

## Atendimento em urgência e emergência aos pacientes com tentativa de autoextermínio

*Urgent and emergency care for patients attempting self-extermination*

*Atención de urgencia y emergencia para pacientes que intentan el autoextermínio*

**Jhéssica Rodrigues Botelho<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4377-313X

**Renato Philipe de Sousa<sup>1\*</sup>**

ORCID: 0000-0002-6586-2205

**Marden Estêvão Mattos Junior<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2978-0701

**Crithyano Pimenta Marques<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0406-5816

**Sarah Mendes de Oliveira**

**Muraoka<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-8374-9698

<sup>1</sup>Centro Universitário Atenas.  
Minas Gerais, Brasil.

### Como citar este artigo:

Botelho JR, Sousa RP, Mattos Junior ME, Marques CP, Muraoka SMO. Atendimento em urgência e emergência aos pacientes com tentativa de autoextermínio. Glob Acad Nurs. 2023;4(Spe.1):e367. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200367>

### \*Autor correspondente:

[@r\\_marcciano@hotmail.com](mailto:@r_marcciano@hotmail.com)

Submissão: 28-07-2022

Aprovação: 02-03-2023

### Resumo

Objetivou-se compreender a assistência de enfermagem prestada nas urgências e emergências a pacientes após tentativa de autoextermínio. Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, de caráter crítico-reflexivo e descritivo e abordagem quantiquantitativa. Para a análise foram levados em consideração os aspectos qualitativos e quantitativos dos dados epidemiológicos disponíveis. Para melhor compreensão, foram elaboradas duas categorias, tais quais: Autoextermínio no Brasil de 2010 a 2019 e Autoextermínio na urgência e emergência. Observa-se que a Enfermagem lida diretamente com pacientes abalados mentalmente depois do acontecido, e com pacientes em riscos de reincidência de tentativa. Sendo, uma oportunidade de acolhimento, cuidado integrado buscando criar relacionamento de confiança entre profissional e paciente, ajudando na prevenção de novas tentativas. Ademais, a realidade observada na maioria dos profissionais, como o despreparo para lidar com pacientes com ideação suicida, atitude negativa mediante ao cuidado, carência de habilidades comportamentais éticas e humanas, constatando assistência com cunho mais técnico e clínico, ignorando o lado psicológico fazendo com que fique prejudicada a restauração da saúde biopsicossocial.

**Descritores:** Suicídio; Tentativa de Suicídio; Cuidados de Enfermagem; Saúde Mental; Emergências.

### Abstract

The aim was to understand the nursing care provided in urgencies and emergencies to patients after attempted self-extermination. This is a narrative bibliographic review, with a critical-reflexive and descriptive nature and a quantitative-qualitative approach. For the analysis, the qualitative and quantitative aspects of the available epidemiological data were considered. For better understanding, two categories were created, such as Self-extermination in Brazil from 2010 to 2019 and Self-extermination in urgency and emergency. It is observed that Nursing deals directly with patients who are mentally shaken after what happened, and with patients at risk of reoccurring attempts. Being an opportunity for welcoming, integrated care seeking to create a relationship of trust between professional and patient, helping to prevent new attempts. Furthermore, the reality observed in most professionals, such as the lack of preparation to deal with patients with suicidal ideation, negative attitude towards care, lack of ethical and human behavioral skills, observing assistance with a more technical and clinical nature, ignoring the psychological side, causing that the restoration of biopsychosocial health is compromised.

**Descriptors:** Suicide; Suicide Attempt; Nursing Care; Mental Health; Emergencies.

### Resumén

El objetivo fue comprender los cuidados de enfermería brindados en urgencias y emergencias a pacientes después de intento de autoextermínio. Se trata de una revisión bibliográfica narrativa, de carácter crítico-reflexivo y descriptivo y de enfoque cuantitativo-cualitativo. Para el análisis se tuvieron en cuenta los aspectos cualitativos y cuantitativos de los datos epidemiológicos disponibles. Para una mejor comprensión, se crearon dos categorías, tales como: Autoextermínio en Brasil de 2010 a 2019 y Autoextermínio en urgencia y emergencia. Se observa que Enfermería trata directamente con pacientes que están mentalmente conmocionados después de lo sucedido, y con pacientes en riesgo de reincidencia. Ser una oportunidad de atención acogedora e integrada buscando crear una relación de confianza entre profesional y paciente, ayudando a prevenir nuevos intentos. Además, se observa la realidad observada en la mayoría de los profesionales, como la falta de preparación para tratar con pacientes con ideação suicida, actitud negativa hacia el cuidado, falta de habilidades éticas y de comportamiento humano, observando asistencia con un carácter más técnico y clínico, ignorando el lado psicológico, provocando que el restablecimiento de la salud biopsicossocial se vea comprometido.

