

## PROCESSO DE ATENDIMENTO QUALIFICADO AO PACIENTE COM IDEAÇÃO SUICIDA

### **Carolina Anastacio de Sousa**

Enfermeira pela Faculdade Vale do Cricaré, Residente em urgência e emergência pela Fundação Beneficente Rio Doce – Linhares, ES.

<http://lattes.cnpq.br/8130663123294792>

E-mail: [carolina.anastacios@gmail.com](mailto:carolina.anastacios@gmail.com)

### **Stephanie Oliveira de Araújo**

Enfermeira mestranda no programa de pós-graduação em biotecnologia-UFES, ES.

<http://lattes.cnpq.br/4937376875703210>

E-mail: [stephanie.araujo@edu.ufes.br](mailto:stephanie.araujo@edu.ufes.br)

### **Karine da Silva Coelho**

Enfermeira na Fundação Beneficente Rio Doce – Linhares, ES.

<http://lattes.cnpq.br/8807810464791120>

E-mail: [karine\\_kotelho@hotmail.com](mailto:karine_kotelho@hotmail.com)

DOI-Geral: <http://dx.doi.org/10.47538/RA-2022.V1N4>

DOI-Individual: <http://dx.doi.org/10.47538/RA-2022.V1N4-08>

**RESUMO:** Introdução: A crise psiquiátrica é mencionada para descrever urgências e emergências psiquiátricas, e neste contexto tem-se a saúde mental que se trata de uma área da ciência que além do diagnóstico e tratamento, está relacionada a assistência adequada e a preservação da vida. A qualidade do atendimento e da abordagem do profissional ao paciente, influencia diretamente na adesão ou não do cliente ao tratamento. Desta maneira, é imprescindível definir o direcionamento adequado do paciente com ideação suicida que dá entrada em uma unidade não referenciada. Métodos: A abordagem inclui como critério de inclusão o setor pronto socorro e sala de emergência. Objetivo: Analisar a situação atual do atendimento em urgência e emergência em saúde mental de uma unidade não referenciada. Conclusão: O índice de pacientes que realizam a tentativa de autoextermínio vem ganhando espaço, com base no aumento das ocorrências, é necessário que o profissional de saúde esteja capacitado para realizar o manuseio adequado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Suicídio. Ideação suicida. Saúde mental.

## QUALIFIED CARE PROCESS FOR PATIENTS WITH SUICIDAL IDEATION

### ABSTRACT

**ABSTRACT:** Introduction: The psychiatric crisis is mentioned to describe psychiatric urgencies and emergencies, and in this context we have mental health, which is an area of science that, in addition to diagnosis and treatment, is related to adequate care and the preservation of life. The quality of care and the professional's approach to the patient directly influences whether or not the client adheres to the treatment. In this way, it is essential to define the appropriate direction of the patient with suicidal ideation who is

admitted to a non-referenced unit. Methods: The approach includes the emergency department and the emergency room as inclusion criteria. Objective: To analyze the current situation of urgent and emergency care in mental health in a non-referenced unit. Conclusion: The rate of patients who attempt self-extermination has been gaining ground, based on the increase in occurrences, it is necessary for the health professional to be able to carry out the proper handling.

**KEYWORDS:** Suicide. Suicidal ideation. Mental health.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), traz o suicídio como um problema de saúde pública, considerando que o paciente com comportamento suicida apresenta impulso de crescimento no Brasil (TORO et al., 2013). Tornando cada dia mais comum prestar assistência ao usuário em meio a um surto psicótico, para isso é necessário o preparo do profissional para lidar com as intercorrências referente a saúde mental.

A saúde mental no Brasil traz histórico de grandes lutas, buscando melhorias na gestão e atenção aos pacientes portadores de saúde mental. Com isso, na década de 70 a reforma psiquiátrica brasileira objetivou a exclusão dos manicômios, buscando novas alternativas de acompanhamento e tratamento destes pacientes, acolhendo e os aproximando da sociedade (OLIVEIRA; SILVA, 2017).

O comportamento suicida resulta desde os planos até a tentativa de suicídio, apresentando derivadas abrangências, entre elas a ideação suicida, planejamento suicida, tentativa de suicídio e suicídio (HCOR, 2020). Este autor ainda caracteriza a ideação suicida pelo desejo da morte, podendo ser classificado em ideação de risco baixo, médio e grave. Sendo risco baixo, o cliente apresenta pensamentos vagos, sem quaisquer planos. Risco médio, apresenta pensamentos e planos, mas a tentativa não é imediata, e o risco grave em que o paciente tem planos definidos e deseja realizar prontamente (HCOR, 2020).

