do risco de suicídio. Registro GPPG 13-0304</p>											
DURANTE O ÚLTIMO MÊS	Admissão / /	Revisão / /	Revisão / /	Revisão / /	Revisão / /	Revisão / /	Revisão / /	Revisão / /	Revisão / /	Revisão / /	Revisão / /
C1 Pensou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto? Não = 0 Sim = 1											
C2 Quis fazer mal a si mesmo? Não = 0 Sim = 2											
C3 Pensou em suicídio? Não = 0 Sim = 6											
C4 Pensou numa maneira de se suicidar? Não = 0 Sim = 10											
C5 Tentou o suicídio? Não = 0 Sim = 10											
AO LONGO DA VIDA											
C6 Já fez alguma tentativa de suicídio? Não = 0 Sim = 4											
TOTAL											
Assinatura e carimbo											

ANEXO C – NORMAS EDITORIAIS DA REVISTA ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM

Informações Básicas

A Revista Eletrônica de Enfermagem, disponível no site <http://www.fen.ufg.br/revista/>, é um periódico de acesso aberto, gratuito e trimestral, destinado à divulgação arbitrada da produção científica na área de Ciências da Saúde com ênfase na de Enfermagem, de autores brasileiros e de outros países.

São aceitos artigos originais e inéditos, destinados **exclusivamente** à Revista Eletrônica de Enfermagem, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde, Enfermagem e correlatas.

A análise dos artigos será iniciada no ato de seu recebimento, quando da observância do atendimento das normas editoriais. A publicação dependerá do atendimento do parecer encaminhado ao autor da análise do artigo, podendo este conter sugestões para alterações/complementações. Em caso de reformulação, cabe a Comissão de Editoração o acompanhamento das alterações. A apreciação do conteúdo dos manuscritos é feita pelos membros do Conselho Editorial e por conselheiros *ad hoc*, sendo mantido sigilo quanto à identidade dos mesmos e dos autores.

Os trabalhos deverão ser enviados exclusivamente via correio eletrônico para o seguinte endereço: revfen@fen.ufg.br. Concomitantemente, os autores deverão enviar por via postal, um ofício solicitando a apreciação do manuscrito pela revista, segundo (modelo ofício de encaminhamento), indicando a categoria do artigo segundo as definições explicitadas nestas normas, autorizando sua publicação e apresentando declaração de responsabilidade e de transferência de direitos autorais, devidamente assinado por todos os autores. Deverá, também, conter a indicação de endereço completo, telefone para contato com o(s) autor(es) e endereço de correio eletrônico. Especial atenção deve ser dada para estas informações para contatos entre o Comitê Editorial e os autores.

Serão aceitos trabalhos escritos em português, inglês ou espanhol.

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio para composição editorial e fechamento do número.

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial da Revista.

As pesquisas que envolvem seres humanos devem, obrigatoriamente, explicitar no corpo do trabalho o atendimento das regras da Resolução CNS 196/96 para estudos dessa natureza e indicar o parecer de aprovação emitido por Comitê de Ética devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Instruções para o preparo e envio dos manuscritos

A REE atualizou em março de 2008 as regras para publicação e organização das referências, tendo como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>), atualizadas em fevereiro de 2007.

Categoria dos artigos

A Revista Eletrônica de Enfermagem publica, preferencialmente, artigos originais, incluindo na sua linha editorial também trabalhos de revisão, atualização, estudos de caso e/ou relatos de experiência e resenhas de livros, resumos de teses e dissertações.

A apresentação dos manuscritos deve obedecer à regra de formatação definida nessas normas, diferenciando-se apenas pelo número permitido de páginas em cada uma das categorias.

- **Artigos Originais:** são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa. Sua estrutura deve apresentar necessariamente os itens: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão e Conclusão. Apresentação em até 20 laudas.

- **Artigos de Revisão:** são contribuições que têm por objeto a análise crítica sistematizada da literatura. Deve incluir com clareza a delimitação do problema, dos procedimentos adotados e conclusões. Apresentação de até 15 laudas.
- **Artigos de Atualização ou Divulgação:** são trabalhos que tem por objetivo a descrição e/ou interpretação sobre determinado assunto, considerado relevante ou pertinente na atualidade. Apresentado em até 10 laudas.
- **Comunicações breves/Relatos de caso/experiência:** se caracterizam pela apresentação de notas prévias de pesquisa, relatos de caso ou experiência, de conteúdo inédito ou relevante, devendo estar amparada em referencial teórico que dê subsídios a sua análise. Apresentação em até 10 laudas.
- **Resenha:** é a análise descritiva e analítica de obra recentemente publicada e de relevância para a Enfermagem/Saúde ou área correlata. Apresentação em até cinco laudas.
- **Resumos de Teses e Dissertações:** são resumos expandidos apresentados com até 400 palavras, em português, inglês e espanhol, inclusive o título. Deve conter o nome do orientador, data (dia/mês/ano) e local (cidade/programa/instituição) da defesa.

Forma de apresentação dos originais

Os trabalhos deverão ser apresentados em formato compatível ao MS Word for Windows, digitados para papel tamanho A4, com letra tipo Verdana, tamanho 10, com espaçamento 1,5 cm entre linhas em todo o texto, margens 2,5 cm (superior, inferior, esquerda e direita), parágrafos alinhados em 1,0 cm.

- **Título:** deve ser apresentado justificado, em somente a primeira letra em maiúsculo, negrito e nas versões da língua portuguesa, inglesa e espanhola. A seqüência de apresentação dos mesmos deve ser iniciada pelo idioma em que o artigo estiver escrito. Especificar em nota no fim do documento a indicação da agência de fomento, quando for o caso e, também, quando parte de Relatório de Pesquisa, Tese, Dissertação, Monografia de Final de Curso, entre outras. Deverá ser conciso, porém informativo, em até 15 palavras.