**Descritores:** Suicidio; Intento de Suicidio; Cuidado de Enfermería; Salud Mental; Emergencias.



## Introdução

O autoextermínio é um ato de auto aniquilamento associado à percepção da morte como a melhor solução para escapar de uma dor psíquica insuportável. Assim, o autoextermínio emerge de decisões pessoais, mas é influenciado por fatores sociais<sup>1</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o autoextermínio é a décima quinta causa de morte na população em geral e a segunda entre jovens de 15 a 29 anos, é responsável por 50% de todas as mortes violentas em homens e 71% em mulheres, com ocorrência maior em países de baixa e média renda onde os recursos e serviços de saúde são escassos<sup>2</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>3</sup>, o perfil epidemiológico no Brasil apresentado pelo boletim epidemiológico brasileiro, no período de 2011 a 2016, mostram que foram notificados 48.204 casos de tentativas de autoextermínio e de 2011 a 2015 ocorreram 55.649 óbitos, considerado a terceira causa de morte no sexo masculino e a oitava entre as mulheres.

Em relação aos estudos sobre a atitude suicida e serviços de emergência, a bibliografia apresenta-se precária. Observa-se, até este momento, que os estudos indicam, progressivamente mais, que há uma carência no desempenho clínico frente a esses pacientes. Além disso, a carência de instrução profissional e acadêmica dos enfermeiros, resulta e conserva uma conduta com um foco físico e clínico ao paciente, fazendo com que fique prejudicada a restauração da saúde biopsicossocial<sup>4</sup>.

O paciente em tentativa de autoextermínio situa-se em aflição psíquica e, na tentativa de externar sua angústia efetua tal conduta. Porém, algumas vezes, esse fato pode não ser visualizado pelo Enfermeiro, levando a um cuidado inadequado, que tem como característica uma conversa com foco na busca de razões para o presente ato de autoextermínio. É importante que haja um cuidado humanizado e empático, buscando escutar o paciente, estabelecer diálogo favorecendo a troca de informações e a aplicação de ações que espelhem de forma positiva na assistência e tomada de decisões durante uma emergência<sup>4</sup>.

Define-se autoextermínio como uma ação voluntária, onde o indivíduo tem a intenção e promove o próprio óbito. Na tentativa de autoextermínio, mesmo havendo uma atitude iminente prejudicial auto infligida, o desfecho não chega ao óbito<sup>5</sup>.

Tanto o autoextermínio, quanto a tentativa de autoextermínio com desfecho não fatal são ocorrências complexas e decorrentes de múltiplos fatores. Eles correspondem um amplo problema de saúde pública no mundo todo<sup>6</sup>.

Dentre os fatores que levam a uma ação voluntária de autoextermínio estão, principalmente: baixa comunicação com pais e amigos, depressão, ansiedade, sensação de solidão, ter exemplo de tentativa de autoextermínio em pessoa próxima, ser do sexo feminino, preocupações, desesperança, uma autoestima prejudicada, ter histórico de abuso sexual, ter histórico de agressões e fazer uso de drogas<sup>7</sup>.

Avaliando uma média global, as tentativas de autoextermínio são vinte vezes mais constantes do que o autoextermínio consumado. Após tentar uma vez, amplia em até cem vezes o risco de uma nova tentativa, e, a frequência das tentativas é aumentada dentro de um período temporal<sup>8</sup>.

Diante da elevada incidência e reincidência de tentativas de autoextermínio, os profissionais de saúde que prestam serviço às urgências e emergências têm um contato direto com esses pacientes, exercendo assim, uma significativa atribuição no acolhimento, na intervenção frente ao autoextermínio, conseguindo estabelecer relacionamento, vínculos interpessoais com o paciente, proporcionando um tratamento tranquilo com aceitação e adesão por parte do paciente<sup>9</sup>.

O cuidado de Enfermagem proporcionado aos pacientes recebidos na emergência por tentativa de autoextermínio é mostrado com o foco voltado para o aspecto biológico, em que se difere da parte física e da parte psicológica. Os profissionais da equipe de Enfermagem entendem que essa desagregação é uma barreira no cuidado, mas que algumas situações específicas ao decorrer da jornada de trabalho impedem que se torne possível a concretização de um cuidado humanizado e integral<sup>10</sup>.

É importante ressaltar que a violência auto infligida com desfecho não fatal caracteriza, geralmente, como uma urgência/ emergência, o que requer intervenções precisas, eficazes e atribuídas de efetividade a curto e médio prazo<sup>11</sup>.

Acredita-se que o cuidado de Enfermagem apresenta carência por falta de qualificação profissional específica para saber como se posicionar de forma ética e humanizada frente ao paciente em tentativa de autoextermínio, estimulando a confiança gerando uma comunicação objetiva que favoreça o cuidado. E devido a rotina sobrecarregada, falta de profissionais, ambiente tumultuado que é a realidade de unidades de urgência e emergência, os profissionais de Enfermagem podem não estar conseguindo assistir o paciente em sua totalidade, assim percebe-se uma dificuldade em identificar e lidar com pacientes em tentativa de autoextermínio.

Dado o exposto, objetivou-se compreender a assistência de enfermagem prestada nas urgências e emergências a pacientes após tentativa de autoextermínio.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, de caráter crítico-reflexivo e descritivo e abordagem quantitativa.

A presente revisão realizou uma síntese a partir da busca em livros, documentos e artigos publicados em periódicos indexados nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciências e Saúde* (LILACS), *Sistema de Información Científica Redalyc* e Portal de Periódicos CAPES. A busca e seleção dos materiais se deu no período entre janeiro e março de 2022.