De acordo com Daudt et al. (2014), o risco de suicídio pode ser classificado em baixo, médio e alto risco, seguindo a pontuação de baixo risco valores entre 1-5 pontos, médio risco valores entre 6-9 pontos e alto risco valores acima de 10 pontos. Para finalização da classificação e seguimento na conduta é necessário o questionamento de acordo com o quadro do paciente, proporcionando um diálogo protetor. Entretanto, as

perguntas devem ser direcionadas abordando as temáticas de quais são os pensamentos suicidas, ideação suicida, plano de ação e tentativas de suicídio.

Em contrapartida, o Leppaus et al. (2018), traz o método de classificação de risco, a medida inspirada no protocolo de Manchester. Tendo como critério as cores vermelha, laranja, amarelo, verde e azul. A cor vermelha chama atenção para casos de risco grave, com abordagem imediata devido risco iminente de morte ou sinais evidentes de deterioração que ameace a própria vida ou a de terceiros. A cor laranja, que representa o risco elevado, que aborda problemas em potencial, com necessidade de rápida intervenção. A cor amarela, traz a característica de risco moderado, podendo evoluir para quadro grave. Cor de tonalidade verde, representa condições com potencial complicação, tendo como critério de classificação o risco baixo e por último a cor azul, que representa o quadro de condição não urgente ou problema crônicos, sem alterações aos sinais vitais.

A tentativa de suicídio é uma ação direta buscando a concretização do óbito, podendo ou não desencadear danos definitivo, sendo deferido do suicídio apenas pelo desfecho final de não se agravar para a ocorrência fatal (HCOR, 2020). O indivíduo que realiza a tentativa de suicídio tem como objetivo concretizar o óbito, planejando toda ação, ato realizado de forma consciente e intencional.

O planejamento consiste na elaboração da estratégia, quando o indivíduo organiza planos de ação para concretizar o suicídio, incluindo local, data e forma de execução (MARTIN et al., 2022).

Em contrapartida, segundo Martin et al. (2022), o indivíduo que deseja executar o suicídio tem como objetivo a ambivalência, onde o desejo real é finalizar o sofrimento vigente, apresentando sinais e sintomas que representa pedido de ajuda.

A ausência da informação e o preconceito da população e profissionais de saúde, desencadeia a assistência inadequada frente ao pedido de ajuda do paciente, ocasionando desde a dificuldade de identificar os fatores de riscos, manifestações clínicas até a não abordagem qualificada (VIDAL et al., 2013).

A saúde mental é uma área da ciência que além do diagnóstico e tratamento, está correlacionado a assistência adequada e a preservação da vida. Sendo a enfermagem, os profissionais que acompanham os pacientes por um maior período, ela desenvolve um

papel primordial no cuidado adequado às diversas vítimas, sendo estes de diferentes patologias e agravos, dentre estes o paciente em transtorno mental (MINISTERIO DA SAÚDE, 2003).

A crise psiquiátrica é mencionada para descrever urgências e emergências psiquiátricas. Podendo ser caracterizada por episódios em que o paciente apresenta transtorno de pensamentos, emoção ou comportamento, nos quais são necessários atendimento e conduta imediata, evitando danos posteriores para o paciente, bem como prejuízo psíquico, físico e social (OLIVEIRA; SILVA, 2017).

Vale ressaltar que para Bertolote et al. (2010) o comportamento suicida é evidenciado pelos indicadores da natureza sociodemográfica, clínica, genética e os fatores precipitantes (estressores), e ainda resalta que o paciente portador de transtorno mental é um importante fator de risco para acometimento de suicídio.

O suicídio deve ser prevenido de acordo com a complexidade do agravo, é existente três modalidades preventivas. Sendo estas, a prevenção universal, seletiva e indicada (MARTIN et al., 2022).

A prevenção universal é abordada na população em geral com objetivo de evitar o início de um agravo, independente do grau de risco. Prevenção seletiva é fundamentada no meio que apresenta a maior probabilidade de ocorrência do suicídio. Enquanto isso, a prevenção indicada é realizada em indivíduos com potencial alto risco, tendo um ou mais fatores desencadeadores (MARTIN et al., 2022).

Portando, a assistência e atenção adequada com acolhimento, prontidão e qualidade promove a adesão do paciente ao tratamento psíquico. Além do mais, pode ser proporcionado a escuta efetiva, adquirindo confiança do paciente para formulação do vínculo e sucesso na adesão ao tratamento (KONDO et al., 2011).

A assistência do profissional ao paciente psiquiátrica, se torna relevante mediante a necessidade do conhecimento e preparo do profissional, abrangendo o acolhimento e condutas adequadas na atenção ao paciente portador de saúde mental. Mediante este contexto observou-se no atendimento, o direcionamento adequado do paciente com ideação suicida que deu entrada em uma unidade não referenciada.