- **Autores:** nome(s) completo(s) do(s) autor(es) alinhados à esquerda. Enumerar em nota no final do documento as seguintes informações: formação universitária, titulação, atuação profissional, local de trabalho ou estudo (cidade e estado, província, etc), endereço para correspondência do autor principal e e-mail, de preferência institucional, atualizado de todos os autores.
- **Resumo e descritores:** devem ser apresentados na primeira página do trabalho em português, inglês e espanhol, digitados em espaço simples, com até 200 palavras. Ao final do resumo devem ser apontados de 3 a 5 descritores ou palavras chave que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bireme.br/> ou <http://decs.bvs.br/>). A seqüência dos resumos deve ser a mesma dos títulos dos artigos.
- **Estrutura do Texto:** a estrutura do texto deverá obedecer às orientações de cada categoria de trabalho já descrita anteriormente, acrescida das referências bibliográficas, de modo a garantir uma uniformidade e padronização dos textos apresentados pela revista. Os anexos (quando houver) devem ser apresentados ao final do texto.
- **Ilustrações:** tabelas, figuras e fotos devem estar inseridas no corpo do texto contendo informações mínimas pertinentes àquela ilustração (Por ex. Tabela 1; Figura 2; etc), inseridas logo após serem mencionadas pela primeira vez no texto, com letra tipo Verdana, tamanho 09. As Ilustrações e seus títulos devem estar centralizados e sem recuo. O tamanho máximo permitido é de uma folha A4.
- **Notas de rodapé:** devem ser apresentadas quando forem absolutamente indispensáveis, indicadas por números e constar na mesma página a que se refere.
- **Citações:**
 - o Para citações “ipsis literis” de referências bibliográficas deve-se usar aspas na seqüência do texto
 - o As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa deverão ser apresentadas em itálico, em letra tamanho 09, na seqüência do texto.
- **Referências bibliográficas:** não devem ultrapassar vinte (20) referências, numeradas consecutivamente na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser identificadas no texto por números arábicos sobrescritos

entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parênteses [p. ex. aaaa^(x)], sem a menção aos autores, exceto quando estritamente necessária à construção da frase. Nesse caso além do nome deve aparecer o número da referência. Exemplificando, Medeiros⁽⁷⁾. Essa regra também se aplica para tabelas e legendas. Ao fazer a citação seqüencial de autores, separe-as por um traço (ex. 1-3); quando intercalados utilize vírgula (ex. 2,6,11).

Exemplos de referências

Artigos em periódicos

Estrutura:

Autores. Título do artigo. Título do periódico. Ano de publicação;Volume(Número):Páginas.

OBS: Após o ano de publicação, não usar espaços.

01. Exemplos:

01.1. Artigo impresso

- **Artigo Padrão**

Esperidião E, Munari DB. Holismo só na teoria: a trama dos sentimentos do graduando de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2004;38(3):332-340.

Ao listar artigos com mais de seis (06) autores nas referências, após o sexto autor, usar a expressão et al.

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002;935(1-2):40-6.

- **Volume com suplemento**

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache*. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

- **Número com suplemento**

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

- **Número sem volume**

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

- **Sem volume ou número**

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002 Jun:1-6

- **Artigo em uma língua diferente do Português, Inglês e Espanhol**

Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. [A case of severe mental retardation with blepharophimosis, ptosis, microphthalmia, microcephalus, hypogonadism and short stature—the difference from Ohdo blepharophimosis syndrome]. *No To Hattatsu*. 2004;36(3):253-7. Japanese.

- **Artigo sem dados do autor**

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7357):184.

01.2. Artigo em periódico eletrônico

Santana RF, Santos I. Trancender com a natureza: a espiritualidade para os idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*. 2005 [cited 2006 jan 12];7(2):148-158. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/original_02.htm.

01.3. Livros

- **Com único autor**

Demo P. Auto-ajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana. 1ª edição. Petrópolis: Vozes; 2005.

- **Organizador, editor, compilador como autor**

Brigh MA, editor. Holistic nursing and healing. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

- **Capítulos de livros**

Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editores. Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios. Brasília: Letras Livres/Editora UnB; 2007. p. 99-118

- **Instituição como autor e publicador**

Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide (Australia): Adelaide University; 2001.

01.4. Tese/Dissertação

- **Tese**

Souza ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [tese]. [Ribeirão Preto]: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 65 p.

- **Dissertação**

Coelho MA. Planejamento e execução de atividades de enfermagem em hospital de rede pública de assistência, em Goiânia/GO [dissertação]. [Goiânia]: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2007. 119 p.

01.5. Trabalhos em eventos científicos

- **Evento (Anais/Proceedings de conferência)**

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- **Trabalho apresentado em evento**

Munari DB, Medeiros M, Bezerra ALQ, Rosso, CFW. The group facilitating interpersonal competence development: a brazilian experience of mental health teaching. Proceedings of the 16th Internacional Congress of Group Psychotherapy; 2006 jul 17-21; São Paulo, Brasil. p. 135-136

01.6. Outras publicações

- **Jornais**

Souza H, Pereira JLP. O orçamento da criança. Folha de São Paulo. 1995 maio 02;Opinião:1º Caderno.

- **Leis/portarias/resoluções**

Ministério da Saúde; Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

- **Homepage da Internet**

Portal da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saude (BR) [update 2006 oct 18, cited 2006 oct 20]. Saúde lança política nacional da pessoa idosa. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=28208.

Para mais informações sobre as referencias consulte International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Sample References: (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), ou ainda, consulte o site Citing Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=citmed.TOC&depth=2>).