Como critérios de inclusão, utilizou-se: estudos em formato de artigo científico que abordassem a temática aqui elencada, publicados nas bases selecionadas entre 2010 e



2019. Como critérios de exclusão: estudos fora dos idiomas Português e Inglês, duplicados nas bases indexadoras e os não disponíveis de forma gratuita e em *full-text*.

Para a análise foram levados em consideração os aspectos qualitativos e quantitativos dos dados epidemiológicos disponíveis. Para melhor compreensão, foram elaboradas duas categorias, tais quais: Autoextermínio no Brasil de 2010 a 2019 e Autoextermínio na urgência e emergência.

## Resultados e Discussão

### Autoextermínio no Brasil de 2010 a 2019

O autoextermínio tem impactos enormes na sociedade e é um significativo problema, trazendo uma das maiores preocupações de saúde pública da atualidade. Segundo a OMS<sup>12</sup>, calcula-se que, mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, no mundo, isso torna o suicídio a quarta maior causa de mortes de jovens entre 15 e 29 anos.

Ocorrências de autoextermínio existem na sociedade a muitos anos, não é um problema de saúde pública novo. As tentativas de autoextermínio compreendem a um valor de 10 a 20 vezes mais elevado que o ato consumado de autoextermínio ao ano. Observando o índice global, o coeficiente de autoextermínio é 10,6 a cada 100 mil habitantes. Isso faz com que os óbitos por autoextermínio representem 1,4% dos óbitos mundiais. O Brasil se posiciona entre os 10 países com o maior número absoluto de óbitos por autoextermínio, ainda assim, é um índice visto como baixo, considerando o fato de ser um país grande e abundante em população<sup>13</sup>.

O autoextermínio é uma ocorrência complicada e com muitas causas relacionadas, tem um grande impacto tanto individual quanto coletivo, indivíduos das diferentes origens, sexos, culturas, classes sociais e idades podem ser afetados.

Estende-se etiológicamente por uma série de fatores, abrangendo desde os de natureza cultural, econômica, política, sociológica, fatores psicológicos e psicopatológicos, até biológicos. As pessoas acometidas por algum transtorno mental, representam a imensa maioria das pessoas que tentam ou cometem suicídio, sendo o transtorno mental que mais comumente leva ao ato é a depressão<sup>14</sup>.

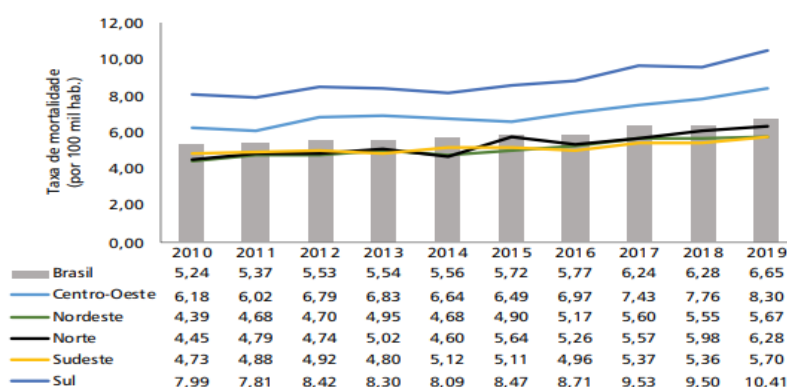
Reafirmando esse fato, a OMS alega que o ato do suicídio é o resultado cumulativo de fatores, não é decorrente de uma única causa ou um único estressor, muitos fatores de risco provocam uma maior vulnerabilidade do indivíduo ao comportamento suicida. Logo, é notório que o comportamento suicida carece de discernimento e abordagem multidimensional<sup>2</sup>.

É de importância a identificação e conhecimento dos casos de autoextermínio no Brasil de forma completa, considerando as limitações de pesquisa. Informação que auxilia na elaboração de políticas públicas. Assim, possibilitando um preciso enfrentamento e prevenção de novos casos, tanto de tentativas de autoextermínio quanto o ato consumado<sup>14</sup>.

Os dados utilizados como base para análise e interpretação casos de autoextermínio no Brasil, nos anos de 2010 a 2019, foram extraídos em estudos do Boletim Epidemiológico de Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, publicado em setembro de 2021.

Observa-se que, no Brasil, no período de 2010 a 2019, o número de mortes por autoextermínio alcança 112.230. No ano de 2010 a um total de 9.454 casos, já no ano de 2019 a um total de 13.523 casos. A partir disso podemos observar um aumento de 43% no número de mortes anuais. Supõe-se que nessa mesma baliza temporal, a população tenha crescido de 190.732.694 para 210.147.125, ocasionando um crescimento de 10,17%<sup>14</sup>.

