



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER**

**EDMÉRCIA HOLANDA MOURA**

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO ATENDIDAS POR UM SERVIÇO MÓVEL DE  
URGÊNCIA**

**TERESINA  
2020**

**EDMÉRCIA HOLANDA MOURA**

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO ATENDIDAS POR UM SERVIÇO MÓVEL DE  
URGÊNCIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas

Área de Concentração: Atenção a Saúde da Mulher

Linha de Pesquisa: Assistência Integral a Saúde da Mulher

**TERESINA**

**2020**

Universidade Federal do Piauí  
Serviço de Processamento Técnico  
Biblioteca Setorial do CCS

M929t Moura, Edmércia Holanda.  
Tentativas de suicídio atendidas por um serviço móvel de urgência /  
Edmércia Holanda Moura. -- Teresina, 2020.  
103 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde da Mulher, 2020.  
Orientação: Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas.  
Bibliografia

1. Tentativa de Suicídio. 2. Saúde da Mulher. 3. Atendimento Pré-  
hospitalar. 4. Estudos transversais. I. Título.

CDD 362.2

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014



## ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO VIA WEB CONFERÊNCIA

Aos vinte e três dias de outubro do ano de dois mil e vinte, às quinze horas, reuniu-se a banca examinadora de defesa de Dissertação composta pelos professores: Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas – Universidade Federal do Piauí (Orientador/Presidente- participação à distância por videoconferência), Profa. Dra. Thatiana Araújo Maranhão - Universidade Estadual do Piauí (Membro Titular Externo- participação à distância por videoconferência) e Profa. Dra. Malvina Thais Pacheco Rodrigues - Universidade Federal do Piauí (Membro Titular Interno-participação à distância por videoconferência) perante os quais, EDMÉRCIA HOLANDA MOURA mestranda regularmente matriculada, no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí, defendeu em sessão pública por videoconferência, em sala virtual disponibilizada no link:(<https://conferenciaweb.mp.br/webconf/marcio-denis-medeiros-mascarenhas>), para preenchimento do requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde da Mulher com sua Dissertação intitulada: Tentativas de Suicídio Atendidas por um Serviço Móvel de Urgência. A defesa da referida Banca de defesa de Dissertação de Mestrado ocorreu, das Quinze horas às dezessete horas, tendo a mestranda sido submetido à arguição, dispondo cada membro da banca do tempo determinado para tal. Finalmente, a Banca reuniu-se em separado e concluiu por considerar a mestranda **APROVADA** (Aprovada/Reprovada) por unanimidade. Eu, Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, que presidi a Banca de Dissertação, assino a presente Ata, dou fé, em Teresina, vinte e três de outubro ano de dois mil e vinte.

*Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas*

**Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas**  
Universidade Federal do Piauí  
(Orientador/Presidente-participação à distância por videoconferência)

EDMÉRCIA HOLANDA MOURA

TENTATIVAS DE SUICÍDIO ATENDIDAS POR UM SERVIÇO MÓVEL DE  
URGÊNCIA

Dissertação de mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde  
da Mulher Universidade Federal do Piauí,  
como requisito para obtenção do título de  
Mestre em Saúde da Mulher.

Teresina (PI), 30, 10, 2020

BANCA EXAMINADORA

*Três dias individuais*

---

Prof. Dr. Márcio Dóris Marques Mascarenhas (Presidente)  
Universidade Federal do Piauí

*Thalana Araújo Maranhão*

---

Profa. Dra. Thalana Araújo Maranhão (1ª Examinadora)  
Universidade Estadual do Piauí

*Melvina Thais Pacheco Rodrigues*

---

Profa. Dra. Melvina Thais Pacheco Rodrigues (2ª Examinadora)  
Universidade Federal do Piauí

*Lia Cardoso Maranhão Medeiros*

---

Profa. Dra. Lia Cardoso Maranhão Medeiros  
Universidade Federal do Piauí

## AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Piauí (UFPI), Instituição que nos enobrece por tudo que representa no campo do saber do nosso Piauí.

À Subcoordenadora do Curso de Mestrado em Saúde da Mulher do Centro de Ciências da Saúde (CCS), Profa. Dra. Lis Cardoso Marinho Medeiros, quanto à produção científica que enaltece a singularidade da mulher.

Aos caríssimos Professores do Curso de Mestrado em Saúde da Mulher do Centro de Ciências da Saúde (CCS), pela dedicação e desvelo no compartilhar dos conhecimentos.

Ao ilustre orientador, Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, pela competência e dedicação que conduziu a consecução deste trabalho desde os primeiros ensaios. Aos professores da Banca Examinadora, que contribuíram para o aprimoramento deste estudo.

À Presidência da Fundação Municipal de Saúde (FMS), que me oportunizou a realização deste projeto.

À Coordenação e demais funcionários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Teresina pelo apoio neste estudo.

Aos usuários assistidos pelo SAMU que contribuíram para a pesquisa. Aos amigos, pelos incentivos e suportes continuados, sempre presentes para seguir em frente.

A todos que, direta e indiretamente o colaboraram para a realização deste sonho, meus sinceros agradecimentos. De modo especial,

Ao Criador do universo, "Causa primeira de todas as coisas", razão de toda existência e que me permitiu aqui chegar.

Meus pais, Manoel e Eliete que me proporcionaram educação, ética e honradez pelos seus exemplos de vida e dedicação extremada a mim e meus amados irmãos, Elbert, Élbio e Elierton.

À minha família, queridos esposo (Deyvson) e filhos (João, Luiz e Giovanna) pela tolerância e desvelo com que me fortaleceram para manter meu sonho e seguir em frente.

A todos os amigos que, de forma direta e indireta, contribuíram para a consecução de mais esse importante passo em minha vida.

*“O amor é tudo que temos, o único caminho pelo qual um pode ajudar o outro...”*

***Eurípedes Barsanulfo***

## RESUMO

**Introdução:** A tentativa de suicídio é uma conduta suicida não fatal e representa o momento em que a pessoa realiza uma ação capaz de ameaçar a própria vida.

**Objetivo:** Analisar as características das tentativas de suicídio atendidas por um serviço móvel de urgência de Teresina-PI.

**Métodos:** Estudo transversal analítico, realizado na sede do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), na cidade de Teresina-PI. Foram revisados 838 registros de atendimento por tentativas de suicídio, realizados no período de julho/2015 a dezembro/2018. Os dados foram obtidos no Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências. Utilizou-se um formulário padronizado para coleta dos dados, posteriormente foram analisados no Stata versão 12, por meio de estatística descritiva, do teste Qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) ou teste exato de Fisher. Para o *Odds ratio* (OR) e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados utilizando regressão logística. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí.

**Resultados:** A tentativa de suicídio foi predominante no sexo feminino (60,9%), nas pessoas com idade de 30 a 59 anos (46,8%), residentes na Região Centro/Norte (35,9%) e Sul (27,9%). A maioria das tentativas aconteceu aos domingos (16,5%) e sábados (15,9%), durante os turnos noite (34,9%) e tarde (32,9%). Identificaram-se reincidências de tentativas (9,2%); histórico de atendimento psiquiátrico (14,1%); uso abusivo de álcool (17,5%) e outras drogas (4,6%). Os mecanismos mais utilizados foram intoxicação por medicamentos (51,4%), enforcamento (11,6%), intoxicação com pesticidas/veneno (9,4%) e objeto perfurocortante (9,4%). O encaminhamento para unidades de média complexidade foi predominante entre mulheres (55,4%). O percentual de óbito no local do atendimento foi de 3,6%, variando de 2,2% entre mulheres a 5,8% entre os homens. Houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) para o tipo de ambulância e a unidade de destino dos usuários. O transporte em ambulâncias avançadas e a transferência para unidades de alta complexidade foram mais frequentes entre os atendimentos de vítimas do sexo masculino. O tempo médio de resposta (da chamada à chegada ao local de ocorrência) foi menor nos atendimentos às vítimas do sexo masculino (média=34,5 min.;  $p=0,020$ ), quando se utilizou ambulâncias avançadas (média=29,7 min.;  $p < 0,001$ ) e quando os chamados foram feitos nas zonas Sudeste (média=29,2 min.;  $p < 0,001$ ) e Sul (média=30,8 min.;  $p < 0,001$ ). Idade menor que 20 anos (OR=2,14; IC95% 1,02-4,49), autolesões por meio de medicamentos (OR=14,07; IC95% 1,63-121,73) e outras substâncias tóxicas (OR=30,00; IC95% 2,54-354,87), foram associadas à tentativa de suicídio no sexo feminino. A incidência média de tentativas de suicídio foi de 29,2/100 mil habitantes.

**Conclusão:** Os atendimentos por tentativa de suicídio predominaram entre mulheres jovens e residentes na região Centro/Norte. Autolesão por intoxicação medicamentosa e outras substâncias tóxicas foram associadas ao sexo feminino. Além de prestar o atendimento de emergência, é fundamental a capacitação dos profissionais para a identificação precoce de pessoas com comportamento suicida e promoção do adequado acompanhamento em serviços de atenção psicossocial.

**Descritores:** Tentativa de Suicídio. Saúde da Mulher. Atendimento Pré-hospitalar. Estudos transversais.

## ABSTRACT

**Introduction:** The suicide attempt is a non-fatal suicidal conduct and represents the moment when the person performs an action capable of threatening his own life. Objective: To analyze the characteristics of suicide attempts attended by a mobile emergency service in Teresina-PI. **Methods:** Cross-sectional analytical study, carried out at the headquarters of the Mobile Emergency Service (SAMU), in the city of Teresina-PI. 838 attendance records for suicide attempts were reviewed, carried out from July/2015 to December/2018. Data were obtained from the Service and Management of Occurrences. A standardized form was used for data collection, later analyzed in Stata version 12, using descriptive statistics, Pearson's chi-square test ( $\chi^2$ ) or Fisher's exact test. For the Odds ratio (OR) and the 95% confidence intervals (95% CI) were calculated using logistic regression. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí. **Results:** Suicide attempt was predominant in females (60,9%), in people aged 30 to 59 years (46,8%), living in the Center/North Region (35,9%) and South (27,9%). Most attempts occurred on Sundays (16,5%) and Saturdays (15,9%), during the night (34,9%) and afternoon (32,9%) shifts. Recurrence of attempts was identified (9,2%); history of psychiatric care (14,1%); abusive use of alcohol (17,5%) and other drugs (4,6%). The average incidence of suicide attempts was 29,2/100 thousand inhabitants. The most used mechanisms were drug intoxication (51,4%), hanging (11,6%), pesticide/poison intoxication (9,4%) and sharp objects (9,4%). Referral to units of medium complexity was predominant among women (55,4%). The percentage of deaths at the place of care was 3,6%, varying from 2,2% among women to 5,8% among men. There was a statistically significant difference ( $p < 0,001$ ) for the type of ambulance and the destination unit of the users. Transport in advanced ambulances and transfer to highly complex units were more frequent among visits by male victims. The average response time (from call to arrival at the place of occurrence) was shorter when attending male victims (average=34,5 min.;  $p = 0,020$ ), when using advanced ambulances (average=29,7 min.;  $p < 0,001$ ) and when calls were made in the Southeast (mean=29,2 min.;  $p < 0,001$ ) and South (mean=30,8 min.;  $p < 0,001$ ). Age less than 20 years (OR=2,14; 95%CI 1,02-4,49), self-harm through medication (OR=14,07; 95%CI 1,63-121,73) and other toxic substances (OR=30,00; 95%CI 2,54-354,87), were associated with attempted suicide in women. The average incidence of suicide attempts was 29,2/100 thousand inhabitants. **Conclusion:** Assistance for attempted suicide predominated among young women and residents in the Center/North region. Self-harm by drug intoxication and other toxic substances were associated with females. In addition to providing emergency care, the training of professionals is essential for the early identification of people with suicidal behavior and the promotion of adequate monitoring in psychosocial care services.

**Descriptors:** Suicide Attempt. Women's Health. Pre-hospital care. Cross sectional studies.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Tentativas de suicídio atendidas pelo Serviço Móvel de Urgência (SAMU), segundo características clínico-epidemiológicas. Teresina, Piauí, 2015 a 2018. 41
- Tabela 2. Caracterização dos atendimentos por tentativas de suicídio realizado pelo SAMU, segundo mecanismos utilizados para a autolesão e por sexo. Teresina, Piauí, 2015 a 2018 (N = 838). 45
- Tabela 3. Tentativas de Suicídio atendidas pelo SAMU, segundo tipo de ambulância, unidade de destino, evolução do paciente na entrada do hospital e óbitos por sexo das vítimas. Teresina, Piauí, 2015 a 2018. 46
- Tabela 4. Média e desvio padrão (DP) do tempo de resposta dispendido nas diferentes etapas do atendimento às tentativas de suicídio realizadas pelo SAMU, segundo variáveis selecionadas. Teresina, Piauí, 2015 a 2018. 48
- Tabela 5. Fatores associados às tentativas de suicídio em mulheres atendidas pelo SAMU. Teresina, Piauí, 2015 a 2018. 49
- Tabela 6. Mecanismos de autolesão associados às tentativas de suicídio em mulheres atendidas pelo SAMU. Teresina, Piauí, 2015 a 2018. 50

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Média do número de tentativas de suicídio atendidas pelo SAMU, segundo mês de ocorrência e sexo. Teresina, Piauí, 2015 a 2018 (N = 838). 42
- Figura 2. Estimativa da densidade das tentativas de suicídio atendidas pelo SAMU, segundo bairro de ocorrência e sexo. Teresina, Piauí, 2015 a 2018 (N = 775\*). 43
- Figura 3. Taxa de incidência (por 100 mil habitantes) média de tentativas de suicídio atendidas pelo SAMU, segundo sexo das vítimas e zona de ocorrência. Teresina, Piauí, 2016 a 2018. 44
- Figura 4. Proposta de fluxo de atendimento da Rede de Atenção à Saúde ao paciente em situação de tentativa de suicídio. Teresina, Piauí, 2020. 94

## LISTA DE SIGLAS

- APA** – *American Psychiatric Association*
- APH** – Atendimento Pré-hospitalar
- CAIS** – Centro de Assistência Integral à Saúde
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CDM** – Centro Débora Mesquita
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CFM** – Conselho Federal de Medicina
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CRM** – Central de Regulação Médica
- CRU** – Central de Regulação das Urgências
- CSV** – *Comma Separated Values*
- CVV** – Centro de Valorização da Vida
- DBF** – *Data Base File*
- DP** – Desvio Padrão
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- FEPI** – Federação Espírita Piauiense
- FMS** – Fundação Municipal de Saúde de Teresina
- HU** – Hospital Universitário
- IC** – Intervalo de Confiança
- IFPI** – Instituto Federal do Piauí
- MS** – Ministério da Saúde
- NASF** – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
- NEPS** – Núcleo de Estudos e Prevenção ao Suicídio de Teresina
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- ONG** – Organizações Não-Governamentais
- OR** – *Odds ratio*
- PI** – Piauí
- PROVIDA** – Ambulatório de Valorização da Vida
- RAS** – Rede de Atenção à Saúde
- RUE** – Rede de Urgência e Emergência
- SAGO** – Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências
- SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SAV** – Suporte Avançado de Vida  
**SBV** – Suporte Básico de Vida  
**SIG** – Sistema de Informação Geográfica  
**SIM** – Sistema de Informações sobre Mortalidade  
**SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
**SPA** – Substâncias Psicoativas  
**TARM** – Técnicos auxiliares de Regulação Médica  
**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
**TCUD** – Termo de Compromisso de Utilização de Dados  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde  
**UFPI** – Universidade Federal do Piauí  
**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento  
**USA** – Unidade de Suporte Avançado  
**USB** – Unidade de Suporte Básico  
**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva  
**WHO** – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>17</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Geral.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Específicos.....</b>	<b>18</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1 Historicidade do Suicídio.....</b>	<b>19</b>
<b>4.2 Epidemiologia das Tentativas de Suicídio.....</b>	<b>21</b>
<b>4.3 Fatores de Risco para Tentativas de Suicídio.....</b>	<b>23</b>
<b>4.4 Fatores de Proteção às Tentativas de Suicídio.....</b>	<b>24</b>
<b>4.5 Atendimento Pré-hospitalar (APH) às Tentativas de Suicídio.....</b>	<b>27</b>
<b>5 MÉTODOS.....</b>	<b>31</b>
<b>5.1 Tipo de Estudo.....</b>	<b>31</b>
<b>5.2 Local do Estudo.....</b>	<b>31</b>
<b>5.3 População e Período do Estudo.....</b>	<b>32</b>
<b>5.4 Coleta de Dados: instrumentos e procedimentos.....</b>	<b>32</b>
<b>5.5 Organização e Análise dos Dados.....</b>	<b>33</b>
<b>5.6 Aspectos Éticos.....</b>	<b>37</b>
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>6.1 Caracterização Clínico-epidemiológica dos atendimentos de Tentativas de Suicídio.....</b>	<b>39</b>
<b>6.2 Descrição do Tempo de Resposta dos atendimentos.....</b>	<b>46</b>
<b>6.3 Fatores Associados às Tentativas de Suicídio no Sexo Feminino.....</b>	<b>48</b>
<b>7 DISCUSSÃO.....</b>	<b>51</b>
<b>8 CONCLUSÃO.....</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>98</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O comportamento suicida se evidencia em uma pessoa através de pensamentos e atitudes contra sua integridade física que podem levar a um desfecho capaz de produzir a cessação da vida. Essa conduta, na maioria das vezes, está relacionada com a impossibilidade do indivíduo identificar alternativas para a solução de seus conflitos e sofrimentos, optando pela morte como resposta (MINAYO; TEIXEIRA; MARTINS, 2016).

