

ASSISTÊNCIA AO SUICÍDIO E AGRESSIVIDADE NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

ASSISTANCE TO SUICIDE AND AGGRESSION IN THE MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE

ASISTENCIA AL SUICIDIO Y AGRESIÓN EN EL SERVICIO MÓVIL DE URGENCIAS

Larissa Castelo do Amaral¹Aline Conceição Silva¹Kelly Graziani Giaccherio Vedana¹<https://orcid.org/0000-0002-0084-6554><https://orcid.org/0000-0001-5843-2517><https://orcid.org/0000-0001-7363-2429>**Descritores**Suicídio; Agressão; Emergência;
Assistência; Enfermagem**Descriptors**Suicide; Aggression; Emergency;
Assistance; Nursing**Descriptores**Suicidio; Agresión; Emergencia;
Asistencia; Enfermería**Submetido**

23 de Março de 2021

Aceito

7 de Junho de 2021

Conflitos de interesse:

manuscrito extraído do projeto de pesquisa "Eficácia de um programa multiprofissional na avaliação de fatores de risco cardiometabólico e tratamento da obesidade abdominal em dois municípios do noroeste do Paraná", liderado pela Universidade Estadual de Maringá em parceria com a Universidade Estadual do Paraná, campus Paranavai.

Autor correspondenteLarissa Castelo do Amaral
E-mail: larissa.amaral@alumni.usp.br**RESUMO**

Objetivo: Investigar fatores associados aos atendimentos realizados por serviço de atendimento móvel de urgência a comportamento agressivo e comportamento suicida ocorridos em 2014 em um município brasileiro.

Métodos: Estudo quantitativo, retrospectivo e documental. Os dados foram extraídos de fichas de atendimento de enfermagem e analisados por estatística descritiva, testes de associação, análise de covariância e regressão logística múltipla.

Resultados: Foram analisadas 627 fichas nas quais predominaram homens adultos, com comportamento agressivo, na própria residência e que foram transportados para algum serviço de saúde. O comportamento agressivo foi mais comum entre homens e teve mais sinais e sintomas documentados e menos tempo de espera pelo atendimento. O comportamento suicida teve mais avaliação de sinais vitais, mais realização de procedimentos e encaminhamento para serviço de saúde.

Conclusão: Tais associações revelam características importantes para a organização e planejamento de intervenções para o cuidado às urgências, prevenção da violência e qualificação de recursos humanos para assistência.

ABSTRACT

Objective: To investigate factors associated with calls made by a mobile emergency care service to aggressive behavior and suicidal behavior that occurred in 2014 in a Brazilian municipality.

Methods: Quantitative, retrospective and documentary study. Data were extracted from nursing care records and analyzed using descriptive statistics, association tests, covariance analysis and multiple logistic regression.

Results: 627 records were analyzed, in which adult men, with aggressive behavior, predominated in their own homes and were transported to a health service. Aggressive behavior was more common among men and had more documented signs and symptoms and less waiting time for care. Suicidal behavior had more evaluation of vital signs, more procedures and referral to health services.

Conclusion: Such associations reveal important characteristics for the organization and planning of interventions for emergency care, prevention of violence and qualification of human resources for assistance.

RESUMEN

Objetivo: Investigar los factores asociados a las llamadas realizadas por un servicio móvil de atención de emergencia a conductas agresivas y suicidas ocurridas en 2014 en un municipio brasileño.

Métodos: Estudio cuantitativo, retrospectivo y documental. Los datos se extrajeron de los registros de atención de enfermería y se analizaron mediante estadística descriptiva, pruebas de asociación, análisis de covarianza y regresión logística múltiple.

Resultados: Se analizaron 627 expedientes, en los que predominaron hombres adultos, con comportamiento agresivo, en sus propios domicilios y fueron trasladados a algún servicio de salud. El comportamiento agresivo era más común entre los hombres y tenía signos y síntomas más documentados y menos tiempo de espera para recibir atención. La conducta suicida tuvo más evaluación de signos vitales, más procedimientos y derivación a servicios de salud.