Gráfico 1. Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo região. Paracatu, MG, Brasil, 2010-2019



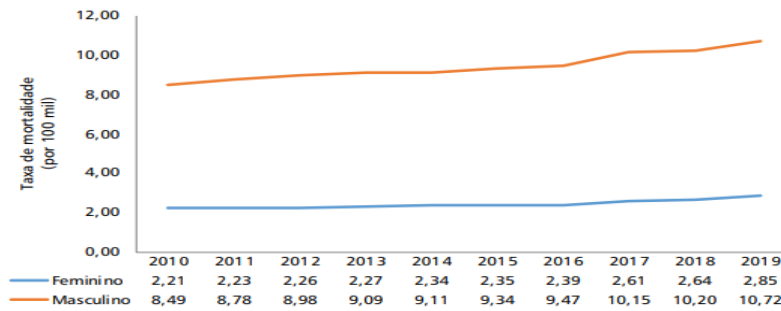
Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde<sup>14</sup>.

O Gráfico 1, fundamentado pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), permite a visualização geral das taxas de mortalidade por autoextermínio, ajustadas por idade, segundo região. A taxa nacional de 2010 foi de 5,24 por 100 mil habitantes, esse valor evoluiu para 6,65 em 2019. Analisar as taxas de mortalidade por período anual, segundo regiões, permite a visualização de um

aumento de risco de autoextermínio em todas as regiões brasileiras. Destacam-se as regiões Sul e Centro-Oeste, que evoluem de uma taxa de 7,99 e 6,18 respectivamente, para uma taxa de 10,41 e 8,3 respectivamente. Ocupando assim a posição de regiões com maiores taxas de autoextermínio no Brasil.

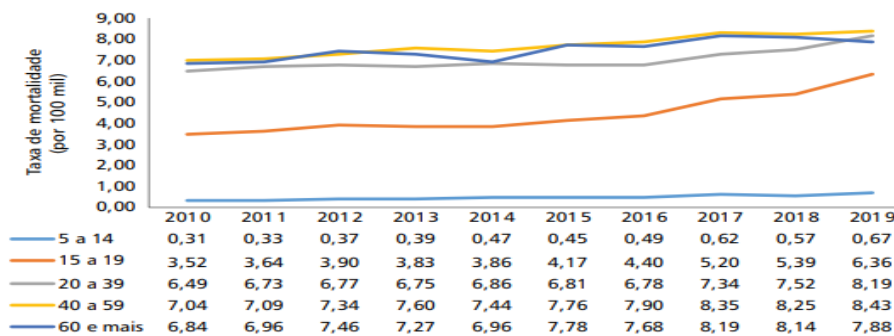


**Gráfico 2.** Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo sexo. Paracatu, MG, Brasil, 2010-2019



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde<sup>14</sup>.

**Gráfico 3.** Evolução das taxas de mortalidade por suicídio segundo faixa etária. Paracatu, MG, Brasil, 2010-2019



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde<sup>14</sup>.

**Tabela 1.** Distribuição das lesões autoprovocadas segundo características sociodemográficas. Paracatu, MG, Brasil, 2010-2019

	N.º	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	35.709	28,6
Feminino	88.983	71,3
<b>Faixa etária</b>		
Menores de 14	12.314	9,8
15 a 19	29.065	23,3
20 a 39	57.746	46,3
40 a 59	21.484	17,2
60 e mais	3.691	3,0
Ignorado	409	0,3
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	59.031	47,3
Negra	52.917	42,4
Amarela	927	0,7
Indígena	665	0,5
Ignorado	11.169	9,0
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	610	0,5
Ensino fundamental	32.293	25,9
Ensino médio	37.836	30,3
Ensino superior	8.331	6,7
Não se aplica	969	0,8
Ignorado	44.670	35,8

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde<sup>14</sup>.

O Gráfico 2, fundamentado pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), permite visualização das taxas de mortalidade por autoextermínio, segundo sexo. Observa-se que homens expõem um risco maior de

autoextermínio comparado as mulheres, estima-se um risco 3,8 vezes maior. Em 2010, a taxa de mortalidade de homens e mulheres eram 8,49 e 2,21 respectivamente, a cada 100 mil habitantes, já em 2019, a taxa de mortalidade de homens



e mulheres evolui-se para uma taxa de 10,72 e 2,85 respectivamente. Assim observamos um aumento das taxas em ambos os sexos, nas mulheres um aumento de aproximadamente 29% e nos homens um aumento de aproximadamente 26%.

O Gráfico 3, fundamentado pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), permite visualização das taxas de mortalidade por autoextermínio, segundo faixa etária. Após analisar a evolução das taxas, constata-se que, em todas as idades houve um aumento na incidência de autoextermínio. Há um destaque quando observamos as taxas em adolescentes, nota-se um aumento claro, de aproximadamente 81% de 2010 a 2019. A taxa de autoextermínios em adolescentes evolui de 3,52 por 100 mil habitantes para 6,36. Deslocando-se de 606 óbitos para 1.022 óbitos a cada 100 mil habitantes.

Entre 2010 e 2019 houve um aumento de aproximadamente 116% na taxa de mortalidade por autoextermínio em menores de 14 anos. Se tornando assim, outro destaque importante a se observar. Os óbitos passam de 104 para 191 óbitos a cada 100 mil habitantes e a taxa de mortalidade passa de 0,31 para 0,67 a cada 100 mil habitantes.