A pesquisa teve como objetivo o manejo adequado do paciente com ideação suicida atendido em uma unidade não referenciada localizada em um município do Norte do Espírito Santo, realizando um levantamento de dados de pacientes que realizaram tentativa de autoextermínio através do banco de dados E-SUS e quantificar o número de pacientes com ideação suicida e lesão autoprovocadas que foram atendidas em uma unidade hospitalar, para implantar fluxograma de referência a pacientes de ideação suicida e lesões autoprovocadas.

## MÉTODOS

A abordagem utilizou como critério de inclusão o setor do pronto socorro e sala de emergência. Sendo realizado levantamento dos pacientes com ideação suicida no período de julho de 2021 a julho de 2022.

Foi realizada uma pesquisa de campo na vigilância epidemiológica para levantamento de dados da ocorrência de um município do Norte do Espírito Santo e de dados no arquivo do setor do Hospital não referenciado das pacientes vítimas do agravo, através de leitura dos livros de registro.

Os dados foram processados filtrando os agravos ocorridos no período estabelecido, incluindo sexo, faixa etária e nível de escolaridade. Buscando a notificação realizada sobre o desfecho do quadro.

Após finalizada a pesquisa quantitativa, os dados tabulados foram expostos em gráfico, mencionando os resultados. Com base no levantamento, foi abordado o setor de saúde mental do município, para haver entendimento do fluxo dos pacientes que realizam a tentativa de autoextermínio, diante disso, foi realizado fluxograma para atendimento e manuseio adequado do paciente na rede hospitalar não referenciada.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo Andrade (2022) e dados coletados pela Organização Mundial de saúde (OMS), o número de tentativas suicidas supera o índice numérico dos suicídios concretizados em cerca de quarenta vezes ou vinte tentativas para cada um suicídio

finalizado. Os dados abordam também a estimativa que é realizado uma tentativa de suicídio a cada 30 segundos e a concretização de um suicídio a cada 40 segundos.

Segundo Vidal et al. (2013), para cada um caso de suicídio existe dez tentativas suicida. Sendo que a cada tentativa documentada, existem quatro sem registro comprobatório. É importante ressaltar que toda ameaça do indivíduo de executar o suicídio deve ser documentada, abordando o fato que as tentativas seguidas de suicido leva a consumação do suicídio.

Segundo o exposto, de acordo com dados coletados em um município do Norte do Espírito Santo de julho de 2021 a julho de 2022, houve aumento de 39 ocorrências. Maior abrangência no mês de outubro de 2021 com 15 ocorrências e 31 casos no mês de abril de 2022, desta forma, havendo evidência maior de ocorrência no ano de 2022, como mostra as figuras a seguir:

Figura 1: Distribuição por ano de ocorrência

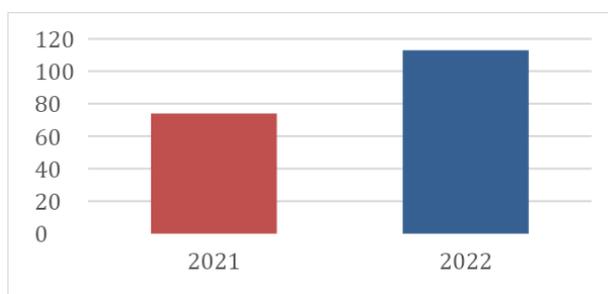
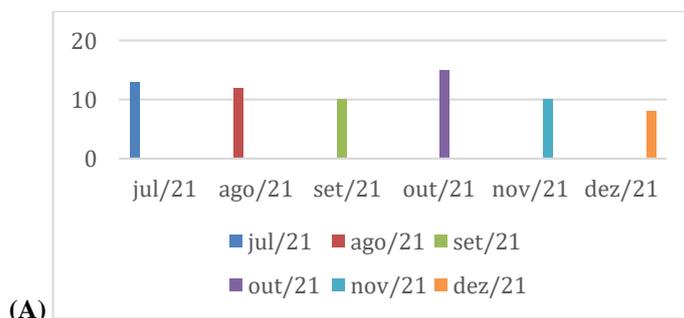
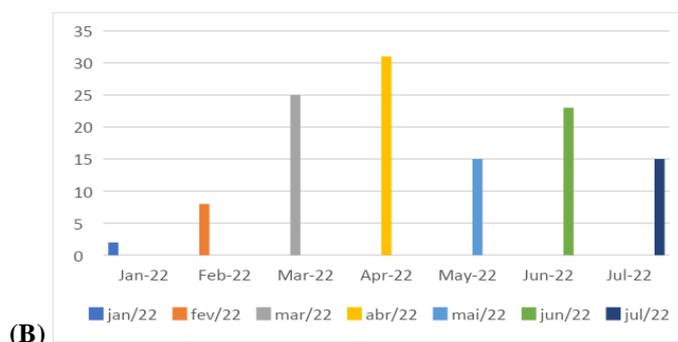