O suicídio é caracterizado como um ato voluntário em que o indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte. Já na tentativa de suicídio ocorre um comportamento potencialmente lesivo, autoinfligido, que não resulta em morte. Ambos são resultantes da influência de fatores biológicos; genéticos; transtornos mentais e psicológicos; socioeconômicos e culturais; problemas familiares e conjugais; violência intrafamiliar; vivências traumáticas; alcoolismo e uso de outras drogas; condições clínicas incapacitantes e associações à incapacidade psíquica de administrar os problemas habituais (ROSA et al., 2016).

A tentativa de suicídio e o suicídio são fenômenos considerados um grande problema de saúde pública em todo o mundo e com repercussão complexa e multifatorial, tornando-os objeto de atenção na área da saúde (VELOSO et al., 2017). Em se tratando de ideação suicida é caracterizada por ideias, planejamento e desejo em atentar contra a própria vida (SILVA JÚNIOR et al., 2018).

A *World Health Organization* (WHO) estima que 1 milhão de pessoas morram a cada ano em decorrência de suicídio com previsão de 1,5 milhão de mortes em 2020, o que corresponde a um óbito a cada 40 segundos. No mundo, o suicídio pode ocorrer em qualquer fase da vida; sendo a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos. Como consequência, pelo menos seis pessoas em uma família são afetadas a cada suicídio, além de poder abalar centenas de pessoas quando acontece em um ambiente escolar ou do trabalho (WHO, 2018).

De acordo com os dados da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí e a Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde, ocorreram 281 óbitos por suicídio, no Piauí, em 2019. Teresina apresentou 78 mortes, neste mesmo ano, figurando na primeira posição dentre as cidades do Estado em números absolutos (PIAUI, 2019).

Dados oficiais relativos às tentativas de suicídio são mais imprecisos que os de mortalidade por suicídio, pois aqueles têm maiores lacunas para assunção de um

diagnóstico fechado. Nesse caminho, é importante destacar que as informações que a Organização Mundial da Saúde (OMS) disponibiliza estão subnotificadas, pois nem todos os países enviam seus dados consistentes e atualizados (DANTAS; DANTAS; SILVA, 2018).

As tentativas de suicídio causam um forte impacto social. A relação entre o número de tentativas de suicídio e o curto intervalo entre uma tentativa e outra é responsável pelo aumento do risco de suicídio. É importante considerar que, após sobreviver a um ato suicida, as pessoas se tornam mais vulneráveis a novas tentativas. Estima-se que 30% a 60% das pessoas atendidas em unidades de emergência por tentativa de suicídio eram reincidentes e, comumente, 10% a 25% farão novas tentativas em menos de um ano (ROSA et al., 2016).

Neste contexto, a população feminina apresenta taxas mais elevadas de ideação e tentativa de suicídio do que os homens. Portanto, é relevante observar que a tentativa de suicídio, mesmo sendo considerada diversas vezes um agravo com baixa intencionalidade de óbito, causa um forte impacto social, apesar da possibilidade de intervenção para diminuir e evitar as mortes por suicídio (ROSA et al., 2016).

A maioria dos atendimentos dispensados às vítimas de causas externas, sobretudo de violências, ocorre em serviços de urgência e emergência, e o meio mais utilizado pela população para chegar a tais serviços são as ambulâncias, principalmente o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Contudo, os dados são escassos sobre as vítimas de tentativa de suicídio socorridas pelos serviços pré-hospitalares (BALDAÇARA; GROSSMANN, 2014).

Para alcançar a dimensão dessas tentativas atendidas nos citados serviços, vislumbrou-se uma pesquisa capaz de demonstrar a realidade das tentativas de suicídio que ocorrem entre as mulheres. Nesse viés, conhecer as características e os indicadores epidemiológicos sobre as tentativas de suicídio no sexo feminino são vitais, uma vez que são importantes balizadores capazes de viabilizar estudos para a compreensão da magnitude do problema e que proponham medidas de prevenção com o intuito de reduzir os casos de reincidências de tentativas de suicídios entre as mulheres.

Portanto, na complexa realidade do suicídio, surgiram as seguintes questões norteadoras: Quais as características clínico-epidemiológicas das tentativas de suicídio atendidas em um serviço móvel de urgência? Há diferenças nessas

características segundo o sexo das pessoas atendidas? Assim, como objeto desse estudo, delineou-se a análise das características das tentativas de suicídio atendidas por um serviço móvel de urgência em Teresina-PI.

## 2 Justificativa

O interesse por estudar as características das tentativas de suicídio atendidas por um serviço móvel de urgência está associado ao fato desse agravo representar um relevante problema de saúde pública, haja vista sua expressiva magnitude e tendência no Brasil e na cidade de Teresina-PI.

A motivação para associar uma pesquisa sobre suicídio e o atendimento no serviço móvel de urgência, surgiu por força da experiência profissional da autora que, como médica do SAMU assiste pessoas que tentam suicídio e necessitam dos serviços de urgência e emergência. O estudo tem o propósito de consolidar conhecimentos que contribuam na assistência a pacientes que atentam contra suas vidas, de modo a evitar recidivas; além de buscar promover melhorias nos serviços de atendimento aos casos de tentativas de suicídio.

Portanto, um estudo voltado para o conhecimento mais profundo das tentativas de suicídio identificadas durante o atendimento pré-hospitalar, pode gerar subsídios para a melhor compreensão do tema, junto ao Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí. Além de contribuir para nortear e implementar políticas públicas relativas ao serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência, poderá ampliar estudos sobre a temática do suicídio e suas tentativas na cidade de Teresina.

Neste sentido, o estudo assume uma relevância social que alcança aspectos importantes sobre os usuários que atentaram contra suas vidas e foram atendidos pelo SAMU, com ênfase para as mulheres, uma vez que são elas que prescindem passar a receber maior atenção e assistência hospitalar ou ambulatorial. Esses acompanhamentos objetivam evitar novas tentativas de suicídio e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida e menos gastos para o poder público. Entende-se que esse estudo contribuirá com pesquisas futuras e para a educação continuada dos profissionais de saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Analisar as características das tentativas de suicídio atendidas por um serviço móvel de urgência de Teresina-PI.

#### **3.2 Específicos**

- Caracterizar os atendimentos segundo aspectos clínico-epidemiológicos, mecanismos utilizados para a autolesão, assistência e evolução;
- Identificar o tempo de resposta dos atendimentos;
- Identificar fatores associados à tentativa de suicídio no sexo feminino;
- Propor melhorias para a correta obtenção de registros e assistência às tentativas de suicídio.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

Para contextualizar a fundamentação teórica da temática, serão apresentados os seguintes tópicos: a historicidade do suicídio; a epidemiologia das tentativas de suicídio; os fatores de risco para tentativas de suicídio; os fatores de proteção às tentativas de suicídio, bem como o atendimento pré-hospitalar para esses eventos.

### 4.1 Historicidade do Suicídio

A palavra suicídio foi utilizada pela primeira vez pelo abade francês Defontaines, em 1737, e desde então vêm surgindo mudanças em sua compreensão. Com origem no latim, *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar), ela aponta para a necessidade de buscar a morte como um refúgio para o sofrimento que se torna insuportável (FUKUMITSU et al., 2015).

Nas sociedades nômades primitivas, o suicídio de idosos ocorria de forma ritualística e com certo grau de coerção social, ainda que velada. A pessoa idosa se matava em um ato de suprema honra e altruísmo, a fim de não se transformar em um ônus para seu povo. Fazia-o, também, para poupar os membros mais jovens da tribo do trabalho e da culpa de matá-los (BOTEGA, 2015).

Os Vikings praticavam o suicídio pela religião, pois acreditavam que os guerreiros eram convocados à guerra para morrer e, quem tirava sua própria vida, iria para o Valhalla, lugar este onde seriam servidos banquetes pelo próprio deus Odim. O suicídio na guerra era certeza de se alcançar o paraíso. Na China antiga, alguns guerreiros se matavam antes das lutas, por acreditar que depois de mortos suas almas ajudariam de forma mais efetiva durante as guerras (COSTA et al., 2018).

O estigma do suicídio, na tradição judaico-cristã, não se manifesta até o século IV. Sobre essa questão, a partir de Santo Agostinho, a autoridade religiosa passou a considerar o suicídio como ato inaceitável entre os valores cristãos. Esse preconceito foi ganhando força na Europa, de modo que o ato em si, bem como sua tentativa, tornou-se grande pecado, vergonha e, por fim, crime. Tudo isso sob a égide da tradição religiosa, que contribuiu sobremaneira para essa marginalização (SILVA; SOUGEY; SILVA, 2015).

Na Idade Média, o suicídio era considerado um pecado mortal e fruto de instigação demoníaca. No século XVII, o suicídio se transformou em dilema humano. A partir da segunda metade do século XX, a frequente associação entre suicídio e transtornos mentais embasou sua prevenção no âmbito da saúde pública (BOTEGA, 2015).

Em se tratando das mulheres, a violência doméstica é uma situação que pode apresentar como uma de suas consequências mais grave o suicídio das mulheres atingidas, havendo relação direta entre esses dois eventos. A violência contra a mulher é retratada na história, principalmente entre as mulheres que nasceram nas décadas de 40 e 50 do século XX, pois estas foram educadas e socializadas de um modo mais conservador do que o atual. Além da rigidez do tempo histórico, muitas nasceram e viveram parte da vida em região rural, onde os padrões de gênero eram e continuam a ser mais rigorosos que nas cidades. Muitas apresentam em suas famílias de origem, modelos femininos sobrecarregados pelo trabalho duro, pobreza e exclusão social de gênero. Essas atribuições vinculadas à mulher geram a violência que constitui um componente fundamental do papel das mulheres para viverem sob o sistema patriarcal. Esta realidade é exercida em todas as etapas do ciclo vital em sociedades regidas pela divisão sexual de papéis (MENEGHEL et al., 2015).

Assim, essa situação de violência se torna mais evidente somente no início da segunda década do século XXI, quando ocorre grande diversificação nos estudos de tentativas de suicídio por países e continentes. A partir daí aparecem as primeiras investigações na América do Sul, intensificando os estudos nos países asiáticos, mas a África continua ausente na literatura científica sobre o tema (CAVALCANTE et al., 2015).

Diante deste contexto, em 2001, foi implantada no Brasil a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Em 2006, as ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura de paz foram priorizadas na Política Nacional de Promoção da Saúde. Para consolidar a implementação dessas políticas, especialmente no tocante à vigilância epidemiológica de violências e acidentes, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2006 o Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA) para o preenchimento da Ficha de notificação/investigação individual de violência

doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (FERNANDES; FERREIRA; CASTRO, 2016).

Essa Ficha é composta por um conjunto de variáveis e categorias que retratam as violências perpetradas contra si, contra outra pessoa ou contra grupos populacionais. Para tal, a descrição da magnitude, do impacto do problema e qualidade da informação são aportes necessários para fins de pesquisa e para identificar estratégias de prevenção e intervenção, diante da relevância social e científica (FERNANDES; FERREIRA; CASTRO, 2016). Vale ressaltar que a notificação compulsória de um agravo deve ser realizada como um instrumento importante de proteção e não de denúncia ou punição (BRASIL, 2014a).

A partir da problemática da tentativa de suicídio, surgiu a necessidade de organizar uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) que garantisse a oferta de uma linha de cuidados especializados e integrais no manejo e notificação dos casos de tentativas de suicídio. Com essa finalidade, foi criada a Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006 – Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, que prevê reduzir a morbimortalidade e melhorar o acesso dos pacientes, quando necessário, como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências (BRASIL, 2006).

No ano de 2014, criou-se a Portaria do MS, nº 1.271 de 6 de junho de 2014, que definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, para os casos de violência sexual e tentativa de suicídio. De acordo com a Portaria, os casos de tentativa de suicídio passaram a ser um agravo de notificação obrigatória e imediata, devendo ser encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas (BRASIL, 2014b).

## **4.2 Epidemiologia das Tentativas de Suicídio**

O suicídio não era considerado como um problema de saúde pública no Brasil, provavelmente obscurecido pelas elevadas taxas de mortalidade por assassinato e acidentes de trânsito que ainda incidem no país. No entanto, de 1998 a 2008, houve um aumento de 33,5% no número total de óbitos por suicídio, reforçando a necessidade de políticas públicas para a prevenção de óbitos por essa causa no Brasil. Porém, estes números podem ser ainda maiores em função da

subnotificação e da má qualidade das informações contidas nas declarações de óbito encontradas em algumas áreas do país (DEL-BEN et al., 2017).

Sobre os dados disponíveis mais recentes das taxas globais de mortalidade nos Estados Unidos, Scaini e Quevedo (2018) mostram que o suicídio foi responsável por 44.193 mortes em 2015. Para o período 2000-2016, a taxa de suicídio ajustada por idade no país aumentou de 10,4 para 13,5 por 100.000 habitantes representando um aumento de 30%.

Destaca-se na pesquisa de Chan Chee e Jezewski-Serra (2014) realizada na França de 2004 a 2011, o número de internações hospitalares por tentativa de suicídio, por sexo e percentagem de estadias masculinas. As estadias das mulheres representaram cerca de dois terços do total de internações por tentativa de suicídio. Na faixa etária de 10 a 14 (82%) e de 15 a 19 anos (75%), das internações por tentativa de suicídio envolviam meninas. Entre os jovens de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, as hospitalizações por tentativa de suicídio foram responsáveis por 4,5 e 3 vezes nas meninas.

Entre 2010-2014, a taxa média de mortalidade por suicídio no Brasil foi de 5,23 por 100.000 habitantes. Entretanto, estes números podem estar subestimados em países com registros nacionais razoavelmente confiáveis, como no Brasil, onde não há registros sistemáticos de tentativas de suicídio. Mesmo em países com bons dados cadastrais vitais, o suicídio muitas vezes pode ser erroneamente atribuído a acidentes ou outras causas de morte (SCAINI; QUEVEDO, 2018).