Ao observar a Tabela 1, identifica-se que a maioria das ocorrências de lesões autoprovocadas são mais comuns em pessoas entre 20 e 39 anos, representando 46,3% dos casos. Já as pessoas de 15 a 19 anos ocupam a segunda colocação com 23,3% dos casos. Em relação à escolaridade podemos constatar que 1/3 possuíam ensino médio completo ou incompleto e apenas 6,7% dispõem de ensino superior. Ao analisar raça/cor, observamos uma maior prevalência de lesões autoprovocadas em indivíduos de cor branca, representando 47,3% dos casos.

**Tabela 2.** Características da ocorrência dos casos de violência autoprovocada notificadas no SINAN. Paracatu, MG, Brasil, 2010-2019

	N.º	%
<b>Aconteceu outras vezes</b>		
Sim	51.047	40,9
Não	46.330	37,2
Ignorado	27.332	21,9
<b>Local de ocorrência</b>		
Residência	104.686	83,9
Escola	1.598	1,3
Habitação coletiva	717	0,6
Via pública	4.786	3,8
Outros <sup>1</sup>	3.924	3,1
Ignorado	8.998	7,2
<b>Meio de agressão</b>		
Envenenamento	83.470	60,2
Objeto cortante	22.421	16,2
Enforcamento	8.636	6,2
Objeto contundente	1.775	1,3
Substância/objeto quente	1.205	0,9
Arma de fogo	699	0,5
Outros	20.472	14,8

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde<sup>14</sup>.

Analisando a Tabela 2, nota-se que um local que apresenta destaque, sendo amplamente utilizado para efetuar lesões autoprovocadas, é a própria residência do indivíduo. 83,9% dos casos de tentativa de autoextermínio são realizados na própria residência. 40,9% dos indivíduos que tentam o autoextermínio, voltam a realizar novas tentativas. A diversos meios de agressão utilizados, entre eles: envenenamento, utilização de objetos perfurocortantes, enforcamento, objetos contundentes, substâncias ou objetos quentes, armas de fogo, entre outros. Os meios mais utilizados são envenenamento e objetos perfurocortantes, representando 60,2% e 16,2% dos casos respectivamente.

Na baliza temporal de 2010 a 2019 observamos um crescente e importante aumento na taxa de mortalidade por

autoextermínio. Destaca-se que, em homens, o risco de autoextermínio é maior comparado a mulheres. E, destaca-se também, um importante aumento nas taxas de autoextermínio em jovens. O perfil padrão observado nas notificações de tentativas de autoextermínio inclui: pessoas de cor branca, sexo feminino, com baixo grau de escolaridade e idade entre 20 a 39 anos. A residência é um local preferível entre os indivíduos para a tentativa, sendo o envenenamento o meio amplamente escolhido.

O grande aumento de risco de suicídio em homens pode estar relacionado a diversos fatores: o comportamento impulsivo, maior intenção de morte, maior facilidade de ter em mãos tecnologias letais e armas de fogo e o fato de apresentarem um consumo elevado de álcool e outras drogas<sup>15</sup>.



Quando comparamos homens e mulheres, notamos que os homens apresentam um maior risco de morrer por autoextermínio, e as mulheres, apresentam maior prevalência de tentativas de autoextermínio<sup>16</sup>.

Observamos que mulheres têm muitos fatores que reduzem o risco de letalidade, destacando o uso de meios menos letais, atenção maior com o autocuidado, redes de apoio mais estáveis, um menor uso de álcool e outras drogas quando comparado a homens<sup>17</sup>.

Houve um elevado crescimento nas taxas de autoextermínio entre jovens e adolescentes. Se o adolescente ou jovem tem, ou não o privilégio de uma rede de apoio e um convívio afetivo familiar, reflete no convívio do mesmo com o seu meio social. É essencial que haja cuidado e apoio familiar e comunitário quando o adolescente for exposto a situações difíceis ao longo do desenvolvimento. Esses elementos, quando presentes, se tornam proteção para sintomas psicopatológicos, comportamentais e cognitivos. A falta dessa base pode acarretar comportamento suicida<sup>7,18</sup>.

A presente análise reforça o autoextermínio como um crescente e importante problema de saúde pública no Brasil. É indispensável um olhar atencioso e humano, para constante aprimoramento das redes de atenção à saúde, elaborando intervenções em saúde mental.

### Autoextermínio na urgência e emergência

O profissional de Enfermagem está presente no primeiro contato da vítima de tentativa de autoextermínio com o sistema de saúde, principalmente nos serviços de urgência e emergência. É importante ressaltar que após uma primeira tentativa, há um grande índice de reincidência, assim, o Enfermeiro lida diretamente com pacientes em risco. Oportunidade a ser utilizada para mostrar acolhimento, empatia e cuidado na assistência, gerando um relacionamento interpessoal entre paciente e equipe de saúde, facilitando o tratamento, mediante a uma melhor adesão do paciente aos cuidados. A junção de uma boa conduta profissional e uma boa aceitação do paciente ao tratamento é essencial para prevenir próximas tentativas de autoextermínio<sup>19</sup>.

As realidades observadas são profissionais despreparados e com atitudes negativas frente ao atendimento de pacientes em tentativa de autoextermínio. Gerando ações inadequadas, uma avaliação precária do paciente na totalidade e carência de habilidades em gerar uma relação interpessoal<sup>19</sup>.