Conclusión: Tales asociaciones revelan características importantes para la organización y planificación de intervenciones de atención de emergencia, prevención de la violencia y calificación de los recursos humanos para la atención.

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar:Amaral LC, Silva AC, Vedana KG. Assistência ao suicídio e agressividade no serviço de atendimento móvel de urgência. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1145-50.DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4788>

INTRODUÇÃO

As emergências psiquiátricas, em especial aquelas que envolvem violências, são altamente desafiadoras e frequentes. O comportamento suicida e o comportamento agressivo são problemas relevantes no cenário mundial e com elevada mortalidade. No mundo, aproximadamente 800 mil pessoas morrem anualmente por suicídio, o que corresponde a uma morte a cada 40 segundos e cerca de 477 mil pessoas vítimas de homicídios.^(1,2)

O Brasil possui elevados índices de comportamento suicida e comportamento agressivo. O país ocupa o oitavo lugar no ranking de maiores números absolutos de óbitos por suicídio e entre 2011 e 2018 foram notificados 339.790 casos de violência autoprovocada no país que se concentram na faixa etária de 15 a 29 anos (45,4%) e no sexo feminino (67,3%).⁽³⁾ Em relação a violência interpessoal, no Brasil concentra-se aproximadamente 10% da mortalidade por homicídio do mundo, o país possui a terceira maior mortalidade por homicídios da América do Sul, com cerca de 47.136 mortes no ano de 2012. Entre os casos de violência notificados predominam pessoas do sexo masculino com idade entre 15 a 44 anos, sendo o homicídio a terceira causa de morte para o sexo masculino nessa faixa etária.⁽²⁾

A violência permeia diversos campos sociais e exerce grande impacto pessoal e comunitário. Destaque para a pressão nos sistemas de saúde, de justiça e bem-estar social. A violência também onera os serviços públicos, desacredita e ceifa o processo democrático e o desenvolvimento político e econômico de um país.⁽²⁾ Ambos os comportamentos (violência autoinfligida e interpessoal) são complexos, multifatoriais e são alvos de julgamentos e crenças que podem dificultar ações de prevenção e assistência adequados.^(1,4)

A equipe de enfermagem é categoria predominante entre os profissionais atuam em emergências e estudos revelam que, esse grupo tem enfrentado diversos obstáculos ao atender urgências psiquiátricas, tais como quantidade insuficiente de funcionários, falta de segurança e de equipamentos, impasses administrativos, financeiros e psicológicos, despreparo e falta suporte, protocolos, discussões, supervisão.⁽⁴⁻⁷⁾ Entre esses profissionais, ainda são predominantes os sentimentos de desconforto ao atender pacientes com comportamento suicida, além da exteriorização de conceitos fortemente ligados ao estigma que cercam esse tema.⁽⁸⁾ Outros desafios estão ligados à maior imprevisibilidade e insegurança no atendimento pré-hospitalar móvel, como a falta de colaboração do paciente, ausência de informações da história pregressa e atual no momento do atendimento, risco de violência, dentre outros fatores.⁽⁹⁾

No Brasil, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é acionado por cidadãos e realiza o atendimento pré-hospitalar móvel e a regulação (para encaminhamento dos casos a serviços de saúde.⁽¹⁰⁾ Destaca-se que, apesar da elevada frequência de chamados por comportamento agressivo e suicida nos atendimentos pré-hospitalar de urgências psiquiátricas, o preparo dos profissionais para atender a essa demanda é consideravelmente menor do que a formação para atender urgências clínicas ou traumáticas.

O conhecimento das demandas e da assistência atualmente providas aos casos de comportamentos violentos (suicida ou agressivo) possibilita o mapeamento de necessidades, pontos fortes, e fatores estratégicos para o delineamento de políticas, ações de aprimoramento dos atendimentos e capacitação de recursos humanos. Dessa forma, este estudo teve como objetivo investigar os fatores associados aos atendimentos relacionados a comportamento agressivo e comportamento suicida ocorridos em 2014 no serviço de atendimento móvel de urgência de um município do interior de São Paulo - Brasil.