Figura 2: Distribuição por mês de notificação



(A)

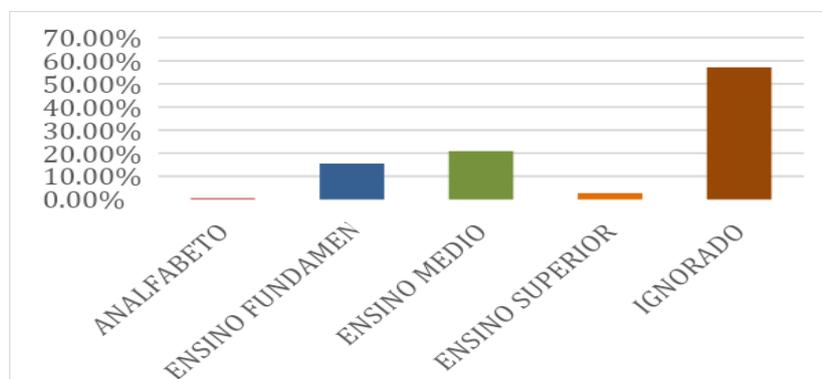


A) Referente ao ano de 2021. B) Referente ao ano de 2022.

O fator predisponente representa fatores remotos e distais, bem como sexo, idade, histórico familiar, histórico de drogas lícitas e ilícitas, tentativa (as) prévias, histórico de doença mental e/ou física, estado civil, estado socioeconômico, abuso físico, mental e/ou sexual, classe étnico e sexual. Entanto, o fator precipitante representa os estressores que está associada a diversas situações, bem como relação afetiva e/ou social, alta de centro psiquiátrico, desemprego, modificações socioeconômica, gravidez indesejada e medo de descobertas por algo indesejado socialmente (BERTOLOTE et al., 2010).

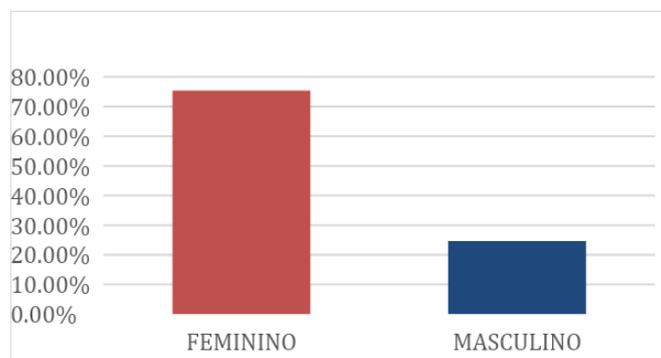
Diante do nível de escolaridade, 57,20% não foi coletado a informação, dando o questionário como ignorado. Seguindo 20,90% apresentava ensino médio completo, 15,50% ensino fundamental, 2,70% ensino superior e analfabetismo com a faixa de 0,50%, conforme a figura 3:

Figura 3: Distribuição por nível de escolaridade



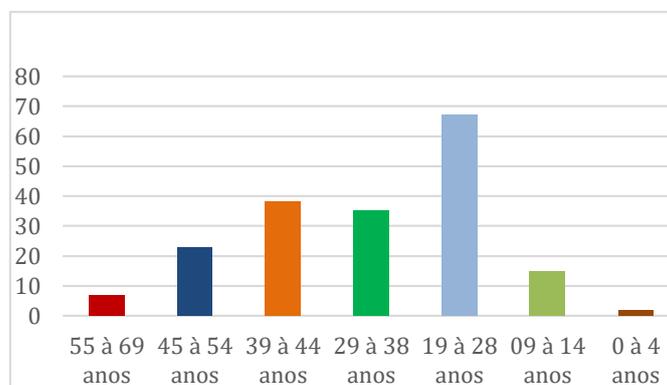
Mediante notificações, 75,40% foi do sexo feminino prevalecendo o índice superior do sexo masculino com a porcentagem de 24,60%. Como mostra a figura 4

Figura 4: Distribuição por sexo



Os usuários com maior abrangência do agravo estiveram na faixa etária entre 19 a 28 anos com 67 ocorrências, seguindo de 39 a 44 anos com 38 ocorrências, 29 a 38 anos com 35 agravos, 45 a 54 anos com 23 agravos, 15 casos da faixa de 09 a 14 anos, 55 a 69 anos com 7 ocorrências e 2 casos de 0 a 4 anos. De acordo com a figura 5:

Figura 5: Notificação por faixa etária

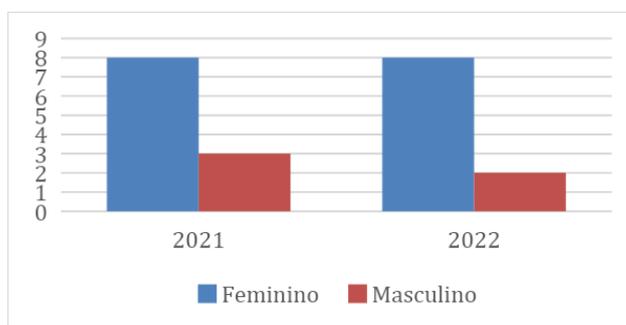


O atendimento de urgência e emergência psiquiátrico é a porta de entrada dos pacientes com transtorno mental no sistema único de saúde (SUS), sendo priorizado na maioria das vezes a internação hospitalar para a contenção da crise, sem antes aderir novas alternativas (OLIVEIRA; SILVA, 2017). Desta forma, faz-se necessário abordagem na organização de rotina e sequência correta da prática do cuidado, desde a abordagem até a referência ao serviço de especialidade (LAVALL et al., 2017).

A rede hospitalar necessita ter um ambiente calmo e seguro para ambos, tanto para o paciente quanto ao profissional, para que a equipe possa atender e ouvir o paciente com comportamento suicida, prestando apoio com tolerância para facilitar a formação do vínculo e assim solicitar avaliação do especialista em saúde mental para efetivação do manuseio (REISDORFER et al., 2015).

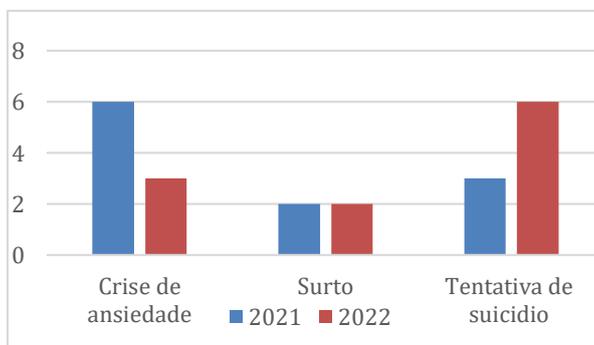
Mediante coleta de dados na unidade hospitalar de um Hospital Filantrópico do Norte do Espírito Santo, há registro de entrada no ano de 2021, cerca de 11 usuários. Sendo 8 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. No ano de 2022 deu entrada 10 usuários, permanecendo maior índice do sexo feminino com 8 usuários e 2 do sexo masculino.

Figura 6: Distribuição por sexo – Ano 2021/2022



Conforme evolução no livro de registro, 6 clientes deram entrada em 2021 por crise de ansiedade, 2 em surto psicótico e 3 por lesões autoprovocadas. Em 2022, houve registro de entrada de 2 usuários por crise de ansiedade, 2 em crise psicótica e 6 por tentativa de suicídio.

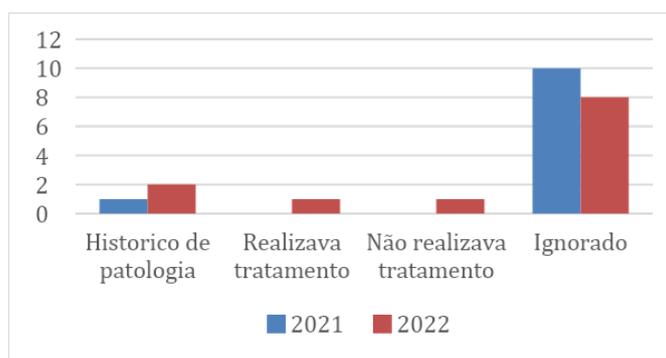
Figura 7: Agravos – Ano 2021/2022



Os casos de violência autoprovocadas deve ser notificado no período de até 24 horas, notificação essa realizada pelo profissional de saúde, garantindo a criação e ampliação de políticas públicas para cuidados e prevenção do suicídio, após acionamento a rede de cuidados e levantamento epidemiológico do agravo de acordo com a localidade (CANDIDO et al., 2020).