Em estudo realizado com os profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário (HU) do Sul do Brasil intitulado *Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide*. Observa-se que a assistência de Enfermagem tem um cunho mais clínico e técnico, mesmo sendo de intenção de alguns profissionais, a demanda de trabalho e o ambiente não permitem um cuidado integral com cada paciente em tentativa de autoextermínio e ideação suicida. Profissionais de Enfermagem alegam que a parte psiquiátrica do cuidado frente a esses pacientes são ignoradas, relatam não se sentir preparados para assumir esse cuidado, então fazem o mínimo, o suporte que dão é

voltado a família até o profissional psicólogo chegar. Alguns profissionais de Enfermagem entrevistados não consideram os cuidados psicológicos uma atribuição da Enfermagem, considerando a existência de uma equipe psiquiátrica para tal função<sup>10</sup>.

No mesmo estudo relatam sobre os cuidados técnicos realizados com pacientes vítimas de tentativa de autoextermínio, entre eles: controle hemodinâmico, verificação dos sinais vitais, vigilância do paciente (convocar a família para estar presente em tempo integral), classificação de risco, higiene, elevação de grades do leito quando necessário, sondagens, administração de medicamentos, contenção física e lavagem gástrica quando necessário<sup>10</sup>.

Há uma grande demanda de cuidados clínicos, assim, os profissionais deixam a parte psicológica para os psicólogos, psiquiatras e serviço social. Outros profissionais alegam que estão cientes da importância de ultrapassar um cuidado meramente clínico, porém, consideram um ambiente de urgência e emergência, tumultuado para tais cuidados, onde há poucos profissionais para a demanda de pacientes, conseqüentemente, o tempo é curto para cada paciente. Isso dificulta a escuta qualificada, o acolhimento, tanto com o paciente quanto com os familiares, atrapalhando assim a criação de vínculo<sup>10</sup>.

Rotina sobrecarregada, estressante e movimentada, falta de profissionais, espaço físico inadequado para atendimento de pacientes que necessitam de um ambiente calmo. Esta é a realidade dos Enfermeiros que trabalham na Urgência e Emergência de um hospital, ocasionando uma rotina cada vez mais conturbada<sup>20</sup>.

Relatam também, que o ambiente de urgência e emergência não dispõe de profissionais de psicologia diariamente, então, para que o cuidado de saúde mental não fique fragilizado e seja um cuidado humano e integral, a equipe de Enfermagem precisa entender e estar preparada para abordar uma assistência qualificada a esses pacientes<sup>10</sup>.

Profissionais da saúde necessitam apresentar comportamento ético quando se trata de padrões sociais e tabus, não devem ficar presos a preconceitos e julgamentos. É importante ter uma equipe capacitada para entender e respeitar todos os aspectos multicausais que levam a tentativas de suicídio<sup>21</sup>.

O comportamento dos profissionais da saúde pode ser influenciado, baseado em estigmas quanto ao autoextermínio, levando a más atitudes no atendimento, como negligências e hostilização, por visualizarem a ideação suicida como opcional ao paciente. Estigmas podem abalar de forma negativa o tratamento do paciente<sup>22</sup>.

Segundo o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem<sup>23</sup>, que estipula um modelo comportamental ético estabelecendo: direitos, princípios, proibições, deveres e responsabilidades. Na Seção 01, entre os deveres e responsabilidades quanto a relação com paciente, família e comunidade alega que o profissional de Enfermagem deve:

*“Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.*



Art. 15 - Prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 21 - Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde”.

Alguns profissionais afirmam, de forma equivocada, que os pacientes em tentativa de autoextermínio perturbam o curso do hospital, e quando julgarem necessário, poderão reverter a prioridade para aqueles pacientes que valorizam hipoteticamente a vida, por não terem dado entrada a um ambiente hospitalar após ter tentado contra ela. Isso gera uma assistência carregada de preconceitos<sup>24</sup>.

Por viverem uma rotina em que sua assistência é voltada para evitar a morte, diminuir danos, sofrimentos e prolongar os dias de vida de seus pacientes, alguns

profissionais da saúde não lidam de forma adequada e benéfica ao observar pacientes que dão entrada por tentar tirar a própria vida, visualizam esse comportamento como desrespeito a vida, indo contra suas convicções pessoais<sup>20,25</sup>.

Para fundamentar a triagem de todos os pacientes de uma unidade de Urgência e Emergência, há protocolos de classificação de risco, assim, as tomadas de decisões devem ser fundamentadas nesses protocolos, para que essas decisões tenham amparo legal. O Modelo de Manchester distingue com maior clareza os pacientes críticos, utilizado em 61,5% dos estados brasileiros, classificando os pacientes em 5 níveis de prioridade, conforme a gravidade, estabelecendo o tempo máximo que o paciente pode esperar para a assistência<sup>26</sup>.

Figura 1. Classificação de Risco Manchester. Paracatu, MG, Brasil, 2010-2019



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde<sup>3</sup>.

A Figura 1 representa a classificação de risco Manchester, que divide os pacientes em cinco níveis de prioridade: em vermelho: emergência, que deve receber atendimento médico imediato; em laranja: muito urgente, deve receber cuidado médico em até 10 minutos; nível amarelo: urgente, atendimento médico em até 60 minutos; em verde: pouco urgente, atendimento médico em até 120 minutos; em azul: não urgente e que pode esperar até 240 minutos para o cuidado médico. É organizado de forma que a prioridade deve ser de pacientes mais graves e que podem esperar menos pelo atendimento<sup>26</sup>.