MÉTODOS

Estudo transversal, documental, com abordagem quantitativa. Este estudo foi apresentado de acordo com as recomendações *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE).

O estudo foi realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de um município do interior de São Paulo - Brasil, que possui aproximadamente 700 mil habitantes. No período da coleta de dados, o SAMU possuía dois tipos de ambulância, cada qual com formas distintas de documentação dos atendimentos.

Foram selecionadas as fichas das ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV), que representam 77% das ambulâncias e atendem aproximadamente 86% dos atendimentos de emergências psiquiátricas. No local do estudo, essas ambulâncias eram tripuladas por um técnico de enfermagem (profissional sem nível superior) e um motorista, sendo as fichas de atendimento preenchidas pelo técnico de enfermagem.

Foram incluídas no estudo as fichas de atendimento de enfermagem de ambulâncias de SBV nas quais estivessem documentadas ocorrências relacionadas ao comportamento agressivo e/ou ao comportamento suicida (letal ou não letal) no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014. Foram excluídas as fichas nas quais o paciente não era o agressor, fichas sem documentação clara sobre o motivo do chamado ou que foram referentes a pessoas que tiveram remoção

antecipada (ou seja, não havia pessoa a ser atendida quando a ambulância chegava ao local do chamado). Ao total, 48.168 fichas de atendimento foram lidas e, dentre essas, 627 foram incluídas no estudo por atenderem aos critérios de seleção supracitados.

Foram coletados dados secundários disponíveis no banco de dados do SAMU. Para a extração dos dados foi realizada a consulta manual de todas as fichas incluídas no estudo. A extração dos dados foi norteada por roteiro construído com base na estrutura das fichas do serviço, permitindo que os dados coletados fossem compatíveis a forma como foram registrados.

As variáveis do estudo foram: sexo do paciente (masculino; feminino; não informado) e idade (crianças e adolescentes; adultos; idosos; não informado), semestre (primeiro; segundo), local (residência ; outros), período da solicitação (diurno; noturno), tempo de espera (em minutos), tipo de comportamento (agressivo ou suicida), sinais e sintomas documentados (tipo e quantidade), agravos traumáticos documentados (tipo e quantidade), avaliação clínica documentada (tipo e quantidade), intervenções de enfermagem documentada (tipo e quantidade) e destino final do atendimento (serviço de saúde, sem encaminhamento ou óbito no local de atendimento).

Os dados foram duplamente digitados no programa *Microsoft Excel* 2010 para possibilitar consistência e veracidade dos dados. Posteriormente foram categorizados, transportados para o programa estatístico *Statistical Analysis System* (SAS) versão 9.2 e foram analisados por estatística descritiva, testes de associações entre as variáveis dependentes (avaliações de sinais e sintomas, avaliações de sinais vitais, tempo de espera, realização de procedimentos, destino final) e as demais características dos atendimentos (sexo, idade, local, semestre e tipo de atendimento - comportamento suicida ou agressivo).

Para as comparações entre os grupos foi proposta a análise de covariância (ANCOVA). Todos os modelos foram ajustados por possíveis fatores de confusão e quando os pressupostos dos modelos não foram válidos, transformações nas variáveis resposta foram utilizadas. Para verificar se as variáveis de interesse são preditoras de resposta, foram calculados *odds ratio* através da regressão logística múltipla. Para todas as comparações adotou-se um nível de significância de 5%.

A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob o protocolo CAAE 48199215.3.0000.5393.

RESULTADOS

Caracterização dos chamados por Comportamento Suicida ou Comportamento Agressivo

Foram analisados, manualmente, 627 prontuários de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A maioria dos chamados ocorreu no segundo semestre (52,15%), no período diurno (54,77%), referia-se a homens (51,1%), com comportamento agressivo (52,49%), adultos (82,49%), que estavam na própria residência (84,69%) no momento do chamado e que foram transportados para algum serviço de saúde (76,64%). Foram testadas associações entre características do chamado e motivo do chamado (comportamento suicida ou comportamento agressivo) e demais características dos chamados e foi identificada associação apenas o motivo do chamado e o sexo, sendo que homens tiveram quase três vezes a chance (OR=2,97; IC=2,08-4,23; $p<0,01$) de apresentar comportamento agressivo quando comparados as mulheres. Também foram testadas associações entre o período de solicitação do chamado e demais características dos atendimentos, contudo não foram identificadas associações.