Destes usuários em 2021, 10 clientes não foram interrogados histórico progresso de patologia e tratamento e apenas um houve interrogatório com histórico de patologia não específica, sem tratamento. Em 2022, 8 clientes não foram interrogados, 2 relataram histórico de patologia prévia, sendo um com tratamento em andamento e um que não realizava tratamento. Com base no gráfico a seguir:

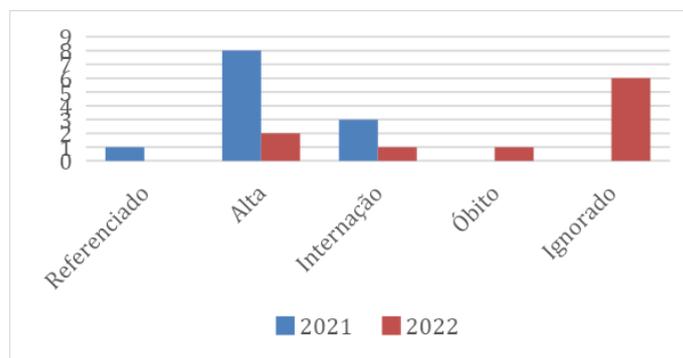
Figura 8: Histórico de patologia e tratamento prévio - Ano 2021/2022



A qualidade do atendimento e da abordagem do profissional ao paciente, influencia diretamente na adesão ou não do cliente ao tratamento. A atenção e preocupação do profissional é primordial para estabelecer o vínculo, assim adquirindo confiança para fornecer o cuidado de excelência (SILVA, 2017). No entanto é necessário que o profissional realize anamnese e exame do estado mental, avaliando e classificando os riscos da realização do suicídio (REISDORFER et al., 2015).

Conforme critério médico, no ano de 2021 houve 8 altas sem referência para rede especializada e 3 encaminhados para internação, sendo apenas um foi referenciado para a rede especializada posteriormente. No ano de 2022, 6 casos foi ignorado o registro do desfecho, 1 caso evoluído a óbito, 1 internação e duas altas, sendo apenas um referenciado a rede especializada. Como mostra o gráfico a seguir:

Figura 9: Desfecho do agravo - Ano 2021/2022



Beja et al. (2018) aborda sobre o método de intervenção que traz o modelo RAPID-PFA, modelo que contempla cinco estágios para atuação. O primeiro objetiva ampliar a capacidade de compreensão de uma situação problemática, seguindo da avaliação e priorização das necessidades básicas, reconhecer reações comportamentais e psicológicas benignas e severas potencialmente desestabilizadoras, suavizar o estresse agudo, reconhecer a necessidade de facilitar o acesso ao apoio especializado, reduzir riscos advindos da intervenção promovendo a preservação e existência.

Segundo Leppaus et al. (2018), na lei Nº 10.216 de 06 de abril de 2001, traz que a internação hospitalar é o último critério alternativo, levando em consideração que essa medida só deve ser acionada quando houver esgotamento dos recursos extra hospitalares. Diante disso, as modalidades que definem a internação em saúde mental se baseiam na internação voluntária, internação involuntária e internação compulsória.

A internação voluntária é caracterizada pela força e desejo maior do usuário. A internação involuntária é evidenciada pela medida contra a vontade do paciente, formulada por pedido de terceiros responsáveis pelo cliente e a internação compulsória é abordada por determinação judicial (LEPPAUS et al., 2018).

Mediante o exposto, foi identificado falha no atendimento e manuseio adequado destes usuários. Sendo necessário realizar fluxograma de atendimento e manejo adequado ao paciente com ideação suicida, obedecendo o fluxo em saúde mental do município e necessidade da instituição. Fluxo este exposto em consultórios médicos do pronto socorro, classificação de risco e sala de emergência. Segue em anexo o fluxo criado de manuseio dos pacientes que derem entrada no serviço de atenção terciária.

## CONCLUSÃO

A saúde mental está evidencialmente crescendo ao longo do tempo até os dias atuais, tornando cada dia mais comum prestar assistência ao usuário em meio a um surto psicótico, para isso é necessário o preparo do profissional para lidar com as intercorrências referente a saúde mental.

O índice de pacientes que realizam a tentativa de autoextermínio vem ganhando espaço, com base no aumento das ocorrências, é necessário que o profissional de saúde esteja capacitado para realizar o manuseio adequado.