No Brasil, em 2018, de acordo com dados sobre lesões autoprovocadas disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ocorreram 12.733 óbitos na população em geral. O Nordeste brasileiro se destaca como segunda região com a ocorrência desse agravo com 2.990 óbitos. No mesmo ano ocorreram 333 óbitos no Piauí, sendo 100 casos em Teresina. Para o público feminino no Brasil, a mesma ocorrência foi de 2.729; no Nordeste 592 óbitos de mulheres; Piauí com 89 e Teresina 33, figurando com a primeira posição entre os municípios do Estado (DATASUS, 2020).

O Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens brasileiros de 15 a 29 anos, entre 2011 a 2018, identificou que os Estados de São Paulo, Minas Gerais e Paraná estão entre os que mais notificaram casos de violência autoprovocada. Já os Estados de Sergipe e Amapá foram os que menos notificaram casos. Dessas notificações, 52.444 casos

puderam ser classificados como tentativas de suicídio, sendo maior em mulheres (83,0%) do que em homens (72,6%). Ao longo do período estudado, observou-se um aumento da proporção de registros de tentativas de suicídio, em relação ao total de lesões autoprovocadas, passando de 18,3% em 2011, para 39,9% em 2018 (BRASIL, 2019).

### **4.3 Fatores de risco para Tentativas de Suicídio**

O fator de risco mais consistente descrito na literatura para o comportamento suicida é a história prévia de tentativas ou ameaças de suicídio, porém a maioria dos suicídios completados não é precedida por tentativas sem sucesso (APA, 2014). São considerados como fatores de risco: o histórico de tentativas de suicídio anteriores; variáveis demográficas, sinais e sintomas clínicos depressivos e personalidade impulsiva; uso de substâncias psicoativas; ambivalência; sensação de solidão e a falta de suporte social (BTESHE, 2018).

Os fatores biológicos e genéticos se apresentam como predominantes no comportamento suicida e tem associação importante com transtornos psiquiátricos (TRAN et al.; 2014; SILVA; SOUGEY; SILVA, 2015). Os transtornos mentais mais associados à tentativa de suicídio são: neuróticos; relacionados com estresse e somatoformes (queixas físicas inexplicáveis); do humor (afetivos); transtornos alimentares; esquizofrenia; esquizotípicos e delirantes; outros transtornos mentais e comportamentais e o uso de substâncias psicoativas (FERNANDES; FERREIRA; CASTRO, 2016).

O estudo de Del-ben et al. (2017) identificou que os níveis socioeconômicos extremos (muito ricos ou muito pobres), morar em áreas urbanas, insatisfação ou sem sucesso profissional e ausência de crença religiosa, podem levar a comportamentos suicida. Pires et al. (2015), ao investigarem os indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento, constatou que o abuso sexual é frequente nesses casos, por estarem fortemente ligado a sentimentos de vergonha ou de culpa.

Minayo, Teixeira e Martins (2016) destacam que a desunião e os conflitos familiares podem aumentar o risco de suicídio entre seus membros, quando outros fatores predisponentes estão envolvidos, como doenças físicas degenerativas e o uso abusivo de álcool.

No que concerne aos fatores associados à tentativa de suicídio na mulher, Meneghel et al. (2015) afirmam que a mulher vive em uma sociedade patriarcal, que existe uma desigualdade na distribuição de poder entre os gêneros e a atribuição ou naturalização de papéis específicos entre homens e mulheres. As hierarquias de poder geram desigualdade e expõem as mulheres a situações de violência ao longo da vida, incluindo o suicídio. Esse processo ocorre desde a socialização das meninas e a educação diferenciada de gênero, seguindo na vida adulta com a divisão sexual do trabalho e a ausência de remuneração para as atividades domésticas.

Além disso, as mulheres enfrentam outros fatores de muito sofrimento que podem levar à ideação, tentativa e suicídio como: as infrações aos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo-se o estupro como iniciação sexual, os casamentos forçados, arranjos ou usados para fugir das violências familiares; a maternidade obrigatória; a criminalização do aborto; a dificuldade de acesso à contracepção e a negociação de sexo seguro e a espoliação de bens e direitos durante a velhice (MENEHEL et al, 2015).

Estudo realizado por Meneghel et al. (2015) aponta fatores relacionados a pensar na morte e a tentar suicídio: rígido desempenho de papéis de gênero, a posição de desigualdade ou falta de poder em relação ao marido, filhos ou familiares, bem como, as violências (verbal, psicológica, física, sexual, patrimonial, institucional) sofridas e referidas em algum ou vários momentos da vida. Estas agressões foram praticadas ao longo da vida, principalmente por pais, parceiros íntimos, filhos, familiares, conhecidos, patrões, profissionais de serviços, entre outros.

#### **4.4 Fatores de Proteção às Tentativas de Suicídio**

O suicídio representa um rompimento radical para eliminar uma situação de dor psíquica insuportável. Ações preventivas são necessárias não apenas para evitar a morte, mas para demonstrar à pessoa outros modos de enfrentar o sofrimento. São considerados fatores de proteção: reconhecimento do apoio da família; apoio de amigos e de outros relacionamentos significativos; crenças religiosas, culturais e étnicas; envolvimento na comunidade; boa capacidade de

comunicação e integração social e acesso aos serviços e cuidados de saúde mental (BTESHE, 2018).

A religiosidade e a espiritualidade são fenômenos presentes nas vidas dos brasileiros, especialmente na terceira idade, que facilitam o entendimento do significado da vida e contribuem para a sensação de bem estar; saúde e estabilidade; reduzem os níveis de angústia e inutilidade; proporcionam o desenvolvimento de resiliências diante das situações problemáticas e dificuldades próprias ao envelhecimento, possibilitando a transcendência e elucidações de fatos pessoais para a reestruturação da vida (NERY et al., 2018).

Outro aspecto essencial para o enfrentamento e superação do comportamento suicida é o apoio por meio de atitudes e ações de suporte emocional, instrumental e material. Estas ações podem ser oferecidas por instituições e profissionais da área social e de saúde, pela comunidade e família, que demonstrem compreensão, empatia e estímulo às experiências positivas entre as pessoas (FIGUEIREDO et al., 2015).

Neste contexto, em 1999, a OMS criou o Programa de Prevenção ao Suicídio, com a elaboração de manuais para grupos sociais e profissionais em formato de capacitação para lidar com pessoas com tendência a cometer suicídio e esclarecimento do fenômeno (RODRIGUES NETO, 2018).

No Brasil, em 2006, o MS instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, que incentiva um diálogo entre o MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para a promoção de qualidade de vida dos usuários, projetos educacionais e outras atribuições para a prevenção do suicídio (BRASIL, 2006). O poder público instituiu a Política de Atenção à Saúde Mental, destacando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como o espaço adequado para efetivar um cuidado integral à pessoa com sofrimento psíquico intenso e com desejo de autoextermínio (BRASIL, 2001).

A atuação em rede pelos órgãos governamentais é extremamente importante no que se refere à prevenção de doenças e promoção de Saúde para os usuários dos mais variados serviços de assistência ofertados. Atuar em rede demanda que haja uma comunicação ampla e efetiva entre os serviços, como o Hospital, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Conselho tutelar, as escolas, entre outros, que devem reconhecer sua competência e alcance, de forma a permitir o

encaminhamento quando observado fatores de risco nos casos atendidos de comportamento suicida (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017).

Outro fator imprescindível no manejo dos casos relacionados ao suicídio é a atuação integrada da equipe multiprofissional atuantes em Saúde Mental, a fim de prevenir o suicídio e promover a posvenção dos usuários com este comportamento e dos familiares que convivem. Os profissionais devem trabalhar de forma interdisciplinar, promovendo a comunicação, troca de informações e saberes, interação entre estes trabalhadores na aplicação de técnicas intervencionais e planejamento coordenado de ações, para que assim seja possível visualizar integralmente o melhor caminho a seguir no manejo dos casos de comportamento suicida. Deste modo, as interações interdisciplinares no atendimento ao sujeito em sofrimento possibilitam um cuidado mais integral bem como a preservação da vida (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017).

Portanto, o encaminhamento, acompanhamento e tratamento adequados podem ser considerados, também, como fatores de prevenção e posvenção dos casos de comportamento suicida. Fukumitsu et al. (2015) afirmam que alguns fatores protetores devem ser ampliados, tais como: realizar atendimento clínico eficiente e adequado para pacientes com transtornos mentais e/ou para aqueles que abusam de substâncias psicoativas (SPA); facilitar o acesso a várias intervenções clínicas e de apoio para busca de ajuda; restringir o acesso a métodos altamente letais de suicídio; oferecer apoio à família e à comunidade; contribuir para a aprendizagem de práticas de solução de problemas e resolução de conflitos de forma não violenta e, favorecer crenças culturais e religiosas que possam minimizar os riscos do suicídio e estimulem os instintos de preservação da própria vida.

Para o cuidado e prevenção do comportamento suicida, o Governo do Estado do Piauí criou em agosto de 2017, o Plano Estadual de Prevenção do Suicídio. O referido Plano objetiva organizar uma rede de acolhimento às pessoas com sofrimento e risco, capacitar profissionais, instituições e Sociedade Civil para lidar com pessoas e grupos vulneráveis a este agravo, além de estabelecer um sistema de informações sobre o suicídio e divulga-lo para a sociedade (RODRIGUES NETO, 2018).

O Governo do Estado do Piauí criou e/ou implementou algumas instituições, como elenca Rodrigues Neto (2018), tais como:

- Grupos de caráter governamental: os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; o Centro de Assistência Integral à Saúde – CAIS; o Corpo de Bombeiros; SAMU e o Ambulatório de Valorização da Vida (PROVIDA). São espaços de apoio com equipes multiprofissionais e interdisciplinares capazes de lidarem com pessoas passando por crises depressivas, tentativas de suicídio, ideações e outros transtornos psicológicos, bem como dependência química.

- Grupos de caráter não governamental e sem fins lucrativos, com vínculo religioso em Teresina: o Centro Débora Mesquita – CDM; Centro de Valorização da Vida – CVV; o Grupo de Apoio Contato Esperança - GRACE e o Projeto Caminhos da Federação Espírita Piauiense (FEPI), dentre outros grupos.

Atualmente, além destes grupos de apoio e prevenção do suicídio no município de Teresina, foi criada pela Gerência de Saúde Mental o Núcleo de Estudos e prevenção ao Suicídio de Teresina (NEPS). As instituições que compõem o NEPS são: Rede Hospitalar de Teresina; SAMU; Diretoria da Atenção Básica; Hospital Areolino de Abreu; Polícia Militar; Corpo de Bombeiros; Núcleo de Vigilância de Violência e Acidentes; Núcleo de eventos vitais; Liga Acadêmica de Suicidologia do Piauí do Instituto Federal do Piauí (IFPI); Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Piauí; Hospital Universitário (HU); Conselho Regional de Psicologia; Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria da Fundação Municipal de Teresina e Gerência Estadual de Saúde Mental (RODRIGUES NETO, 2018).

#### **4.5 Atendimento Pré-hospitalar (APH) às Tentativas de Suicídio**

O APH teve início no contexto militar, no ano de 1792, durante a Revolução Francesa, com o cirurgião Dominique Larrey, quando soldados iniciavam o tratamento das feridas no campo de batalha e pela necessidade do transporte rápido para o local apropriado ao atendimento. Posteriormente, percebeu-se que o tempo de início do atendimento era essencial para evitar maiores problemas e mesmo a morte, passando-se a realizar os cuidados iniciais em saúde antes do transporte (ALMONDES; SALES; MEIRA, 2016).

Identificam-se três etapas na implantação dessa política de urgência no Brasil: até 2003, produção das principais normas que instituem a política; de 2003 a 2008 predomina a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

(SAMU); e de 2008 a 2009 predomina a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A partir de 2011, foi instituída a Rede de Urgência e Emergência (RUE), priorizando-se a integração entre os componentes da atenção às urgências e o investimento menos fragmentado em componentes individuais da política (O'DWYER et al., 2017).

Diante da instituição dessa política, é importante distinguir as definições sobre urgência e emergência. Na sua Resolução CFM nº 1451/95, o Conselho Federal de Medicina (1995), define por urgência um episódio inesperado de agravo à saúde com ou sem risco possível de vida, em que a pessoa necessita de assistência médica imediata, porém o tempo é quantificado em até no máximo 24 horas. No caso das ocorrências por emergência, a pessoa apresenta alteração do estado de saúde que se encontra em risco iminente de vida ou sofrimento intenso. A avaliação médica das condições de agravo à saúde exigiu tratamento médico imediato, necessitando de intervenções imediatas e inadiáveis, com o tempo medido em minutos.

O modelo do SAMU do Brasil foi inspirado no APH francesa, por seguir a regulação médica com prática para acolhimento e avaliação de necessidades dos pacientes que procuram o serviço, podendo ou não enviar ambulância para o atendimento. A constituição das equipes e a configuração das ambulâncias têm particularidades diferentes e características próprias de acordo com as necessidades locais do Brasil (CICONET, 2015).

Com a implantação do SAMU, adveio a regulação médica, e os fluxos de solicitações de atendimento passaram a ser operacionalizados com a garantia de acesso equânime à rede de saúde de cada município, tendo em vista que o SAMU opera com o princípio de vaga zero, isto implica no atendimento independentemente da existência ou não de leitos vagos nos hospitais. Nessa perspectiva, o SAMU torna-se um importante observatório do sistema de saúde vigente, induzindo a organização da rede de atenção, proporcionando a estruturação dos serviços, favorecendo o processo de pactuação regional e permitindo, assim, o enlace com outros atores não oriundos da saúde. O SAMU desenvolve ações, de modo a oferecer à população atendimento qualificado em situações de urgência e emergência, possibilitando o acesso dos usuários à rede de serviços de saúde para a manutenção da vida e/ou a minimização das possibilidades de sequelas (SILVA, 2011).

E novamente, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1451/95, considera que as instituições de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão estar preparadas adequadamente para atender a situações de urgência-emergência. Além de garantir todos os procedimentos de sustentação da vida e com condições de dar continuidade ao cuidado no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Portanto, o APH é toda assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do ambiente hospitalar, por meios e métodos disponíveis para os atendimentos de pacientes com de risco de morte. O APH se divide em serviços móveis e serviços fixos, de acordo com a Portaria 2048/02. O APH móvel (SAMU) presta socorro imediato às vítimas e encaminhadas para o APH fixo ou para atendimento hospitalar. O APH fixo refere-se à assistência extra-hospitalar realizada pelas unidades básicas de saúde, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia e pronto-atendimentos (SILVA; KOHLRAUSCH, 2016).

No Piauí, a história do APH teve início em 22 de agosto de 1990, com a implantação do serviço de atendimento pré-hospitalar SOS Teresina (SILVA, 2011). O SAMU, como rede de atenção, que proporciona a estruturação dos serviços de saúde é avaliado pelo Ministério da Saúde que colhe mensalmente dados relativos aos atendimentos para avaliação e monitoramento (SILVA; NOGUEIRA, 2012).

O pré-hospitalar de Teresina é assim operacionalizado: qualquer cidadão, ao discar 192, tem sua ligação atendida por um técnico na Central de Regulação Médica (CRM), que registra informações, como nome do solicitante, relação com o paciente, endereço da ocorrência, bairro, ponto de referência e telefone de quem está falando. Em seguida, transfere a ligação ao médico regulador, que dialoga com o solicitante em busca de informações sobre o paciente que subsidiem o diagnóstico situacional e a tomada de decisões. Nesse momento podem ser sugeridos procedimentos emergenciais e iniciado o atendimento por meio das seguintes ações: orientar o solicitante a procurar uma unidade de saúde; designar uma ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV), ou enviar uma ambulância de Suporte Avançado de Vida (SAV), que se configura em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel (SILVA, 2011).