Assistência de Enfermagem aos chamados por Comportamento Suicida ou Comportamento Agressivo

Os chamados de pessoas do sexo masculino (OR=1,74; IC=1,12-2,71; $p=0,01$), por comportamento agressivo (OR=13,56; IC= 8,43-21,80; $p<0,01$) e ocorridos no segundo semestre (OR=2,33; IC=1,49-3,63; $p<0,01$), tiveram chances aumentadas de terem a avaliação de sinais e sintomas documentada (Tabela 1). Os chamados por comportamento suicida (OR=10,41; IC=6,70-16,19; $p<0,01$) e ocorridos na residência (OR=2,74; IC=1,42-5,29; $p<0,01$) tiveram mais chance de terem sinais vitais avaliados e documentados (Tabela 1).

Foram testadas associações entre características do chamado e a realização de procedimentos relacionados aos cuidados de enfermagem e apenas o motivo do chamado esteve associado à documentação da realização de procedimentos, sendo que chamados por comportamento suicida tiveram mais de quatro vezes a chance (OR=4,59; IC=3,14-6,72; $p<0,01$) de ter algum procedimento documentado quando comparados aos chamados por comportamento agressivo (Tabela 2).

Foram testadas associações entre características do chamado e o destino para o qual os casos foram encaminhados e foram identificadas associações entre motivo do chamado e semestre da ocorrência. Os chamados de pessoas atendidas por comportamento suicida (OR=2,21; IC=1,36-3,60; $p<0,01$) e os chamados ocorridos no segundo

Tabela 1. Avaliações de Sinais Vitais e Sinais e Sintomas e demais características dos atendimentos relacionados ao comportamento agressivo e comportamento suicida

Variáveis	Sinais e sintomas (n=539)			Sinais vitais (n=539)		
	Sim n(%)	OR (IC)	p-value	Sim n(%)	OR (IC)	p-value
Sexo						
Feminino	135(52,12)	1,00 (-)	-	118(45,56)	1,00 (-)	-
Masculino	212(75,71)	1,74 (1,12-2,71)	0,01	78(27,86)	0,75 (0,49-1,15)	0,19
Idade						
8 - 19	38(62,30)	1,00 (-)	-	18(29,51)	1,00 (-)	-
20-59	284(63,82)	1,52 (0,76-3,04)	0,24	165(37,08)	1,18 (0,60-2,31)	0,63
60 ou mais	25(75,76)	2,88 (0,94-8,85)	0,07	13(39,39)	1,38 (0,49-3,87)	0,54
Local						
Outros	48(65,75)	1,00 (-)	-	16(21,92)	1,00 (-)	-
Residência	299(64,16)	1,01 (0,53-1,93)	0,97	180(38,63)	2,74 (1,42-5,29)	<0,01
Semestre						
Primeiro	131(54,58)	1,00 (-)	-	95(39,58)	1,00 (-)	-
Segundo	216(72,24)	2,33 (1,49-3,63)	<0,01	101(33,78)	0,95 (0,62-1,44)	0,81
Comportamento						
Agressivo	254(89,12)	13,56 (8,43-21,80)	<0,01	38(13,33)	1,00 (-)	-
Suicida	93(36,61)	1,00(-)	-	158(62,20)	10,41 (6,70-16,19)	<0,01

OR - odds ratio calculado através da regressão logística múltipla; IC - intervalo de confiança

Tabela 2. Associação entre procedimentos relacionados aos cuidados de enfermagem documentados e demais características dos atendimentos