Com o destaque no agravo, é de extrema importância que o profissional conduza com excelência todos os usuários. Levando em consideração que a abordagem e o manuseio aos usuários são primordiais para resguardar a vida e proporcionar a maior possibilidade de aceitação do tratamento adequado. Sendo assim, se faz necessário a continuidade dos estudos deste agravo para o profissional esta sempre capacitado a executar com excelência o atendimento.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Maria. **Fatores associados à recorrência de tentativas de suicídio: Uma revisão integrativa da literatura de 2000 a 2020.** Rev. BRAS. PSICOTER, v. 24, n. 1, p. 107 – 123. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v24n1a07.pdf>. Acesso em: 13 de junho de 2022.
- BEJA, Maria et al. Primeiros socorros psicológicos: Intervenção psicológica na catástrofe. Rev. Psychologica, v. 61, n.1, p. 125 – 142. Universidade de Coimbra, 2018. Disponível em: <https://crp03.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Primeiros-Socorros-Psicologicos-artigo.pdf>. Acesso em: 04 de outubro de 2022.
- BERTOLETE, José; SANTOS, Carolina; BOTEAGA, Neury. **Deteção do risco de suicídio nos serviços de emergências psiquiátricas.** Rev. Brasileira de psiquiatria, v. 32, p 587 – 595. UNESP, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbp/a/tF7BMYYsc7sT53qQd5hWrPt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 23 de maio de 2022.
- BOLSONARO, Jair *et al.* **Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.** Brasília, 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm). Acesso em: 11 de outubro de 2022.

CANDIDO, Arthur *et al.* **Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação.** Brasília, 2020. Disponível em:

[http://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes\\_atuacao\\_profissional.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes_atuacao_profissional.pdf). Acesso em: 11 de outubro de 2022.

CERVO, Amado *et al.* **Metodologia científica.** 6. Ed. São Paulo: Pearson, 2007.

DAUDT, Arthur. **Manejo em emergência do paciente suicida.** Biblioteca virtual de saúde, v. 35, n. 06. Porto Alegre, 2014. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882736>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2022.

GUTIERRIZ, Beatriz. **Assistência hospitalar na tentativa de suicídio.** Rev.

PsicologiaUSP, v. 20, n. 3, p. 262-269. São Paulo, 2014. Acesso em 18 de abril de 2022.

HCOR, 2020. **Protocolo de avaliação e cuidados para o suicídio.** Disponível em:

<https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/2020/11/23.-Protocolo-Suicidio.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2021.

KONDO, Erika *et al.* **Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na**

**emergência em saúde mental em um pronto atendimento.** Rev. Esc Enferm, v. 45, n.2, p. 501-7. USP, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a27.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2021.

LAVALL, Eliane *et al.* **Cuidados de enfermagem a pacientes com risco de suicídio.**

Rev. Cienc Cui Saúde, v. 10, n.2. Porto Alegre, 2017. Acesso em 18 de abril de 2022.

LEITE, Marinês. **Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de**

**intervenção diante do comportamento suicida.** Rev. REUFMS, v.5, n.2. P. 295-304. UFSM, 2015. Acesso em 10 de abril de 2022.

LEPPAUS, Elaine *et al.* **Protocolo de classificação de risco em saúde mental.**

Secretaria de estado da saúde do Espírito Santo, 2018. Disponível em

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20CLASSIFICACAO%20DE%20RISCO%20EM%20SAUDE%20MENTAL.pdf>. Acesso em 23 de maio de 2022.

MARTIN, Isabela *et al.* **Prevenção do risco de suicídio: Um guia para profissionais da saúde.** Rev. Atena. Ponta Grossa, 2022. Disponível em

<https://cdn.atenaeditora.com.br/documentos/ebook/202209/e25ZY1a1KJm3F777fABArLSAjWIZszLuW8wSC2s.pdf>. Acesso em 04 de outubro de 2022.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem.** 2. Ed.

Brasília, 2003. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae\\_cad7.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae_cad7.pdf). Acesso em: 20 de março de 2021.

MOUTIER, Christine. **Comportamento suicida.** Manual MSD, 2021. Disponível em

[https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiQUI%3%A1tricos/comportamento-suicida-e-autoles%3%A3o/comportamento-suicida#v1030324\\_pt](https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiQUI%3%A1tricos/comportamento-suicida-e-autoles%3%A3o/comportamento-suicida#v1030324_pt). Acesso em 26 de maio de 2022.

OLIVEIRA, Lucidio; SILVA, Richardson. **Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas.** Rev Enferm UERJ, v. 25. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/916039/10726-103156-1-pb.pdf>. Acesso em: 11 de setembro de 2021.

PEREIRA, Cíntya *et al.* **Padrão espaço-temporal e indicadores associado ao suicídio.** Rev. Rene. Paranaíba, 2021. Disponível em <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/70998/217932>. Acesso em 13 de junho de 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE. **Diretrizes clínicas: Saúde mental.** 1º Ed. Vitoria, 2008.