Não havendo necessidade do envio de uma unidade, o chamado é registrado na base de dados do SAMU. Ao decidir pelo envio da unidade móvel, o médico

repassa a ficha de atendimento ao rádio operador, que irá acionar a viatura da área de abrangência mais próxima do local do chamado, de acordo com o tipo de atendimento indicado. Os socorristas que atuam na viatura solicitada, respondem via rádio e se deslocam ao local indicado. Em alguns casos, o atendimento é realizado no local e o paciente é imediatamente liberado. Não sendo possível o atendimento no local, o paciente é removido ao hospital mais próximo que atenda urgência e emergência, onde as informações da ocorrência são passadas para a equipe responsável pelo recebimento do paciente. Concluído o atendimento, todas as informações da ocorrência são registradas nos bancos de dados do SAMU Teresina (SILVA, 2011).

## **5 MÉTODOS**

### **5.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo transversal analítico, com abordagem quantitativa. Estudo transversal é aquele que avalia as mesmas variáveis em diferentes grupos, no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Estudo analítico é definido como o modelo utilizado para verificar uma hipótese e o perfil de avaliação epidemiológica. O investigador avalia os dados utilizando ferramentas bioestatísticas (MENEZES et al., 2019).

### **5.2 Local do Estudo**

A pesquisa foi realizada na sede do SAMU, da cidade de Teresina-PI. O local foi escolhido por ser uma instituição referência na prestação de socorro às pessoas em situações de tentativas de suicídio, nas cenas em que esses agravos ocorrem, garantindo atendimento precoce, adequado ao ambiente pré-hospitalar e ao acesso ao sistema de saúde.

Atualmente, o SAMU de Teresina possui oito ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) e três de Suporte Avançado de Vida (SAV), e quatro motolâncias (motos pilotadas por técnicos de enfermagem). Cada ambulância fica responsável por uma determinada área abrangendo vários bairros, resultado de parcerias estabelecidas entre o Governo Federal, Secretaria Estadual de Saúde e da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS).

O SAMU de Teresina atende a população durante 24 horas. São nove linhas disponibilizadas para que a população possa fazer chamadas de urgência e emergência solicitando os serviços de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica, ginecológica e violências, com acesso telefônico gratuito pelo número nacional 192, nas zonas urbana e rural do município.

O quadro de profissionais que trabalham no SAMU Teresina é composto por: 35 médicos; 28 enfermeiros; 72 condutores; 25 técnicos de enfermagem; 48 auxiliares de enfermagem; sete técnicos administrativos e 29 telefonistas auxiliares da regulação médica. Por dia, o SAMU realiza aproximadamente 80 remoções e 100 atendimentos orientados por telefone, como média de 1.000 a 1.300 ligações em

dias úteis; já os finais de semana e feriados alcançam de 1.500 a 1.700 ligações telefônicas em 24 horas.

### **5.3 População e Período do Estudo**

A população do estudo foi constituída pelo total de registros de tentativas de suicídio atendidas pelo SAMU Teresina no período de 1º de julho de 2015 a 31 de dezembro de 2018 (N=838), sendo, portanto, um estudo censitário.

Foram incluídos os atendimentos de pessoas que tentaram suicídio no intuito de caracterizar e identificar fatores associados em ambos os sexos.

### **5.4 Coleta de Dados: instrumentos e procedimentos**

Os atendimentos realizados pelo SAMU Teresina são registrados manualmente em um formulário padronizado intitulado Registro de Atendimento Pré-Hospitalar (Anexo A), chamado na rotina do serviço de Ficha de Atendimento. Nela, são preenchidas as informações em blocos de variáveis organizados da seguinte forma: dados do chamado; local da ocorrência; dados do paciente; tipo de ocorrência; acidente de transporte; exame físico; assistência; hospital de destino; observações interdisciplinares e socorristas. O preenchimento deste formulário inicia-se com os dados do chamado, pela equipe da regulação, e encerra-se ao final do atendimento prestado pela equipe de socorristas. Quando a equipe de socorristas encerra o seu plantão, reúne todas as fichas preenchidas e as envia ao setor de Estatística do SAMU Teresina, que providencia a conferência, organização e digitação dos dados no Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO).

Embora o preenchimento das fichas de atendimento tenha sido institucionalizado desde a implantação do SAMU em Teresina, a digitação dos dados no SAGO foi iniciada somente em setembro de 2018. Convém ressaltar, que todas as fichas anteriores a este ano não foram inseridas no sistema, devido ao grande volume de fichas decorrentes dos milhares de atendimentos já realizados, o que inviabilizaria uma análise epidemiológica consistente sobre os dados constantes das fichas arquivadas de 2015 até 2018.

Como forma de colaborar com o Setor de Estatística do SAMU Teresina, no sentido de atualizar a digitação dos dados no SAGO, foi aprovada a realização do

projeto de extensão intitulado “Informatização dos Registros Clínicos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) – Teresina, PI”, com a participação de acadêmicos de medicina e enfermagem, previamente recrutados e treinados, atuando como força-tarefa para a digitação das fichas de atendimentos, aprovado pelo Colegiado do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e com anuência da Coordenação do SAMU Teresina (Apêndice A). Após a digitação das fichas, o projeto realizou duas capacitações sobre análise de dados para os profissionais do Setor de Estatística.

Diariamente, em horário determinado e sob supervisão direta da funcionária responsável pelo setor de Estatística do SAMU Teresina, os alunos receberam uma quantidade de fichas para serem digitadas no SAGO e contribuíram para a consolidação de uma base de dados que abrangeu registros de atendimentos realizados desde julho de 2015. Uma vez atualizada, a digitação das fichas de atendimento passou a ser feita pela equipe interna do Setor de Estatística, sendo uma ação incorporada à rotina de trabalho do setor.

Após conclusão da digitação das fichas de atendimento no SAGO, foi constituída uma base de dados que poderá ser utilizada para análises estatísticas internas e por instituições de ensino superior, sem a necessidade de recorrer às fichas de atendimento. Além disso, a digitação no SAGO resultou em economia de espaço para guardar o grande volume de formulários, bem como a agilidade nas análises que são demandadas pela administração do SAMU e FMS. Uma vez digitados os dados, foi possível fornecer cópias da base de dados em formato *Data Base File* (dbf) para análises estatísticas.

Para a presente pesquisa, foi solicitado o fornecimento de uma cópia em formato dbf do banco de dados do SAGO contendo apenas os atendimentos por tentativas de suicídio, sem identificação dos pacientes, conforme variáveis apresentadas no Apêndice B.

## **5.5 Organização e Análise dos Dados**

A variável dependente foi sexo (feminino, masculino).

As variáveis independentes foram:

a) número do chamado;

- b) data do chamado (refere-se ao dia da semana: segunda, terça, quarta, quinta, sexta, sábado e domingo);
- c) equipe de atendimento (Ambulância Básica ou Avançada);
- d) horário da solicitação da chamada (corresponde ao turno de atendimento: manhã (6h às 12h), tarde (12h às 18h), noite (18h às 24h) ou madrugada (24h às 6h);
- e) horário da Regulação;
- f) horário da saída do ponto de apoio do SAMU;
- g) horário da chegada ao local da ocorrência;
- h) endereço da ocorrência;
- i) bairro da ocorrência;
- j) local da ocorrência (residência ou público);
- k) zona de ocorrência (Centro/Norte, Leste; Sul, Sudeste e Rural);
- l) idade em anos;
- m) gestante;
- n) antecedente de tentativa de suicídio (relato de tentativas anteriores de suicídio);
- o) história de atendimento em serviços psiquiátricos ou CAPS;
- p) história de suicídio ou tentativa de suicídio na família;
- q) indícios de bebida alcoólica;
- r) indícios de outras drogas;
- s) hospital de destino (se o usuário foi ou não removido para o atendimento aos hospitais da rede pública, privada ou se não foi removido);
- t) condições de entrada do usuário no local de destino (melhorado, piorado, inalterado, ignorado/não registrado);
- u) óbito (se ocorreu antes ou durante o transporte);
- v) mecanismo de autolesão (estas informações foram obtidas do campo da ficha de atendimento “observações interdisciplinares” – local destinado ao registro detalhado da história clínica de cada usuário, como exemplos: automedicação, pesticidas/veneno, outras substâncias tóxicas, enforcamento e arma de fogo; e ainda do local destinado ao tipo de intercorrência).

A variável tempo resposta total foi subdividida em: Tempo 1: Tempo entre a chamada da ocorrência e regulação (min); Tempo 2: Tempo entre regulação e a saída do ponto de apoio do SAMU (min); Tempo 3: Tempo entre saída do ponto de

apoio do SAMU e chegada ao local da ocorrência (min); Tempo 4: Tempo entre a chamada da ocorrência e saída do ponto apoio do SAMU (min); Tempo 5: Tempo entre a chamada da ocorrência e chegada ao local da ocorrência (min). A diferença das médias dos tempos para as variáveis: sexo, tipo de ambulância, ano e zona de atendimento foi verificada a partir do Teste de Wilcoxon (Mann-Whitney) para as variáveis com duas categorias e Teste Kruskal-Wallis para as variáveis com três ou mais categorias.

Para análise espacial, os endereços das ocorrências de tentativas de suicídio foram geocodificados. A geocodificação permite que posições de casos associadas a redes de endereços sejam transformadas em mapas de pontos – instrumento básico para a aplicação de testes de dependência espacial e demais técnicas de análise espacial. Deste modo, uma vez associado a uma localização, o endereço é representado por um ponto no mapa, que pode ser usado para visualização dos eventos e identificação de padrões espaciais (MENDES; FERREIRA, 2019).

Dentre os vários métodos de geocodificação existentes optou-se pelo serviço gratuito do Google por ser simples e prático. O georreferenciamento da figura foi carregado no Google Planilhas e através do complemento Geocode Cells, foram criadas com as latitudes e longitudes dos endereços. A figura com as informações de coordenadas foi salva no formato *Comma Separated Values* (CSV) e posteriormente espacializada no software QGIS versão 2.18. Ressalta-se que a maioria dos endereços foi georreferenciada. Porém, pelo fato de alguns registros estarem incompletos, não foi possível realizar o procedimento total de forma automática. Assim, foi realizada uma correção através da identificação desses endereços na figura e posteriormente foi feita uma plotagem manual dos mesmos em localizações aproximadas nos bairros correspondentes.

Por motivos de inconsistências presentes nos dados originais dos endereços, um considerável número de pontos não foram precisamente espacializados. Muitos possuíam apenas dados de número da quadra e/ou da casa. Nesses casos os pontos foram plotados aleatoriamente dentro dos respectivos bairros.

Alguns endereços estavam identificados por nomes de vilas ou loteamentos que não constavam nem na base de arruamentos do Google e nem nas bases da prefeitura. Nesses casos, pesquisou-se na internet notícias sobre esses lugares e o ponto foi plotado manualmente em lugares aproximados dentro dos bairros aos quais pertenciam. Alguns registros com endereços localizados em áreas próximas

ao limite do perímetro urbano oficial de Teresina tiveram suas classificações alteradas na coluna bairro após o georreferenciamento, ou seja, urbanos passaram a ser rurais e vice-versa.

Registros com endereços incompletos ou incompatíveis com as malhas cartográficas foram excluídos das análises. O limite do perímetro urbano não coincide com os limites de bairros e de zonas, ocasionando a seguinte situação: os citados registros estão fora dos limites de bairros e zonas e ao mesmo tempo não são rurais por estarem dentro do perímetro urbano oficial.

Os números finais foram os seguintes:

- 838 – registros;
- 49 – sem dados de endereço;
- 14 – excluídos por inconsistências na cartografia;
- 775 – endereços georreferenciados;
- 749 – urbanos;
- 26 – rurais.

A partir dessas informações foram elaborados dois mapas de Kernel segundo os bairros e zonas da área urbana de Teresina para o sexo feminino e masculino.

Os mapas foram elaborados com a distribuição dos bairros e das zonas de ocorrência da cidade de Teresina (Apêndice C), além da sua descrição por meio de um quadro com a numeração correspondente para situar o leitor na identificação de bairros e zonas com maior ocorrência de atendimentos por tentativa de suicídio (Apêndice D).

A Lei nº 4.423, de 16 de julho de 2013, fixa as denominações e delimita os perímetros dos bairros de Teresina. Este documento relaciona os bairros de Teresina, com a delimitação dos seus respectivos perímetros e apresenta o Mapa da cidade, com a divisão dos seus bairros.

Com o arquivo vetorial de pontos gerado (dados georreferenciados), um mapa de calor (mapa de Kernel) foi criado no software QGIS versão 2.14.17 para que fossem analisados padrões na distribuição das ocorrências, levando em consideração os atributos sexo e bairros de ocorrência. O software é livre com código-fonte aberto, multiplataforma de Sistema de Informação Geográfica (SIG).

A estimativa Kernel é uma técnica de interpolação exploratória que gera uma superfície de densidade para a identificação visual de “áreas quentes”. Entende-se a

ocorrência de uma área quente como uma concentração de eventos, que indica de alguma forma, a aglomeração em uma distribuição espacial. O método de Kernel é uma técnica não paramétrica que permite filtrar a variabilidade de um conjunto de dados, retendo as características essenciais locais dos dados. Esse método é um indicador de fácil uso e interpretação, uma vez que as concentrações de registros mapeadas são classificadas nas densidades baixa, média e alta (BRASIL, 2007).

Para calcular as taxas de incidência, inicialmente foi calculada a estimativa populacional pelo método de interpolação. Em seguida dividiu-se o número de casos pela estimativa populacional em cada ano, por sexo e zona de ocorrência da cidade. Ressalta-se que para o ano de 2015 não foi calculada a taxa de incidência, porque os dados foram coletados apenas a partir do segundo semestre. É importante destacar que a população residente se refere à população por sexo de cada zona da cidade de Teresina.

Ressalta-se que trabalhar com dados secundários não se pode garantir que todas as pessoas que tentaram suicídio na cidade de Teresina foram registradas ou atendidas pelo SAMU, pois existem pessoas que tentam suicídio, mas que não acionam o SAMU. Muitas vezes se dirigem diretamente ao serviço privado, quando necessitam de um atendimento de urgência, portanto não entram na estatística deste estudo.

Os dados foram digitados em planilha do programa *Microsoft Office Excel* e analisados no pacote estatístico *Stata* versão 12. A análise da associação entre o sexo e as variáveis independentes foi feita utilizando-se o teste Qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) ou teste exato de Fisher (utilizado se frequência for inferior a 5), quando apropriado. *Odds ratio* (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados utilizando regressão logística. Foram aceitos como estatisticamente significativos os testes com valor de  $p < 0,05$ .

## 5.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi apresentado, inicialmente, à FMS para solicitar autorização institucional, no intuito da obtenção do banco com os dados de interesse para o estudo (Apêndice E). Os pesquisadores apresentaram o Termo de Compromisso de Utilização de Dados - TCUD (Apêndice F) e o termo de justificativa da não utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice

G). De posse da autorização institucional, o projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI: (04295418.1.0000.5214) (Anexo B).

Este projeto de pesquisa foi desenvolvido conforme os requisitos propostos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), no que se refere aos aspectos éticos e legais das pesquisas que envolvem seres humanos, conforme estabelecido nas resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018. Assim, foi garantido anonimato dos sujeitos e sigilo das informações cadastradas no banco de dados (Anexos C e D).

## 6 RESULTADOS

Foram realizados 838 atendimentos de tentativas de suicídio pelo SAMU Teresina, no período de julho/2015 a dezembro/2018. Os resultados serão apresentados em três seções: 6.1 - caracterização clínico-epidemiológica dos atendimentos que contemplará as características das mulheres, os mecanismos utilizados para a autolesão, aspectos relacionados à assistência prestada e evolução dos casos; 6.2 - descrição do tempo de resposta dos atendimentos e 6.3 - identificação dos fatores associados à tentativa de suicídio.