Mesmo que haja protocolos pré-estabelecidos de classificação de risco e prioridade de atendimento, com o Modelo Manchester, para serem usados na tomada de decisões, alguns profissionais de saúde deixam a decisão ser influenciada por estigmas pessoais. Principalmente em ambiente de Urgência e Emergência, que se faz necessário uma rápida tomada de decisões, o profissional de saúde se encontra muitas vezes em situações que o comportamento do paciente fora do hospital, vai de encontro a convicções morais e valores pessoais, ocasionando negligência na assistência, que resulta de uma tentativa, consciente ou não, de punição<sup>20</sup>.

No Brasil, o suicídio não é considerado crime, porém o paciente com ideação suicida sofre julgamentos discriminatórios. É um paciente que precisa de ajuda assim como outras patologias, mas, erroneamente, não é visto

assim pelos profissionais de saúde, e sim como alguém que desrespeita a própria vida<sup>20</sup>.

Se faz necessário um comportamento ético a todas as pessoas. Principalmente aos profissionais da saúde, especialmente ao Enfermeiro. Diante de qualquer circunstância, deve demonstrar respeito e empatia aos pacientes. Em qualquer profissão, em especial na Enfermagem, que lida diariamente e diretamente com pessoas fragilizadas, a ética deve ser aprendida e empregue antes mesmo da prática e técnica profissional. Pois, impõe princípios base para o comportamento<sup>27</sup>.

Um profissional de Enfermagem que atua em uma Urgência e Emergência, e socorre pacientes que tentaram suicídio, deve dominar os conhecimentos práticos, e habilidades técnicas nos cuidados. Contudo, é necessário possuir conhecimento e postura ética. Principalmente frente a pacientes com a saúde mental sensibilizada, devem reconhecer que o transcurso de um paciente doente para um saudável, se torna suave quando o profissional enxerga o paciente na totalidade, e oferecer todo o cuidado possível, de forma honesta e prudente, auxilia no processo de cura<sup>27</sup>.

Independentemente de sua vontade, o Enfermeiro deve seguir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e assumir sua responsabilidade na assistência ao paciente. Além dos conhecimentos técnicos, científicos e éticos, o Enfermeiro deve instruir-se sobre aspectos legais

do exercício profissional, para não agir com imperícia, imprudência, negligência e ser penalizado<sup>27</sup>.

### Considerações Finais

As tentativas de autoextermínio têm uma elevada incidência e reincidência, nota-se que há relevância se informar sobre a temática, visualizando a realidade do cuidado de Enfermagem com pacientes em tentativa de autoextermínio, evidenciando em dados o aumento de casos.

A pesquisa identificou que pacientes em tentativa de autoextermínio são atendidos primeiramente em unidades de urgência e emergência, entre os profissionais de saúde que se tem o primeiro contato, estão os profissionais de Enfermagem.

Identificando os casos de autoextermínio no Brasil dos anos de 2010 a 2019, foi possível constatar o aumento dos casos nessa baliza temporal. Reconhecendo assim, um aumento na taxa de mortalidade, o aumento do risco de morte em homens, e um salto nas taxas de suicídio em jovens. Observando predominância de tentativas no sexo feminino, por pessoas brancas, com baixo grau de instrução e idades entre 20 e 39 anos. Sendo a residência onde ocorre a maioria das tentativas.

Buscando compreender o cuidado de Enfermagem em urgência e emergência às pessoas que tentam autoextermínio, observa-se que a Enfermagem lida diretamente com pacientes abalados mentalmente depois do acontecido, e com pacientes em riscos de reincidência de tentativa. Sendo, uma oportunidade de acolhimento, cuidado integrado buscando criar relacionamento de confiança entre profissional e paciente, ajudando na prevenção de novas tentativas.

Ademais, a realidade observada na maioria dos profissionais, como o despreparo para lidar com pacientes com ideação suicida, atitude negativa mediante ao cuidado, carência de habilidades comportamentais éticas e humanas, constatando assistência com cunho mais técnico e clínico, ignorando o lado psicológico fazendo com que fique prejudicada a restauração da saúde biopsicossocial<sup>28</sup>.

Outros profissionais demonstram saber da importância e demonstram intenção de realizar um cuidado integral e humano, porém a grande demanda de pacientes e jornadas de trabalho faz com que ignorem esse cuidado. O ambiente de urgência e emergência não se faz um ambiente propício para uma comunicação de qualidade, a escuta é dificultada devido à rotina corrida e estressante. O entendimento de aspectos psicológicos se faz importante também, pois nem sempre se tem a disponibilidade de profissionais psicólogos e assistência social diariamente na urgência e emergência.