Variáveis	Procedimentos de Enfermagem (n=539)			
	Não n(%)	Sim n(%)	OR (IC)	p-value
Sexo				
Feminino	131(50,58)	128(49,42)	1,00(-)	-
Masculino	174(62,14)	106(37,86)	0,92 (0,63-1,34)	0,65
Idade				
8-19	39(63,93)	22(36,07)	1,00 (-)	-
20-59	249(55,96)	196(44,04)	1,28 (0,71-2,32)	0,41
60 ou mais	17(51,52)	16(48,48)	1,61 (0,64-4,05)	0,31
Local				
Outros	45(61,64)	28(38,36)	1,00 (-)	-
Residência	260(55,79)	206(44,21)	1,30 (0,75-2,24)	0,35
Comportamento				
Suicida	95(37,40)	159(67,20)	4,59 (3,14- 6,72)	<0,01
Agressivo	210(73,68)	75(26,32)	1,00 (-)	-
Semestre				
Primeiro	133(55,42)	107(44,58)	1,00 (-)	-
Segundo	172(57,53)	127(42,47)	1,04 (0,72-1,52)	0,82

OR - odds ratio calculado através da regressão logística múltipla; IC - intervalo de confiança

semestre do ano (OR=1,61; IC=1,03-2,52; p=0,04) tiveram chances aumentadas de serem encaminhados para um serviço de saúde (Tabela 3).

Foram testadas associações entre as características do chamado e o tempo de espera, que corresponde ao tempo transcorrido entre o horário do chamado e a chegada do serviço de atendimento móvel ao local. Os chamados ocorridos em residências (média= 12,49 min.) tiveram maior tempo de espera quando comparados aos ocorridos em outros locais (média= 7,71 min.; p=0,02). Os chamados relacionados ao comportamento (média= 13,38 min.) suicida também tiveram maior tempo de espera quando comparados aos chamados por comportamento agressivo (média= 10,53 min.; p=0,39).

Tabela 3. Destino e demais características dos atendimentos relacionados ao comportamento agressivo e comportamento suicida

Variáveis	Destino (n=490)			
	Outros n(%)	Serviços de Saúde n(%)	OR (IC)	p-value
Sexo				
Feminino	45(19,23)	189(80,77)	1,00 (-)	-
Masculino	58(22,66)	198(77,34)	1,01 (0,63-1,61)	0,98
Idade				
8 - 19	12(21,43)	44(78,57)	1,00 (-)	-
20-59	89(22,14)	313(77,86)	0,91 (0,45-1,81)	0,78
60 ou mais	2(6,25)	30(93,75)	4,05 (0,83-19,74)	0,08
Local				
Outros	14(21,88)	50(78,13)	1,00 (-)	-
Residência	89(20,89)	337(79,11)	1,08 (0,56-2,08)	0,81
Semestre				
Primeiro	53(25,12)	158(74,88)	1,00 (-)	-
Segundo	50(17,92)	229(82,08)	1,61 (1,03-2,52)	0,04
Comportamento				
Agressivo	69(26,64)	190(73,36)	1,00 (-)	-
Suicida	34(14,72)	197(85,28)	2,21 (1,53-3,60)	<0,01

OR - odds ratio calculado através da regressão logística múltipla; IC - intervalo de confiança

DISCUSSÃO

Neste estudo, predominaram atendimentos ocorridos no segundo semestre, no período diurno e direcionados a homens adultos, com comportamento agressivo, que estavam na própria residência e foram transportados para serviços de saúde. Homens tiveram quase três vezes a chance de apresentar comportamento agressivo quando comparados as mulheres. Na literatura, os percentuais de comportamento agressivo são superiores na população masculina e a relação entre gênero e violência é complexa e multifatorial.^(11,12)

O comportamento agressivo teve mais sinais e sintomas documentados e menor tempo de espera pelo

atendimento. Essas diferenças podem estar relacionadas ao fato do comportamento agressivo ter manifestações mais evidentes e associadas à sensação de vulnerabilidade e insegurança por prováveis danos à integridade física.^(4,7) A documentação das alterações relacionada ao comportamento agressivo também pode ocorrer para justificar a utilização da contenção física e mecânica, procedimentos contraditórios, porém presentes em diferentes contextos de assistência.⁽¹³⁻¹⁵⁾