### 6.1 Caracterização Clínico-epidemiológica dos Atendimentos de Tentativas de Suicídio

Do total de 838 atendimentos de tentativa de suicídio realizados pelo SAMU, na cidade de Teresina, predominaram vítimas do sexo feminino (60,9%). A maioria dos usuários atendidos encontrava-se na faixa etária de 30 a 59 anos (46,8%), seguida pela faixa de 20 a 29 anos (28,4%). Dentre as mulheres atendidas cinco estavam grávidas (Tabela 1).

A ocorrência de tentativa de suicídio foi mais frequente na Zona Centro/Norte (35,9%), seguida da Zona Sul (27,9%). Ressalta-se que o número de mulheres que tentaram suicídio superou o número de homens em todas as zonas de ocorrência. Domingo (16,5%) e sábado (15,9%) foram os dias com maiores incidências, assim como nos turnos noite (34,9%) e tarde (32,9%) (Tabela 1).

Em cada dez atendimentos, cerca de um relatou tentativa prévia de suicídio (9,2%). Com referência ao atendimento psiquiátrico observou-se o registro de 14,1% de casos, sem diferença significativa entre os sexos.

A ingestão de bebida alcoólica foi registrada em 17,5% dos atendimentos, com frequência significativamente superior entre homens (23,2%) em relação às mulheres (13,9%) ( $p < 0,001$ ); quanto ao uso de outras drogas, 4,6% das vítimas tentaram suicídio. A maioria das tentativas ocorreu na residência do usuário (95,6%).

Em relação ao preenchimento das informações na ficha de registro, identificou-se um número elevado de campos sem informação válida (preenchidos como ignorado ou deixados em branco) nas seguintes variáveis: gestantes (58,9%);

história de atendimento psiquiátrico ou CAPS (85,5%); indicativo de uso de álcool na ocorrência (40,8%) e indicativo de uso de drogas na ocorrência (94,9%).

Tabela 1. Tentativas de suicídio atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), segundo características clínico-epidemiológicas. Teresina, Piauí, 2015 a 2018.

Variáveis	Total		Masculino		Feminino		Valor de p*
	n	%	n	%	n	%	
<b>Faixa etária (anos)</b>							
10 a 19**	174	20,8	60	18,3	114	22,4	0,208
20 a 29	238	28,4	92	28,0	146	28,6	
30 a 59	392	46,8	158	48,2	234	45,9	
≥ 60	34	4,0	18	5,5	16	3,1	
<b>Gestante</b>							
Sim	5	0,6	0	-	5	1,0	NA
Não	12	1,4	0	-	12	2,3	
Ignorado/sem registro***	493	58,9	0	-	493	96,7	
Não se aplica	328	39,1	328	100,0	-	-	
<b>Zona de ocorrência*</b>							
Centro/Norte	283	35,8	110	36,1	173	35,7	0,365
Leste	137	17,4	62	20,3	75	15,5	
Sul	220	27,9	76	24,9	144	29,8	
Sudeste	123	15,6	46	15,1	77	15,9	
Rural	26	3,3	11	3,6	15	3,1	
<b>Dia da semana</b>							
Segunda	106	12,6	40	12,2	66	12,9	0,270
Terça	120	14,3	51	15,6	69	13,5	
Quarta	112	13,4	40	12,2	72	14,1	
Quinta	115	13,7	34	10,4	81	15,9	
Sexta	114	13,6	50	15,2	64	12,6	
Sábado	133	15,9	57	17,4	76	14,9	
Domingo	138	16,5	56	17,1	82	16,1	
<b>Turno</b>							
Manhã	157	19,9	67	22,0	90	18,6	0,460
Tarde	259	32,9	91	29,8	168	34,8	
Noite	275	34,9	110	36,1	165	34,2	
Madrugada	97	12,3	37	12,1	60	12,4	
<b>Relato de tentativas anteriores de suicídio</b>							
Sim	77	9,2	24	7,3	53	10,4	0,133
Não	761	90,8	304	92,7	457	89,6	
<b>História de atendimento psiquiátrico ou CAPS</b>							
Sim	118	14,1	43	13,1	75	14,7	0,551##
Não	3	0,4	2	0,6	1	0,2	
Ignorado/sem registro***	717	85,5	283	85,3	434	85,1	
<b>Indicativo de uso de álcool na ocorrência</b>							
Sim	147	17,5	76	23,2	71	13,9	<0,001
Não	349	41,7	103	31,4	246	48,2	
Ignorado/sem registro***	342	40,8	149	45,4	193	37,9	
<b>Indicativo de uso de drogas na ocorrência</b>							
Sim	39	4,6	29	8,8	10	2,0	0,332##
Não	4	0,5	4	1,3	-	-	
Ignorado/sem registro***	795	94,9	295	89,9	500	98,0	
<b>Local de ocorrência</b>							
Residência	754	95,6	292	95,7	462	95,4	0,851
Local público	35	4,4	13	4,3	22	4,6	
<b>Total</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>	<b>328</b>	<b>100,0</b>	<b>510</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: FMS/SAMU/Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO).

NA: não se aplica.

\*Teste Qui-quadrado de Pearson.

\*\*Inclui 1 caso de 9 anos.

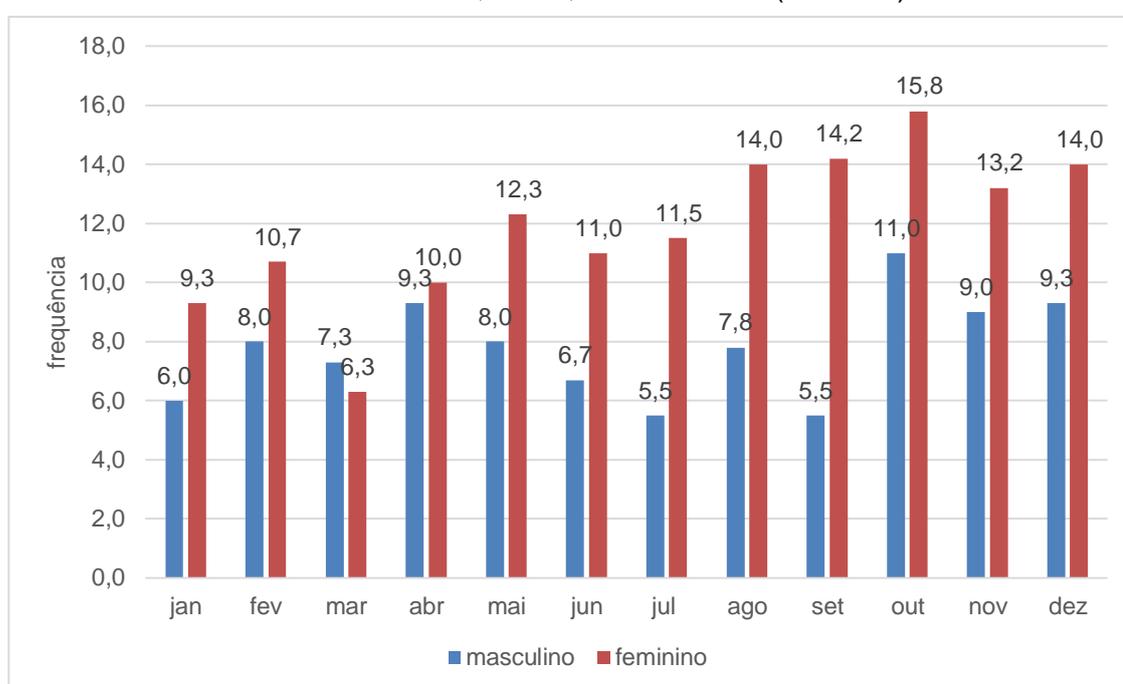
\*\*\*Não considerado para o teste de associação.

#Excluídos 49 registros sem informação sobre a zona de ocorrência dos atendimentos.

##Teste exato de Fisher.

A Figura 1 descreve a média do número de atendimentos por tentativas de suicídio, realizados pelo SAMU, segundo mês de ocorrência e sexo. Observou-se que as mulheres tentaram mais suicídio nos meses de agosto (14,0%), setembro (14,2%) e outubro (15,8%), ao passo que as ocorrências entre os homens predominaram nos meses de outubro (11,0%), novembro (9,0%) e dezembro (9,3%). No geral, as tentativas de suicídio se deram com menor frequência nos meses de julho e setembro (5,5%), para os homens e, com maior no mês de outubro (15,8%), para as mulheres.

Figura 1. Média do número de tentativas de suicídio atendidas pelo SAMU, segundo mês de ocorrência e sexo. Teresina, Piauí, 2015 a 2018 (N = 838).

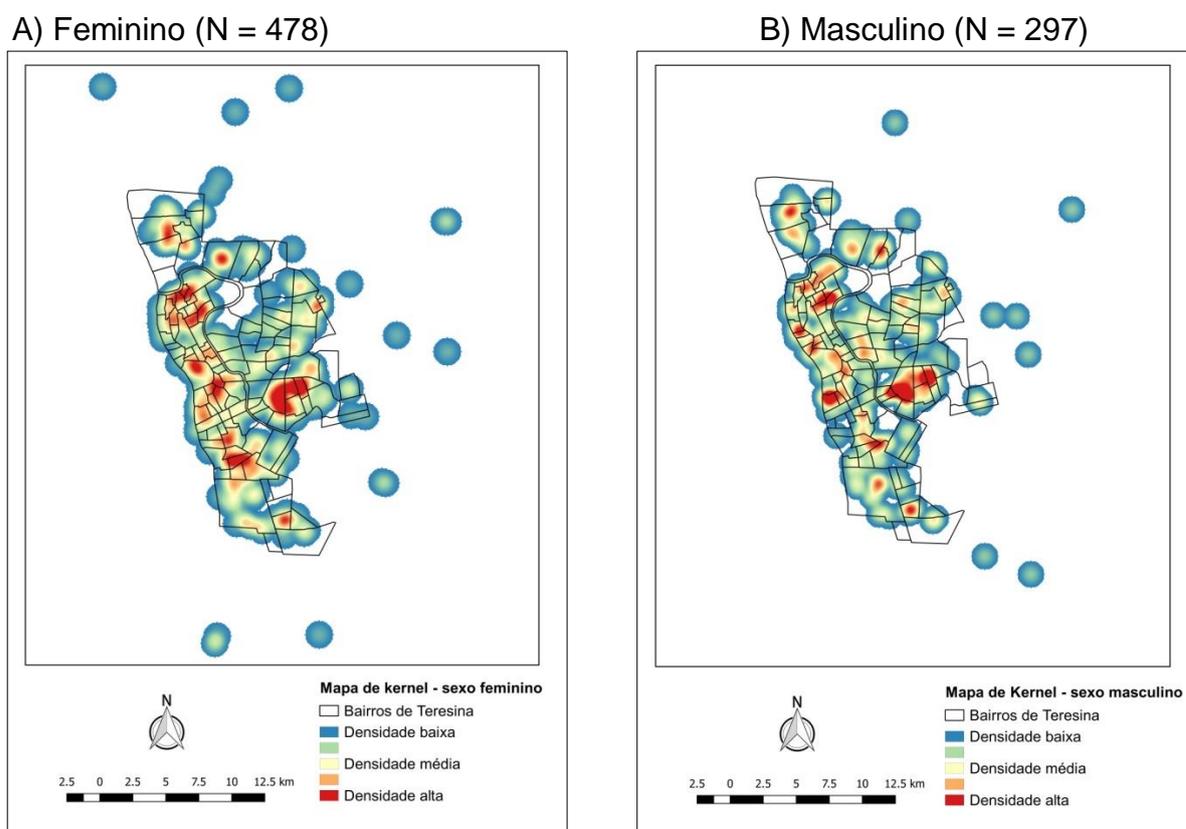


Fonte: FMS/SAMU/Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO).

A Figura 2 mostra a estimativa da densidade de tentativas de suicídio pelo método de Kernel, segundo local de ocorrência e o sexo. As maiores concentrações de ocorrências no sexo feminino se destacaram nos seguintes bairros e Zonas: Santa Maria; Poti Velho; Alto Alegre; Vila São Francisco; Mocambinho; Real Copagre; Água Mineral; Aroeiras e Centro (Zona Centro/Norte); Piçarra; Monte Castelo e Promorar (Zona Sul); Itararé; Parque Ideal; Renascença; Novo Horizonte (Zona Sudeste). No sexo masculino, as maiores concentrações de ocorrências foram

identificadas nos seguintes bairros e Zonas: Santa Maria; Água Mineral; Real Copagre; Memorare e Matadouro (Zona Centro/Norte); São Pedro; Promorar e Esplanada (Zona Sul); Renascença e Itararé (Zona Sudeste); Pedra Mole e Cidade Jardim (Zona Leste). Para ambos os sexos, a densidade foi baixa na zona rural em relação aos atendimentos realizados na zona urbana.

Figura 2. Estimativa da densidade das tentativas de suicídio atendidas pelo SAMU, segundo bairro de ocorrência e sexo. Teresina, Piauí, 2015 a 2018 (N = 775\*).



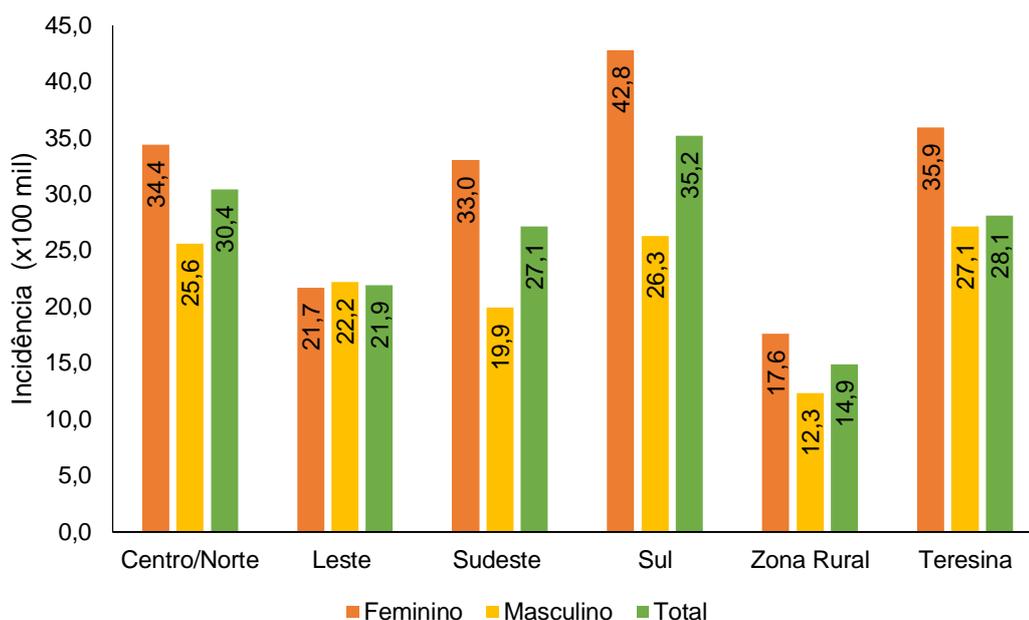
Fonte: FMS/SAMU/Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO).

\*Excluídos 63 registros sem informação sobre a zona de ocorrência dos atendimentos.

A Figura 3 apresenta a taxa de incidência das tentativas de suicídio (dados não mostrados) atendidas pelo SAMU segundo o sexo das vítimas e zonas de ocorrência. A incidência de tentativas de suicídio atendidas pelo SAMU para Teresina foi de 28,1/100 mil habitantes na população geral, variando de 14,9/100 mil habitantes para a zona rural a 35,2/100 mil habitantes para a zona sul. A incidência média de tentativas de suicídio no sexo feminino foi 35,9/100 mil habitantes, superior à observada no sexo masculino, 27,1/100 mil habitantes. A taxa de incidência se

mostrou superior para o sexo feminino em quase todas as zonas da cidade, com exceção da Leste, na qual a incidência média foi muito semelhante à do sexo masculino.