Outra barreira no cuidado é o estigma que alguns profissionais apresentam em relação a pacientes em tentativa de autoextermínio, não visualizando esses pacientes dignos do local que ocupam no atendimento. Levando a ignorarem protocolos de atendimento e classificação de prioridades. Isso confirma a importância de conhecimento ético e postura humanizada. A Enfermagem deve entender e assumir responsabilidades no cuidado, e estar informada quanto aos aspectos éticos e legais da profissão, que são: assegurar ao paciente um cuidado livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência; prestar assistência sem discriminações e proteger o paciente e familiares de danos por parte de qualquer membro da equipe<sup>23</sup>.

A limitação do estudo diz respeito a falta de amplitude de dados ao analisar artigos, documentos e livros disponíveis úteis a pesquisa, há muita subnotificação dos casos de autoextermínio e tentativa de autoextermínio.

É importante salientar que, após a execução do presente estudo, nota-se a necessidade de implementação de novas estratégias de identificação de pacientes internados por tentativas ou ato consumado de autoextermínio, evitando assim subnotificações. Outra implementação importante a ser analisada é a educação continuada a profissionais de Enfermagem que atendem em unidades de urgência e emergência, com a finalidade de atualizar e capacitá-los, com estratégias para reduzindo a insegurança frente a esses pacientes, melhorando assim, a assistência de Enfermagem.

### Referências

1. Santos MCL, Giusti BB, Yamamoto CA, Ciosak SI, Szylit R. Suicídio em idosos: um estudo epidemiológico. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03694. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019026603694>
2. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO Library; 2014.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. v. 52. Brasília (DF): MS; 2017.
4. Santos EGO, Azevedo AKS, Silva GWS, Barbosa IR, Medeiros RR, Valença CN. The look of emergency nurse at the patient who attempted suicide: an exploratory study. Online braz j nurs. 2017;16(1). <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175416>
5. Crosby AE, Ortega LV, Melanson C. Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
6. Monteiro RA, Bahia CA, Paiva EA, Sá NNB, Minayo MCS. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente – Brasil, 2002 a 2013. Ciência & Saúde Coletiva. 2015;20(3):689-700. DOI: 10.1590/1413-81232015203.16282014
7. Moreira LCO, Bastos PRHO. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional. 2015;19(3):445-453. <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>
8. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP. 2014;25(3):231-236. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>





9. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Caderno de Saúde Pública*. 2013;175-187. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100020>
10. Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, Kempfer SS. Cuidado de enfermagem às pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl.5):2199-2205. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0219>
11. Magalhães APN, Alves VM, Comassetto I, Lima PC, Faro ACM, Nardi AE. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. *J. bras. Psiquiatr*. 2017;63(1):16-22. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000003>
12. World Health Organization (WHO). *Suicide*. Geneva: WHO Library; 2021.
13. World Health Organization (WHO). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO Library; 2017.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil*. Brasília (DF): MS; 2021.
15. World Health Organization (WHO). *Saúde pública ação para a prevenção de suicídio: uma estrutura*. Geneva: WHO Library; 2012.
16. Nock MK, Hwang I, Sampson N, et al. Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*. 2006;6(9):1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>
17. Oliveira SMC, Nascimento TS, Feitosa DJC, Ribeiro CRFR, Teixeira RB, Anselmi RF. Epidemiologia de mortes por suicídio no Acre. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*. 2016;20:25-36.
18. Silva ACS, Alberto MFP. Fios soltos da rede de proteção dos direitos das crianças e adolescentes. *Psicol Cienc Prof*. 2019;39:e185358. <http://doi.org/10.1590/1982-3703003185358>
19. Navarro CC, Martinez CP. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Rev Latino-Am Enferm*. 2012;20(6). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019>
20. Dória R, Faro A. Estigma em Pacientes Admitidos em Urgência/Emergência por Tentativa De Suicídio: Análise de Estudantes e Profissionais da Saúde a Partir de Casos Hipotéticos. *Revista Salud & Sociedad [Internet]*. 2017 [acesso em 27 jul 2022];8(3):200-215. Disponível em: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2648>
21. Silva LS, Nitschke RG, Verdi MIM, Tholl AD, Lanza FM, Oliveira PP, Viegas SMF. Being ethical and bioethical in daily life of primary health care: nurses' perceptions. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(03). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0093>
22. Nebhinani M, Nebhinani N, Tamphasana L, Gaikwad AD. Nursing students' attitude towards suicide attempters: a study from rural part of Northern India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2013;4(4):400-407. DOI: 10.4103/0976-3147.120240
23. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n.º 564, de 6 de dezembro de 2017. Nos termos do inciso III do artigo 8º da Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, compete ao Cofen elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais. Brasília (DF): COFEN; 2017.
24. Azevedo EG. A abordagem ao suicídio no SUS. (Trabalho de conclusão de curso) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2012.
25. Moraes CLK, Guilherme Neto J, Santos LGO. A classificação de risco em urgência e emergência: os desafios da enfermagem. *Glob Acad Nurs*. 2020;1(2):e17. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200017>
26. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: Revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;144-151. DOI: 10.1590/S0080-623420150000100019
27. Oguisso T, Schmidt MJ. *O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal*. 4. ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
28. Cairo JVF, Freitas THD, Francisco MTR, Lima ALR, Silva LA, Marta CB. Enfermagem em saúde mental: a assistência em um cenário de mudanças. *Glob Acad Nurs*. 2020;1(3):e56. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200056>