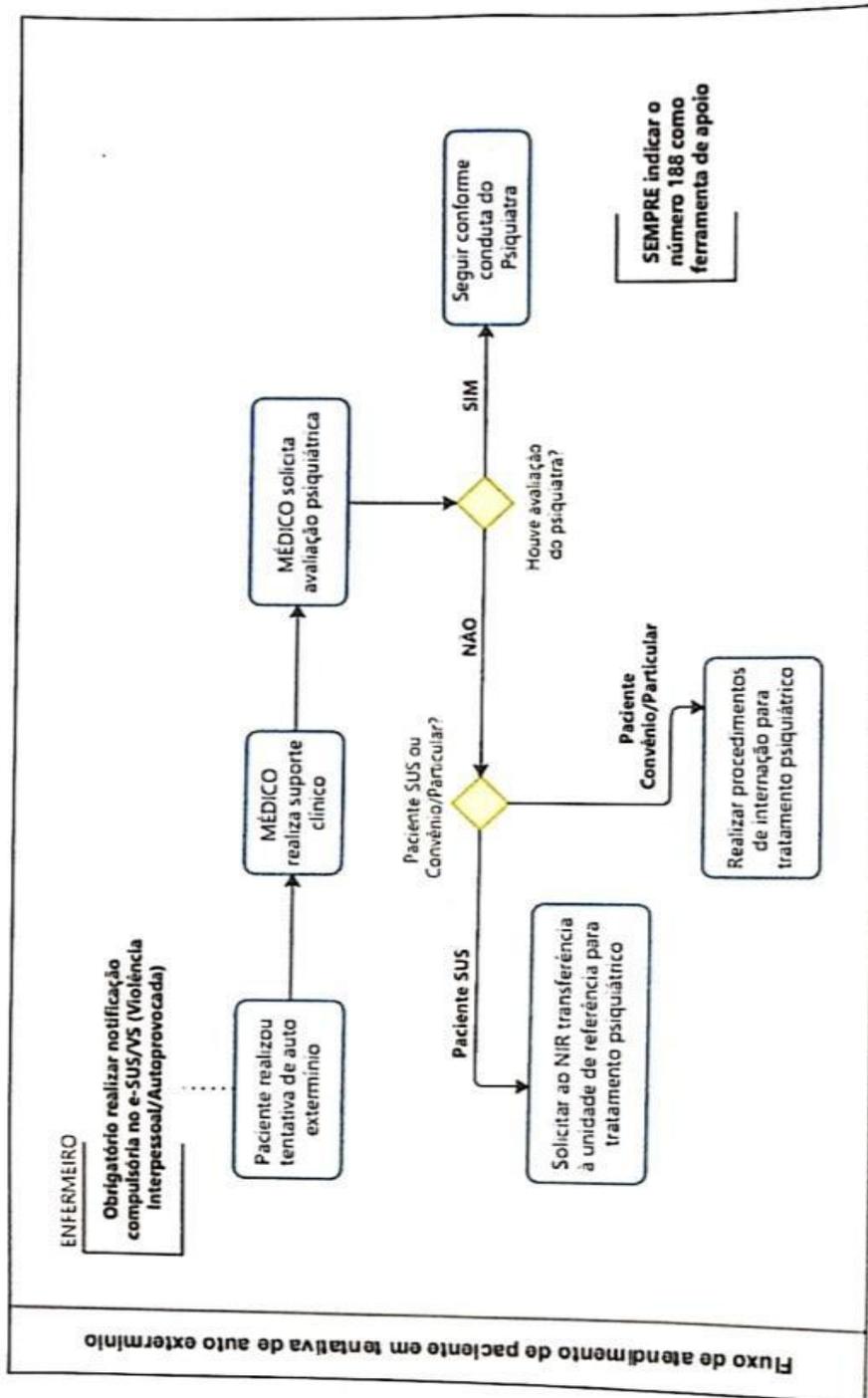
SILVA, Catiane *et al.* **Atuação do profissional enfermeiro no atendimento ao profissional por tentativa de suicídio.** Rev científica FacMais, v. 9, n. 2. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/09/2.-ATUA%C3%87%C3%83O-DO-PROFISSIONAL-ENFERMEIRO-NO-ATENDIMENTO-AO-PACIENTE-POR-TENTATIVA-DE-SUIC%C3%8DDIO.pdf>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2022.

TORO, Giovana *et al.* **O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio.** Rev. Psicologia em revista, v. 19, n. 03. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v19n3/v19n3a06.pdf>. Acesso em 10 de setembro de 2021.

VIDALL, Carlos *et al.* **Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: A percepção de quem tenta.** Rev. Cad. Saúde Colet. V. 21, n. 2, p. 108 – 14. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZgWqyVy6hjVYchTXBWc4z9R/?format=pdf&lang=p>. Acesso em 06 de junho de 2022.

Data de submissão: 25/11/2022. Data de aceite: 28/11/2022. Data de publicação: 01/12/2022.

Anexo 1: Fluxograma de atendimento do paciente em tentativa de autoextermínio



Versão 001