Figura 3. Taxa de incidência (por 100 mil habitantes) média de tentativas de suicídio atendidas pelo SAMU, segundo sexo das vítimas e zona de ocorrência. Teresina, Piauí, 2016 a 2018.



Fonte: FMS/SAMU/Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO).

Os mecanismos de autolesão mais utilizados nas tentativas de suicídio foram intoxicação por medicamentos (51,4%), enforcamento (11,6%), pesticidas/veneno (9,4%) e objeto perfurocortante (9,4%). Verificou-se diferença estatisticamente significativa na distribuição dos mecanismos para autolesão segundo o sexo das vítimas. De cada dez atendimentos de tentativas realizadas entre homens, aproximadamente três ocorreram por intoxicação com medicamentos (34,5%), duas por enforcamento (20,4%), uma por envenenamento (13,1%) e uma por objeto perfurocortante (11,0%), enquanto seis (62,3%) de cada dez mulheres utilizaram a intoxicação por medicamentos. Nestes casos, ocorreu diferença estatisticamente significativa para os mecanismos utilizados ( $p < 0,001$ ) (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização dos atendimentos por tentativas de suicídio realizado pelo SAMU, segundo mecanismos utilizados para a autolesão e por sexo. Teresina, Piauí, 2015 a 2018 (N = 838).

Mecanismos utilizados para a tentativa de suicídio	Total		Masculino		Feminino		Valor de p*
	n	%	n	%	n	%	
Intoxicação por medicamentos	431	51,4	113	34,5	318	62,3	<0,001
Pesticidas/veneno	79	9,4	43	13,1	36	7,1	
Outras substâncias tóxicas	21	2,5	3	0,9	18	3,5	
Enforcamento	97	11,6	67	20,4	30	5,9	
Arma de fogo	6	0,7	5	1,5	1	0,2	
Objeto perfurocortante	79	9,4	36	11,0	43	8,4	
Precipitação lugar elevado	21	2,5	8	2,4	13	2,6	
Exposição intencional fogo	3	0,5	1	0,3	2	0,4	
Veículo em movimento	9	1,1	5	1,5	4	0,8	
Outro	11	1,3	10	3,1	1	0,2	
Mais de um mecanismo	43	5,1	19	5,8	24	4,7	
Não informado	38	4,5	18	5,5	20	3,9	
<b>Total</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>	<b>328</b>	<b>100,0</b>	<b>510</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: FMS/SAMU/Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO).

\*Teste Qui-quadrado de Pearson.

A maioria dos atendimentos se efetuou por equipes conduzidas em ambulâncias básicas (68,7%), sendo a proporção de ambulâncias avançadas mais utilizadas nos atendimentos às vítimas do sexo masculino (40,8%) que as do sexo feminino (25,1%). Quase metade das vítimas (47,5%) foi encaminhada para unidades de média complexidade. Porém, a frequência de vítimas do sexo masculino encaminhadas para unidades de alta complexidade (43,6%) foi quase o dobro da frequência observada entre vítimas do sexo feminino (22,6%). Quanto à evolução do paciente na entrada do serviço hospitalar, 4,9 % se apresentaram com melhora no quadro clínico, 0,6% tiveram piora, 41,3% não tiveram alteração e 53,2% dos usuários não havia informações na ficha de atendimento. O percentual de óbito antes do socorro/transporte foi de 3,6%, mas esse percentual entre os homens foi quase três vezes (5,8%) o observado entre as mulheres (2,2%). Os atendimentos em ambulâncias básicas e transferências para unidades de média complexidade foram significativamente mais frequentes entre as mulheres, enquanto o transporte de ambulâncias avançadas e a transferência para unidades de alta complexidade, mais frequentes entre os homens (Tabela 3).

Tabela 3. Tentativas de suicídio atendidas pelo SAMU, segundo tipo de ambulância, unidade de destino, evolução do paciente na entrada do hospital e óbitos por sexo das vítimas. Teresina, Piauí, 2015 a 2018.

Variáveis	Total		Masculino		Feminino		Valor de p*
	N	%	n	%	n	%	
<b>Tipo ambulância</b>							
Básica	576	68,7	194	59,2	382	74,9	<0,001
Avançada	262	31,3	134	40,8	128	25,1	
<b>Unidade de destino</b>							
Média complexidade	398	47,5	115	35,1	283	55,4	<0,001
Alta complexidade	258	30,8	143	43,6	115	22,6	
Rede Privada	92	11,0	28	8,5	64	12,6	
Não removido	90	10,7	42	12,8	48	9,4	
<b>Evolução do paciente na entrada do hospital</b>							
Melhorado	41	4,9	19	5,8	22	4,3	0,130**
Piorado	5	0,6	1	0,3	4	0,8	
Inalterado	346	41,3	121	36,9	225	44,1	
Ignorado	446	53,2	187	57,0	259	50,8	
<b>Óbito antes socorro/transporte</b>							
Não	808	96,4	309	94,2	499	97,8	0,006
Sim	30	3,6	19	5,8	11	2,2	
<b>Total</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>	<b>328</b>	<b>100,0</b>	<b>510</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: FMS/SAMU/Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO).

\*Teste Qui-quadrado de Pearson.

\*\*Teste exato de Fisher.

## 6.2 Descrição do Tempo de Resposta dos Atendimentos

A Tabela 4 apresenta a média do tempo dispendido para o atendimento às tentativas de suicídio segundo sexo da vítima, tipo de ambulância, ano do atendimento e zona de ocorrência. O tempo médio dispendido nas diferentes fases do atendimento foi: para T1 (Tempo entre a chamada da ocorrência e regulação) 3,5 min ( $\pm 5,0$  min); T2 (Tempo entre regulação e a saída do ponto de apoio do SAMU) 12,0 min ( $\pm 22,4$  min); T3 (Tempo entre saída do ponto de apoio do SAMU e chegada ao local da ocorrência) 19,9 min ( $\pm 22,1$  min); T4 (Tempo entre a chamada da ocorrência e saída do ponto de apoio do SAMU) 15,4 min ( $\pm 22,8$  min) e T5 (Tempo entre a chamada da ocorrência e chegada ao local da ocorrência) 35,4 min ( $\pm 32,0$  min).

Constatou-se que o tempo médio nas fases T2 (da regulação à saída do ponto de apoio) ( $p=0,030$ ) e T4 (da chamada da ocorrência à saída do ponto de

apoio) ( $p=0,026$ ) foi maior nos atendimentos às vítimas do sexo masculino, enquanto o T5 (da chamada da ocorrência à chegada ao local) ( $p=0,020$ ) foi maior para as vítimas do sexo feminino.

As ambulâncias avançadas apresentaram maior agilidade no atendimento, pois apresentaram tempo médio significativamente inferior em todas as etapas a partir da regulação (T2 a T5) ( $p<0,001$ ) em relação ao desempenho das ambulâncias básicas.

Houve diferença estatisticamente significativa para o T3 (da saída do ponto de apoio à chegada ao local) ( $p=0,005$ ) e T5 (da chamada da ocorrência à chegada ao local) com maiores médias nos anos 2016 e 2017 ( $p=0,002$ ), respectivamente. Verificou-se ainda diferença significativa nos tempos de atendimento, segundo zonas da cidade para T2 ( $p=0,024$ ), T3 ( $p<0,001$ ), T4 ( $p=0,007$ ) e T5 ( $p<0,001$ ), sendo o atendimento mais rápido para as chamadas realizadas a partir das zonas Sudeste (T5: 29,2 min ( $\pm 16,4$  min)) e Sul (T5: 30,8 min ( $\pm 16,8$  min)) e mais demorado para as chamadas originadas da zona rural (T5: 59,0 min ( $\pm 35,1$  min)).

O tempo dispendido entre o atendimento telefônico e a regulação (T1) não mostrou diferença estatisticamente significativa segundo as variáveis analisadas.

Tabela 4. Média e desvio-padrão (DP) do tempo de resposta dispendido nas diferentes etapas do atendimento às tentativas de suicídio realizadas pelo SAMU, segundo variáveis selecionadas. Teresina, Piauí, 2015 a 2018.

Variáveis	Tempos das etapas do atendimento				
	T1: Da chamada à regulação (min)	T2: Da regulação à saída do ponto de apoio (min)	T3: Da saída do ponto de de apoio à chegada ao local (min)	T4: Da chamada à saída do ponto de apoio (min)	T5: Da chamada à chegada ao local (min)
	Média (±DP)	Média (±DP)	Média (±DP)	Média (±DP)	Média (±DP)
<b>Total*</b> (n=789)	3,5 (5,0)	12,0 (22,4)	19,9 (22,1)	15,4 (22,8)	35,4 (32,0)
<b>Sexo</b>					
Masculino (n=305)	3,3 (3,9)	12,4 (22,4)	19,0 (16,1)	15,5 (22,6)	34,5 (28,9)
Feminino (n=484)	3,6 (5,6)	11,8 (22,4)	20,5 (25,1)	15,3 (22,8)	35,9 (33,6)
Valor de p**	0,898	<b>0,030</b>	0,120	<b>0,026</b>	<b>0,020</b>
<b>Tipo de ambulância</b>					
Básica (n=554)	3,5 (4,8)	14,0 (20,2)	20,3 (14,8)	17,4 (20,7)	37,8 (25,8)
Avançada (n=235)	3,4 (5,6)	7,4 (26,3)	19,0 (33,5)	10,7 (26,7)	29,7 (42,7)
Valor de p**	0,325	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ano de atendimento</b>					
2015 (n=110)	3,9 (5,3)	10,3 (16,0)	16,4 (10,4)	14,4 (17,2)	30,8 (21,1)
2016 (n=223)	3,6 (5,4)	10,6 (15,8)	21,8 (35,2)	14,2 (16,7)	35,9 (39,0)
2017 (n=199)	3,4 (4,8)	15,6 (25,4)	20,8 (17,6)	18,9 (25,5)	39,7 (31,3)
2018 (n=257)	3,3 (4,7)	11,0 (26,5)	19,1 (11,5)	14,2 (26,8)	33,4 (29,2)
Valor de p***	0,141	0,392	<b>0,005</b>	0,276	<b>0,002</b>
<b>Zona da cidade</b>					
Centro/Norte (n=283)	3,5 (4,9)	13,5 (23,3)	20,1 (33,0)	16,9 (23,5)	37,0 (41,0)
Leste (n=137)	3,5 (3,7)	13,7 (35,0)	23,2 (13,0)	17,2 (35,3)	40,4 (36,3)
Sul (n=220)	3,8 (6,3)	9,6 (12,5)	17,5 (9,6)	13,4 (14,3)	30,8 (16,8)
Sudeste (n=123)	3,2 (4,6)	9,7 (13,8)	16,3 (8,8)	12,5 (13,8)	29,2 (16,4)
Rural (n=26)	3,1 (1,3)	18,0 (23,0)	37,9 (22,5)	21,0 (23,1)	59,0 (35,1)
Valor de p***	0,170	<b>0,024</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,007</b>	<b>&lt;0,001</b>

Fonte: FMS/SAMU/Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO).

\*Excluídos 49 registros sem informação sobre a zona de ocorrência dos atendimentos.

\*\*Teste de Wilcoxon (Mann-Whitney).

\*\*\*Teste Kruskal-Wallis.

### 6.3 Fatores Associados à Tentativa de Suicídio no Sexo Feminino

A chance de tentativa de suicídio entre mulheres da faixa etária menor que 20 anos foi 2,14 (1,02 – 4,49) vezes maior em relação aos homens da mesma idade. Além disso, a tentativa de suicídio entre mulheres esteve associada ao não uso de álcool (OR: 2,56; IC95% 1,72-3,80) (Tabela 5).

Tabela 5. Fatores associados às tentativas de suicídio em mulheres atendidas pelo SAMU. Teresina, Piauí, 2015 a 2018.

Variáveis	Total		Sexo feminino		OR	IC 95%	Valor de p*
	N	%	n	%			
<b>Faixa etária (anos)</b>							
10 a 19**	174	20,8	114	65,5	2,14	1,02 – 4,49	<b>0,045</b>
20 a 29	238	28,4	146	61,3	1,78	0,87 – 3,68	0,116
30 a 59	392	46,8	234	59,7	1,67	0,82 – 3,36	0,155
≥ 60	34	4,0	16	47,1	1,0	-	-
<b>Zona de ocorrência***</b>							
Centro/Norte	283	35,9	173	61,1	1,0	-	-
Leste	137	17,4	75	54,7	0,77	0,51 – 1,16	0,213
Sul	220	27,9	144	65,4	1,20	0,83 – 1,74	0,319
Sudeste	123	15,6	77	62,6	1,06	0,69 – 1,65	0,779
Rural	26	3,3	15	57,7	0,87	0,38 – 1,96	0,731
<b>Dia da semana</b>							
Segunda	106	12,6	66	62,3	1,13	0,67 – 1,89	0,652
Terça	120	14,3	69	57,5	0,92	0,56 – 1,52	0,755
Quarta	112	13,4	72	64,3	1,23	0,73 – 2,06	0,432
Quinta	115	13,7	81	70,4	1,63	0,96 – 2,75	0,069
Sexta	114	13,6	64	56,1	0,87	0,53 – 1,44	0,600
Sábado	133	15,9	76	57,1	0,91	0,56 – 1,48	0,704
Domingo	138	16,5	82	59,4	1,0	-	-
<b>Turno</b>							
Manhã	156	19,8	90	57,7	1,0	-	-
Tarde	259	32,9	167	64,5	1,33	0,89 – 2,00	0,168
Noite	275	34,9	166	60,4	1,12	0,75 – 1,66	0,587
Madrugada	98	12,4	60	61,2	1,16	0,69 – 1,94	0,577
<b>Mês</b>							
Janeiro	46	5,5	28	60,9	1,0	-	-
Fevereiro	56	6,7	32	57,1	0,86	0,39 – 1,90	0,704
Março	41	4,9	19	46,3	0,56	0,24 – 1,30	0,176
Abril	58	6,9	30	51,7	0,69	0,31 – 1,51	0,352
Mai	61	7,3	37	60,7	0,99	0,45 – 2,17	0,982
Junho	53	6,3	33	62,3	1,06	0,47 – 2,39	0,887
Julho	68	8,1	46	67,6	1,34	0,62 – 2,93	0,457
Agosto	87	10,4	56	64,4	1,16	0,56 – 2,43	0,691
Setembro	79	9,4	57	72,2	1,66	0,77 – 3,60	0,194
Outubro	107	12,8	63	58,9	0,92	0,45 – 1,86	0,818
Novembro	89	10,6	53	59,6	0,95	0,46 – 1,96	0,882
Dezembro	93	11,1	56	60,2	0,97	0,47 – 2,00	0,941
<b>Relato de tentativas anteriores de suicídio</b>							
Sim	77	9,2	53	68,8	1,45	0,89 – 1,43	0,134
Não	761	90,8	457	60,0	1,0	-	-
<b>História de atendimento psiquiátrico ou CAPS</b>							
Sim	118	14,1	75	63,6	3,49	0,31 – 30,61	0,313##
Não	3	0,4	1	33,3	1,0	-	-
Ignorado/sem registro#	717	85,6	434	60,5	3,07	0,28 – 34,0	0,361
<b>Indicativo de uso de álcool na ocorrência</b>							
Sim	147	17,5	71	48,3	1,0	-	-
Não	349	41,7	246	70,5	2,56	1,72 – 3,80	<b>&lt;0,001</b>
<b>Total</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>	<b>510</b>	<b>100,0</b>			

Fonte: FMS/SAMU/Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO).