O comportamento suicida teve aproximadamente dez vezes mais chances de ter os sinais vitais documentados e quase quatro vezes a chance de realização de procedimentos quando comparados ao comportamento agressivo. A avaliação de sinais vitais e realização de procedimentos pode estar ligada ao risco de danos físicos de tentativas de suicídio.⁽¹⁶⁾

Apesar do encaminhamento para serviços de saúde ter sido maior entre casos de comportamento suicida, a literatura mostra que, comumente, pessoas que tentam suicídio são liberadas da emergência sem passar por avaliação psiquiátrica ou sem encaminhamento.^(17,18) Destaca-se que a qualidade dos serviços prestados em setores de emergência é muito importante para prevenir futuras tentativas com desfecho fatal e devem estar articuladas com os demais serviços existentes no sistema, permitindo o adequado encaminhamento dos pacientes a outros serviços competentes para que cada um desses recursos colabore para garantir a atenção integral e prevenir novas tentativas de suicídio.^(17,19,21)

O tempo resposta ou tempo de espera para o atendimento de urgências em serviços pré-hospitalares (período entre o momento da chamada até a chegada da ambulância no local) é um importante indicador de qualidade e pode favorecer melhor prognóstico dos casos atendidos.⁽²¹⁾ A investigação acerca do tempo resposta das ambulâncias fornece uma análise importante quando se trata do funcionamento do SAMU e outros serviços, viabilizando que enfermeiros e gestores reconheçam o público utilizador desse serviço, para que possam assim realizar planejamentos pertinentes nesse sentido, tendo enquanto objetivo melhorar a qualidade do cuidado.⁽²²⁾ Neste estudo, o motivo e o local do chamado estiveram associados ao tempo de resposta. Chamados ocorridos em residências tiveram mais chance de ter maior tempo de espera quando comparados aos ocorridos em outros locais. A agilidade no atendimento pode ser prejudicada pela dificuldade de encontrar o endereço residencial do solicitante, que pode ser menos conhecido do que outros espaços públicos. Na literatura, o tempo resposta

está associado a dificuldades relacionadas ao transporte (manutenção das vias públicas e dos veículos, trânsito, insuficiência de recursos humanos e materiais para os atendimentos).^(23,24)

Nesta pesquisa, os chamados ocorridos em residências e no segundo semestre do ano tiveram maior chance de terem sinais e sintomas documentados e de serem encaminhados para um serviço de saúde. Contudo, é válido ressaltar que a maior documentação possa estar associada ao oferecimento de um programa intensificado de treinamento que foi oferecido para a equipe do SAMU do local no período investigado (mês de março do ano investigado e prosseguiu pelos meses seguintes).

As limitações deste estudo estiveram relacionadas à amostra limitada a um único município, bem como à utilização de dados secundários com escassez de informações referentes a alguns aspectos relacionados sobre avaliação e assistência em cada chamado. No entanto, trata-se de estudo pioneiro sobre a assistência de enfermagem em ocorrência de comportamento agressivo ou suicida realizada por um serviço de emergência móvel no contexto brasileiro.

Os resultados deste estudo revelam características importantes para a organização e planejamento de intervenções para o planejamento do cuidado às urgências para assistência e prevenção do comportamento agressivo e da violência autoinfligida.

CONCLUSÃO

No presente estudo foram investigados os fatores associados aos atendimentos ao comportamento agressivo e suicida ocorridos em 2014 no serviço de atendimento móvel de urgência de um município no interior de São Paulo - Brasil. Predominaram atendimentos ocorridos no segundo semestre, no período diurno e direcionados a homens adultos, com comportamento agressivo, que estavam na própria residência e foram transportados para serviços de saúde. O comportamento agressivo foi mais comum entre homens e teve mais sinais e sintomas documentados e menos tempo de espera pelo atendimento enquanto o comportamento suicida teve mais avaliação de sinais vitais, mais realização de procedimentos e encaminhamento para serviço de saúde. Além disso, a documentação de sinais e sintomas foi maior entre ocorrências no segundo semestre e homens. Chamados ocorridos em residências tiveram mais chance de documentação de avaliação de sinais vitais e o encaminhamento para serviço de saúde foi maior no segundo semestre. Os resultados apresentação reforçam a necessidade de