OR: Odds ratio por regressão logística; IC 95%: intervalo de confiança 95%.

\*Teste Qui-quadrado de Pearson.

\*\*Inclui 1 caso de 9 anos.

\*\*\*Excluídos 49 registros sem informação sobre a zona de ocorrência dos atendimentos.

#Não considerado para o teste de associação.

##Teste exato de Fisher.

Intoxicação por medicamentos e o uso de outras substâncias tóxicas foram fatores associados às tentativas de suicídio entre mulheres. A chance de intoxicação por medicamentos em mulheres foi 14,07 (1,63-121,73) vezes superior a dos homens, assim como o uso de outras substâncias tóxicas (OR: 30,00; IC95% 2,54-354,87) (Tabela 6).

Tabela 6. Mecanismos de autolesão associados às tentativas de suicídio em mulheres atendidas pelo SAMU. Teresina, Piauí, 2015 a 2018.

Mecanismos de autolesão	Total		Sexo feminino		OR	IC 95%	Valor de p*
	n	%	n	%			
Arma de fogo	6	0,7	1	16,7	1,0	-	-
Intoxicação por medicamentos	431	51,4	318	73,8	14,07	1,63-121,73	<b>0,016</b>
Pesticidas/ veneno	79	9,4	36	45,6	4,18	0,47 – 37,49	0,201
Outras substâncias tóxicas	21	2,5	18	85,7	30,00	2,54-354,87	<b>0,007</b>
Enforcamento	97	11,6	30	30,9	2,24	0,25 – 19,99	0,471
Objeto perfurocortante	79	9,4	43	54,4	5,97	0,67 – 53,48	0,110
Precipitação de lugar elevado	21	2,5	13	61,9	8,12	0,78 – 82,73	0,077
Exposição intencional ao fogo	3	0,4	2	66,7	10,00	0,40-250,42	0,161**
Veículo em movimento	9	1,1	4	44,4	4,00	0,32 – 49,60	0,280**
Outro	11	1,3	1	9,1	0,50	0,02 – 9,77	0,648**
Mais de um mecanismo	43	5,1	24	55,8	6,31	0,68 – 58,72	0,105
Não informado	38	4,5	20	52,6	5,56	0,59 – 52,15	0,133
<b>Total</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>	<b>510</b>	<b>100,0</b>	<b>532</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: FMS/SAMU/Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO).

\*Teste Qui-quadrado de Pearson.

\*\*Teste exato de Fisher.

## 7 DISCUSSÃO

A análise dos resultados da pesquisa se fundamenta na verificação das características clínico-epidemiológicas dos atendimentos das tentativas de suicídio atendidas pelo SAMU de Teresina-PI.

Predominaram vítimas do sexo feminino, entre 30 a 59 anos de idade, a maioria residente na região Centro/Norte (Zona Urbana); algumas se apresentaram gestantes; os atendimentos foram mais frequentes aos sábados e domingos e nos turnos tarde e noite; com relatos de tentativas prévias de suicídio; houve um número expressivo de vítimas que relatou atendimento psiquiátrico ou acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Somente a ingestão de bebida alcóolica foi significativamente superior entre homens; Houve indicativo de uso de drogas na ocorrência; A maioria das tentativas ocorreu na residência do usuário. O mês de outubro foi maior para tentativas de suicídio para o sexo feminino. O mecanismo de autolesão mais utilizado foi intoxicação por medicamentos.

As mulheres foram em sua maioria atendidas por equipes de ambulâncias básicas e encaminhadas para unidades de média complexidade. Quanto à evolução do paciente na entrada do hospital, a maioria apresentou melhora, sendo que o maior número de óbitos registrados foi do sexo masculino.

O tempo de atendimento foi menor para as chamadas realizadas a partir das zonas Sudeste e Sul e mais demorado nas zonas rural, Centro/Norte e Leste. Os fatores associados para tentativa de suicídio entre as mulheres foram a faixa etária menor de 20 anos, o não uso de álcool, intoxicação por medicamentos e o uso de outras substâncias tóxicas.

No Brasil, entre 2011 a 2016, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas. Desse total, 27,4% foram casos de tentativa de suicídio, sendo 69,0% entre mulheres e 31,0% entre homens (BRASIL, 2017).

Magalhães et al. (2014) ao investigarem as características das vítimas de tentativa de suicídio atendidas em um serviço pré-hospitalar e os intervalos de tempo consumidos no ano de 2011, no município de Arapiraca - Alagoas, identificaram 80 atendimentos realizados pelo SAMU. Entre as vítimas atendidas, a maior parte era do sexo feminino (55,0%), com média geral de idade de 29,1 anos.

No estudo de Ribeiro et al. (2018) usando os dados do SINAN para o ano de 2014, no perfil epidemiológico, também foi constatado maior incidência de tentativa de suicídio em mulheres, (76,4%). A faixa etária de maior ocorrência foi de 20 a 29 anos (28,1%). O sexo feminino tentou 5,1 vezes mais suicídio do que os homens utilizando métodos menos agressivos.

Assim, este estudo se assemelha às pesquisas citadas anteriormente, demonstrando a predominância da mulher adulta jovem para os casos de tentativas de suicídio. Comparando a idade com o sexo dos usuários que tentaram suicídio, as mulheres possuíam idade superior à dos homens. Este resultado observa-se a necessidade de uma maior atenção para esse gênero, buscando uma intervenção que possa minimizar o sofrimento psíquico desse grupo.

Encontrou-se neste estudo, número expressivo de casos entre os adolescentes, sendo a maioria do sexo feminino. Daí a importância do atendimento que possa garantir uma continuidade no acompanhamento de adolescentes e a notificação dos casos de tentativa de suicídio, para uma assistência adequada de cada caso. Outro achado que merece atenção refere-se ao registro de atendimento a uma criança de nove anos, o que pressupõe outras ocorrências de tentativas de suicídio, nesta faixa etária.

Em revisão bibliográfica de Dantas, Dantas e Silva (2018), acerca do suicídio na infância, foram encontrados vários fatores de risco que levam uma criança ao suicídio. Fenômeno como esse chama bastante atenção para esse grupo populacional, já que os pais ou responsáveis têm dificuldades de perceber pistas deixadas por crianças e que, amiúde, não conseguem identificar precocemente avisos de comportamento e ideias suicidas infantis.

Com relação aos adolescentes, o estudo de Fonseca et al. (2018) realizado com usuários nesta faixa etária, com características de autolesão, matriculados em quatro escolas estaduais de uma cidade do interior de Minas Gerais, verificou que os adolescentes apresentam idade média de 12,5 anos sendo 58% do sexo feminino.

O presente estudo constatou ainda que na população idosa foram registrados alguns casos de tentativa de suicídio, com resultado semelhante quanto ao sexo. Os extremos de idade (jovens e idosos), para ambos os sexos, constituem grupos com maior risco de tentativas e suicídio consumado, associado a um suporte social fragilizado. Os riscos de tentativa de suicídio entre os idosos tendem a se reduzir

com a idade para as mulheres e a aumentar para os homens (MINAYO; CAVALCANTE, 2015).

Para Gomes et al. (2018), apesar do suicídio estar cercado de inúmeros tabus, a complexidade do tema não deve inviabilizar a abordagem com planejamento de intervenções estratégicas. O idoso tem se destacado nas estatísticas pelo número de suicídios, e entendem que os profissionais da atenção primária, atuantes na promoção da saúde e na prevenção de doenças e agravos, devem estar capacitados para atender, identificar e individualizar as necessidades desse grupo, no intuito da prevenção do suicídio.

No presente estudo, foram encontradas gestantes que tentaram suicídio e que foram atendidos pelo SAMU Teresina, durante o período estudado. O suicídio e as tentativas de suicídio estão entre as principais causas de morte e incapacidade em mulheres durante o ciclo grávido-puerperal, principalmente nos países em desenvolvimento, relacionando-se com normas e valores socioculturais, como a desigualdade de gênero. Embora com taxas menores no período gestacional, o suicídio nessa fase é caracterizado pelo uso de métodos violentos, o que sugere a presença de elevado nível intencional e sofrimento intenso (FONSECA-MACHADO et al., 2015).

O estudo realizado por Barros (2020) avaliou os níveis de depressão e ansiedade em 247 gestantes em Alagoas, no ano de 2019. 9,7% das gestantes estudadas responderam que já haviam tentado suicídio e 17,8% relataram tentativa de suicídio de alguém da família. Foram encontrados alguns fatores predisponentes para tentativas de suicídio nessas gestantes, dentre eles: abuso sexual; uso de bebida alcoólica; ideação suicida; ansiedade e depressão; revelando a importância de se identificar precocemente sinais e sintomas de ansiedade e depressão durante o pré-natal.

Farias Júnior, Matias e Soares (2015) destacam a repercussão da mortalidade materna, a morte de gestante torna-se ainda mais significativa, em decorrência dos problemas provocados na família, tanto emocionalmente - revelada pelo choque, surpresa, desespero, não aceitação, incerteza e medo do futuro; quanto socialmente - onde a família se depara com o conflito de relações, com a ausência de sustentação.

Teresina é subdividida em 123 bairros, distribuída em cinco zonas, sendo elas: Centro/Norte, Sul, Leste, Sudeste e Zona Rural. Tendo por base o mapa do

município com suas divisões político-administrativas foi possível evidenciar os territórios de alta densidade das tentativas de suicídio evidenciada pela estimativa Kernel, a qual apontou áreas quentes que demonstravam alto risco para o problema.

Observou-se uma distribuição das ocorrências de tentativas de suicídio que indicou as áreas de maior risco para a ocorrência do evento em ambos os sexos na área Urbana do município, mais especificamente nas zonas Centro/Norte e Sul da cidade. Diante deste resultado, destaca-se a importância dessa técnica de análise espacial para a implantação e/ou implementação de intervenções em áreas de alta ocorrência que tenham como objetivo a prevenção desse fenômeno.

O mapa temático, baseado na representação gráfica de Kernel, do estudo de Almeida et al. (2018), que construiu gradientes cromáticos em torno das tentativas de suicídio, indicou a distribuição espacial dos casos de tentativas de suicídio. As áreas de maior risco de concentração desse evento para mulheres foram: a região nordeste da cidade, atingindo os extremos, e a região central do município de Campinas – Paraíba. Em torno dos pontos quentes, regiões de menor densidade eram visíveis.

O uso da análise espacial mostra quanto é essencial a integração entre a Fundação Municipal de Saúde e o SAMU do município Teresina para a implantação e implementação de medidas preventivas, com destaque das tentativas de suicídio.

O estudo de Rosa et al. (2016), sobre tentativas de suicídio e suicídios ocorridos em um município do noroeste do Estado do Paraná, atendidos em serviço pré-hospitalar, identificou a área urbana como a zona de maior demanda dos atendimentos (99,3%). Este resultado se assemelha ao encontrado na presente pesquisa, com a ressalva de que a zona rural merece atenção pelo serviço de saúde de Teresina, uma vez que apresenta tendência ao número crescente de casos identificados para o sexo feminino, no decorrer dos anos estudados.

Quanto à sazonalidade das ocorrências de tentativa de suicídio entre as mulheres, neste estudo, os meses mais quentes (setembro, outubro e novembro) foram mais susceptíveis para esses eventos. A pesquisa de Sadock et al. (2017) revela que os suicídios aumentam ligeiramente na primavera e no outono, não em dezembro e na época de festa, contrária à crença popular. No estudo de Sadock não foi encontrada correlação sazonal significativa com suicídio.

O estudo de Rohling; Ciesca e Liebl (2018) descreveu a experiência da implantação do Projeto Vida no período 2014-2017 em Fraiburgo, Santa Catarina,

Brasil, onde foram utilizados dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). O maior número de tentativas de suicídio ocorreu nos meses de agosto e outubro.

Investigação conduzida por Veloso et al. (2016), que trata da distribuição temporal dos atendimentos às vítimas de tentativa de suicídio, mostrou resultados semelhantes aos do presente estudo, uma vez que o domingo se destacou como o dia com o maior número de atendimentos, seguido pelo sábado e pela sexta-feira. Além disso, houve maior percentual de atendimentos no turno da tarde (38,5%).

Os finais de semana favorecem a excitação dos sentimentos individuais, como a solidão, angústia, depressão e desespero, o que pode resultar em emoções potencializadoras do comportamento suicida. Ademais, no fim de semana, as pessoas estão mais propensas ao uso abusivo de bebida alcoólica, tornando-as vulneráveis à tentativa de suicídio (VELOSO et al., 2016).

Em se tratando do relato das tentativas anteriores de suicídio, no presente estudo ocorreram em sua maioria no sexo feminino. Rosa et al. (2016) enfatizam que a relação entre o número de tentativas de suicídio e o curto intervalo entre uma tentativa e outra é responsável pelo aumento do risco de suicídio. Ressaltam ainda a importância de se considerar que, após sobreviver a um ato suicida, as pessoas, principalmente as mulheres, tornam-se mais vulneráveis a novas tentativas de suicídio. Revelam ainda que cerca de 30% a 60% das pessoas atendidas em unidades de emergência por tentativa de suicídio haviam praticado tentativas anteriores, e 10% a 25% farão novas tentativas em menos de um ano.

Del-Ben et al. (2017), destacam que aproximadamente 2% das pessoas que tentam suicídio morrem por suicídio no ano seguinte à tentativa, sendo que este risco aumenta progressivamente com o decorrer dos anos que se seguem à tentativa de suicídio. Estudos como esses merecem bastante atenção, pois o suicídio é um fenômeno que pode ser evitado, no intuito de prevenir danos irreparáveis a milhares de famílias que experienciam esse sofrimento.

As proporções de lesões autoprovocadas com caráter repetitivo apresentam valores importantes para ambos os sexos, mas são maiores entre as mulheres. O gênero feminino possui maior proporção de casos notificados de violência autoprovocada, e homens apresentam maiores frequências de autoagressões letais, demonstrando que mulheres apresentam uma maior frequência de ideação e tentativas de suicídio (BRASIL, 2019).

Considerando a história de atendimento psiquiátrico ou em CAPS, observou-se que muitos usuários, principalmente do sexo feminino, faziam uso de medicações psicotrópicas que podem aumentar o risco de intoxicação e o suicídio. Os atendimentos e acompanhamentos dos CAPS são recursos para os usuários com transtornos psiquiátricos, que juntamente com a atenção primária e o serviço de atendimento de urgência e emergência, podem trabalhar na prevenção de outras morbidades e da morte precoce do usuário. Nos casos das urgências e emergências psiquiátricas, o SAMU é um dos serviços aliados que auxiliam na minimização e prevenção de tentativas posteriores.

Praticamente 95% das pessoas que cometem suicídio têm diagnóstico de um distúrbio psiquiátrico e 80% desses casos, inclui a depressão. O restante dos casos apresenta principalmente esquizofrenia e dependência de drogas. Diante disso, faz-se necessário uma equipe de saúde preparada para identificar os sinais e sintomas de uma pessoa com adoecimento psíquico (AQUINO, 2018).

Dentre, os transtornos mentais, a depressão, possui maior prevalência entre mulheres e apresenta forte associação com o suicídio. Entretanto é um evento possível de prevenir e de ser diagnosticado precocemente com vistas à realização do tratamento adequado (FERNANDES; FERREIRA; CASTRO, 2016).

A depressão induz o paciente a um estado de apatia, às vezes profunda, de ausência das sensações e da vontade de agir. Com o início do tratamento, observa-se uma melhora nos sintomas e recuperação de parte da sua energia e vontades. Contudo, ainda pelo não alcance da estabilidade do tratamento, há risco de autolesão. Esses pacientes podem sinalizar, como um pedido de ajuda, comportamentos suicidas, tais como: isolamento social; ideias de autopunição; alterações comportamentais e verbalizações pessimistas. Na incapacidade de enxergar possíveis formas de enfrentamento da dor, optam pela morte como uma forma de fuga (OLIVEIRA, 2017).