diretrizes de cuidados assistenciais a vítimas de violência autoinfligida e comportamento agressivo.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - código 001. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Amaral LC, Vedana KGG; Coleta, análise e interpretação dos dados: Amaral LC, Silva AC, Vedana KGG; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Amaral LC, Silva AC, Vedana KGG; Aprovação da versão final a ser publicada: Amaral LC, Silva AC, Vedana KGG.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014 [cited 2019 Nov 10]. Available from: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília (DF): Ministério de Saúde; 2015 [citado 2019 Nov 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Brasília (DF): Ministério de Saúde; 2021 [citado 2021 Set 17]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf
4. Vedana KG, Magrini DF, Míasso AI, Zanetti AC, Souza J, Borges TL. Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(4):345-51.
5. Ramezani T, Gholamzadeh S, Torabizadeh C, Sharif F, Ahmadzadeh L. Challenges of nurses' empowerment in the management of patient aggression: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2019;22(6):442-8.
6. Ramberg I, Di Lucca MA, Hadlaczy G. The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention. *Int J Environmental Res Public Health*. 2016;13:195.
7. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(2):96-103.
8. Paes MR, Mildemberg R, Machado EM, Schultz JV, Nitz MA. Percepções de profissionais de enfermagem de um hospital geral sobre pacientes com comportamento suicida. *Enferm Foco*. 2020;11(6):101-7.
9. Foley S. Short-term pharmaceutical management of the violent/aggressive patient in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2010;36(5):504-6.
10. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MG. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(7):e00043716.
11. World Health Organization (WHO). Guns, knives and pesticides: reducing access to lethal means. Geneva: WHO; 2009 [cited 2019 Nov 10]. Available from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/vip_pesticides.pdf
12. Knox DK, Holloman GH. Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *West J Emerg Med*. 2011;13(1):35-40.
13. Perkins E, Prosser H, Riley D, Whittington R. Psychiatry Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil?. *Int J Law Psychiatry*. 2012;35(1):43-9.
14. Pinto BI, Souza JC, Leite MB, Fonseca V, Silva EM, Volpe FM. Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *J Bras Psiquiatr*. 2016; 65(1):53-9.
15. Jawaid A. From Foreign Fighters to Returnees: The Challenges of Rehabilitation and Reintegration Policies. *J Peacebuilding Dev*. 2017;12(2):102-7.
16. Stanley B, Brown GK. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cogn Behav Pract*. 2012;19(2):256-64.
17. Lin CJ, Lu HC, Sun FJ, Fang CK, Wu SI, Liu SI. The characteristics, management, and aftercare of patients with suicide attempts who attended the emergency department of a general hospital in northern Taiwan. *J Chinese Med Assoc*. 2014;77(6):317-24.
18. Kawashima Y, Yonemoto N, Inagaki M, Yamada M. Prevalence of suicide attempters in emergency departments in Japan: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014;163:33-9.
19. França IG. Reflexões acerca da Implantação e Funcionamento de um Plantão de Emergência em Saúde Mental. *Psicol Ciênc Prof*. 2005;25(1):146-63.
20. Azevedo JM, Barbosa MA. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(1):33-9.
21. Ciconet RM. Tempo resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
22. Lima MM, Brandão FJ, Araújo DV, Caetano JÁ, Barros LM. Caracterização das causas externas atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Enferm Foco*. 2020;11(4):7-13.
23. Mata KS, Ribeiro ÍA, Pereira PS, Nascimento MV, Carvelaho GC, Macedo JB, et al. Entraves no atendimento pré-hospitalar do SAMU: percepção dos enfermeiros. *Rev Enferm UFPE online*. 2018;12(8):2137-45.
24. Guimarães EP, Silva RF, Santos JB. Condutores de esperança: condições de trabalho de condutores de Ambulância do SAMU. *Público Priv*. 2015;25:55-75.