Pradro e Bressan (2016), afirmam que a doença mental necessita de uma atenção cuidadosa, investimentos financeiros e atitude ativa para o alívio do sofrimento. Faz-se necessário pensar em formas criativas para alterar paradigmas com relação à saúde mental (tanto pessoais quanto culturais), principalmente, na questão do preconceito e do estigma que o suicídio causa nas pessoas. Uma das estratégias mais simples de promoção em saúde consiste em aprender a investir em atitudes positivas que reforcem laços, forças pessoais e virtudes. Emoções positivas

podem ser consideradas como fundamentais para a conquista da saúde mental, promovendo condições para a constituição de uma vida plena e digna, na busca pela aquisição de novas competências e o desenvolvimento de potencialidades pessoais.

Diante desse contexto, uma articulação bem organizada do acolhimento de usuários com transtornos mentais facilita o tratamento e a prevenção de morbidades através do acompanhamento com um olhar especializado e voltado para estes casos, no intuito de melhorar a qualidade de vida destes usuários e a prevenção do suicídio. Assim, há necessidade da referência e contrareferência da Rede de Atenção à Saúde.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) revela que 50% das pessoas que morrem por suicídio nunca foram a um especialista em algum momento de suas vidas e que 80% foram ao médico não especializado (psiquiatra) no mês que antecedeu o suicídio. A Associação reforça a importância de se ter uma rede de saúde bem integrada para cuidado do suicídio. Esse cuidado deve ser observado em todos os âmbitos do sistema de saúde do paciente e não se restringir apenas aos centros com foco em saúde mental.

Portanto, conhecer as características sociodemográficas dos pacientes, a situação clínica na qual se encontram e as alterações psicológicas, é de extrema importância, pois através destas informações, os serviços de atendimento pré-hospitalares podem elaborar um planejamento efetivo de prevenção e assistência para as ocorrências encontradas (FERNANDES; ALMEIDA, 2017).

Na referência ao uso abusivo de álcool e outras drogas, este estudo revelou a tendência do crescimento de mulheres que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. O estudo de Barros, Pichelli e Ribeiro (2017), sobre a associação entre o consumo de drogas e a ideação suicida em adolescentes da Paraíba, não encontraram diferenças significativas entre gênero e o uso de substâncias psicoativas. Porém, estes autores, comparando seus resultados com a literatura, identificaram um modelo de preditores para ideação e tentativas de suicídio que abarcaram as seguintes variáveis: sexo feminino; exposição à violência intra e extrafamiliar; eventos estressores e uso de drogas.

Portanto, a prática de estratégias que envolvam a sociedade na prevenção do suicídio reflete para além do serviço de saúde. Este é um retrato dos resultados obtidos neste estudo, os quais se assemelham ao panorama estatístico para

ampliação da discussão acerca do consumo de substâncias psicoativas no universo feminino. Observou-se em quase todas as variáveis que a maioria dos usuários é do sexo feminino, com exceção do indicativo de uso de álcool na ocorrência, em que ambos os sexos tiveram resultados semelhantes.

Quanto ao local de ocorrência das tentativas de suicídio, a maioria ocorreu na residência do usuário. De acordo com este resultado, pressupõe-se que a residência pode ser um local desencadeador para esse tipo de fenômeno. Daí a necessidade da vigilância familiar, principalmente nos usuários que possuem histórico de tentativas anteriores. Semelhante a esta investigação, o estudo de Brasil (2017) avaliou a ocorrência dos casos de lesão autoprovocada notificados no Brasil. A maioria dos casos ocorreu no sexo feminino e 88,9% dos casos ocorreram na residência.

Outra observação importante identificada neste estudo foi a presença do óbito em usuários que tiveram atendimento pelo SAMU Teresina, com indícios do uso de álcool e outras drogas. Percebeu-se, dentre estes usuários, que alguns tiveram um atendimento pré-hospitalar anterior com tentativa de suicídio e, posteriormente, em poucos dias, ocorreu efetivação do suicídio.

Portanto, o consumo abusivo de substâncias psicoativas representa um cenário ao risco e exposição a outras situações de vulnerabilidade físicas e mentais, podendo potencializar as chances para o comportamento suicida. Nesse contexto, evidencia-se a necessidade de intervenções efetivas que devem focalizar na prevenção de comportamentos suicida, uma vez que a progressão dessa ideação poderá implicar em desfechos trágicos que incluem tentativa de suicídio, automutilação e suicídio (SILVA JÚNIOR et al., 2018).

Ao analisar a taxa de incidência das tentativas de suicídio segundo ano e região do município de Teresina, o sexo feminino teve as maiores taxas no período e nas zonas de ocorrência estudadas. Entre as mulheres, as taxas são mais elevadas quando se leva em consideração o planejamento e as tentativas de suicídio, enquanto que no sexo masculino é maior o suicídio consumado (RIBEIRO et al., 2018). Para Fernandes, Ferreira e Castro (2016), as ocorrências das tentativas de suicídio são mais frequentes no sexo feminino, enquanto o sexo masculino é mais efetivo nos suicídios consumados, pela utilização de meios de agressão mais letais.

A pesquisa realizada por Pires et al. (2015) constatou que, para cada suicídio consumado, é estimado que haja cerca de 20 a 30 tentativas, das quais apenas um

quarto teria contato com os serviços de saúde; e que a maior incidência ocorre em mulheres, de modo geral no público jovem, abaixo de 35 anos. Lamentavelmente, os registros oficiais sobre tentativas são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio.

Comparando os resultados desta pesquisa, com os encontrados sobre as taxas de incidência do suicídio no mundo e no Brasil, percebeu-se que a taxa de incidência para tentativas de suicídio é bastante elevada na cidade de Teresina entre as mulheres, necessitando de ações estratégicas urgentes para minimizar o número de casos.

Sales et al. (2020), analisaram o perfil comportamental dos casos de suicídio ocorridos em Picos, Piauí, no período de 2013 a 2018, através dos registros da Secretaria de Vigilância Epidemiológica verificaram que os casos de suicídio e tentativas aumentaram a cada ano; porém, no ano de 2018 houve uma diminuição desses casos, devido à intensificação de atividades educativas de prevenção ao suicídio na cidade, com maior conscientização do usuário sobre a importância de compartilhar sua dor e de procurar ajuda profissional.

Com relação aos dados relativos ao mecanismo de ação utilizado entre as mulheres para tentativa de suicídio revelado neste estudo, foi o uso abusivo de medicações para tratamento psiquiátrico. O fato é que não se sabe exatamente se essas medicações eram da própria usuária ou de outra pessoa, ou se a usuária já teria iniciado um tratamento específico (psiquiátrico e psicológico) com um possível diagnóstico para transtorno mental. Percebeu-se uma tendência do homem utilizar medicamentos para tentativa de suicídio.

Tais achados são preocupantes, principalmente porque muitos desses medicamentos são entregues a usuários que não possuem o devido acompanhamento com psiquiatra ou atendimentos especializados para os casos de tentativa de suicídio. Os medicamentos são liberados geralmente na Atenção Básica ou CAPS. Assim, enfatiza-se sobre a importância da capacitação de todos os profissionais envolvidos no sistema de saúde para diminuir esta realidade.

O Brasil é considerado como o quinto país na lista mundial de consumo de medicamentos e situa-se em primeiro lugar na América Latina, dado que requer atenção. Portanto, o uso racional de medicamentos é iniciado desde sua aquisição na farmácia, onde o atendimento deve ser efetuado de maneira correta, para que o usuário tenha suas necessidades terapêuticas atendidas de acordo com a

prescrição, seguindo dosagem e período de tratamento necessários (SILVA; ÁLVARES, 2019).

Pires et al. (2015) destacam que os mecanismos utilizados para cometer suicídio variam de acordo com a cultura, a disponibilidade de acesso ao agente e a intencionalidade do ato, associado ao comportamento impulsivo. Entre os métodos mais utilizados estão as intoxicações/envenenamentos, em especial por agentes químicos, principalmente aqueles que fazem parte do dia a dia e que são fáceis de serem adquiridos.

Veloso et al. (2016), após análise das 78 fichas de vítimas de tentativas de suicídio em Teresina-Piauí, no ano de 2014, concluíram que o sexo feminino se destaca nos casos de tentativa de suicídio por intoxicação exógena, enquanto o sexo masculino predominou entre os casos que envolvem enforcamento e corte/laceração por arma branca, sendo estes mecanismos mais letais para o suicídio. A investigação destes autores corrobora com os resultados encontrados neste estudo.

Diferente do estudo de Magalhães et al. (2014), o presente estudo apresentou uma tendência de as mulheres utilizarem mecanismos para autolesão mais agressivos e letais. Magalhães et al. (2014), verificaram como meios mais comuns: a intoxicação por medicamentos (55%) e a intoxicação por veneno (22,5%). A intoxicação voluntária por medicamentos foi duas vezes mais utilizada pelas mulheres que pelos homens. Porém, não houve diferença estatística entre sexo e os diferentes métodos.

Neste contexto, embora haja dificuldades no enfrentamento dos casos de tentativa de suicídio, existem estratégias adotadas na prevenção do suicídio, tais como: a política de compra/venda de agrotóxicos; a instituição de políticas efetivas de desarmamento; uma política de saúde mental bem planejada para identificação e tratamento precoce; treinamento dos profissionais de saúde, acompanhamento e apoio comunitário após uma tentativa de suicídio (GOMES et al., 2018).

Deste modo, os profissionais da APH precisam estar capacitados para lidar com as particularidades do comportamento suicida, garantindo abordagem e encaminhamento apropriados aos indivíduos que tentam suicídio. É importante, que os serviços de saúde estejam articulados e organizados para o acolhimento, mesmo nos casos menos graves, para continuidade do tratamento (MAGALHÃES et al., 2014).

Ao analisar o tipo de transporte e a unidade de destino dos usuários que tentaram suicídio, observaram-se resultados nesta pesquisa, com diferença estatisticamente significativa, apontando que a maioria das mulheres foi conduzida em ambulâncias básicas e encaminhada para unidades de média complexidade e os homens foram transportados em ambulâncias avançadas para a unidade de alta complexidade.

Investigação realizada na cidade de Teresina-Piauí identificou que as Unidades de Suporte Básico foram responsáveis por 67,9% dos atendimentos às ocorrências de tentativa de suicídio em mulheres, enquanto 32,1% foram realizados pelas Unidades de Suporte Avançado. Após o atendimento inicial, 33,3% foram encaminhadas para o serviço de urgência e emergência, 46,2% para outros hospitais municipais, 15,4% para o hospital psiquiátrico e 5,1% para hospitais da rede privada (VELOSO et al., 2016).

Quanto à evolução do paciente na entrada do serviço hospitalar, dos registros encontrados nesta pesquisa revelaram que a maioria, principalmente as mulheres, não teve alteração clínica. O estudo de Veloso et al. (2017), realizado no Núcleo Hospital de Epidemiologia (NHE) de um serviço de referência em urgência e emergência de Teresina-Piauí, com todas as vítimas de violência autoinfligida por intoxicação exógena notificadas no período de julho de 2009 a dezembro de 2014, mostrou que a maioria dos casos por tentativa de suicídio evoluíram para a alta (58,8%) e 10,5% foram a óbito.

Em relação aos óbitos encontrados neste estudo, a maioria ocorreu entre os homens, como retrata a literatura quanto ao ato consumado do suicídio neste gênero. O estudo de Veloso et al. (2017) investigou violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência, de Teresina-Piauí. Constatou-se que, embora as vítimas do sexo feminino sejam mais prevalentes nas tentativas de suicídio (59,5%), o sexo masculino foi mais frequente nas mortes por suicídio (58,6%).

Resultado semelhante a esta pesquisa foi encontrado no estudo de Gomes et al. (2018), realizado em Teresina-Piauí, sobre o perfil do idoso vítima de suicídio e os meios utilizados para o ato. Observou-se que os homens cometem mais suicídio. Isto pode estar relacionado à utilização de mecanismos que apresentam maior poder de letalidade. O sexo é revelado como fator de vulnerabilidade, sendo a masculinidade associada a pensamentos de que o homem se considera um ser

independente, protetor da família e inatingível a fatores ou estímulos externos, que possam levar o homem a atos extremos contra a própria vida.

Diante da magnitude das tentativas de suicídio no município de Teresina, surge a reflexão de que todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente que tentou suicídio podem: acolher as queixas; prestar um serviço que possa minimizar a dor e o sofrimento; prevenir novas tentativas, e conseqüentemente, promover melhoria na qualidade de vida das mulheres atendidas pelo SAMU Teresina.

Portanto, o fato da tentativa de suicídio se configurar como urgência/emergência médica, exige intervenções precisas, eficazes e dotadas de efetividade a curto e médio prazo. Portanto, o SAMU é um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, imprescindível frente às ocorrências de tentativas de suicídio. O princípio básico é o socorro imediato de vítimas, e encaminhamento ao serviço pré-hospitalar fixo ou hospitalar, com o objetivo de atenuar a gravidade e a mortalidade dos usuários (VELOSO et al., 2016).

Neste contexto, o tempo gasto no APH é constituído por vários espaços de tempo, dedicados a cada etapa. A duração desse atendimento compreende ativação da resposta (do momento da chamada até a chegada ao local da ocorrência), o tempo no local da ocorrência (tempo utilizada para atendimento no local até o momento do deslocamento da vítima para o hospital) e intervalos de transporte (tempo de partida da ambulância do local até a chegada ao hospital). Esse transcurso de tempo do momento da chamada e chegada da equipe no local, possui 4 intervalos: tempo de abertura do chamado; tempo de decisão sobre a demanda; tempo de espera ou do preparo da equipe e tempo de deslocamento até o endereço da ocorrência (CICONET, 2015).

O estudo analisou o tempo de resposta entre a chamada com o pedido de socorro até a chegada da equipe no local da ocorrência. Houve uma diferença significativa no tempo de atendimento para as diferentes zonas da cidade, principalmente as mais distantes, incluindo a zona rural de Teresina. Esse tempo de resposta pode interferir na qualidade da assistência prestada aos usuários.

Sobre o tempo resposta, estudo realizado entre 2012 e 2014 no SAMU do município de São Paulo (SAMU São Paulo) por Fernandes e Tanaka (2018), variou conforme o determinante, isto é, quanto maior a prioridade, menor o tempo resposta. Não houve diferença nos tempos de deslocamento, indicando que as ambulâncias

deslocaram-se de maneira uniforme pela cidade. Identificou-se que o tempo de regulação foi aquele que determinou as diferenças no tempo resposta. A Central de Regulação leva menos tempo para regular e despachar ambulâncias para as ocorrências de maior prioridade.

Alves (2018) ressalta a existência de uma relação direta entre o tempo de espera por atendimento e a chance de sobrevivência de usuários graves, pois um dos fatores decisivos que interfere no prognóstico dos pacientes é o tempo gasto até o tratamento definitivo. Nesse contexto, o tempo é um importante indicador para o trabalho de atendimento eficaz realizado pela regulação médica.

Considerando que até 40% das mortes ocorrem na fase de APH, é fundamental a intervenção na primeira hora (*golden hour*) após a ocorrência, objetivando uma mudança de prognóstico. Entretanto, existem fatores que interferem, dificultam e retardam a sequência comprometendo o tempo de resposta total do atendimento, como: a chegada do SAMU ao local do acidente; as condições de tráfego; desgaste dos veículos; ambulâncias quebradas e a disponibilidade de ambulâncias (DIAS, 2014).

Assim, o tempo de resposta é o principal indicador do SAMU, definido como o tempo transcorrido entre o chamado de uma ocorrência na Central de Regulação Médica (CRM) e a chegada da equipe ao local (CABRAL et al., 2018). No que se refere ao tempo de resposta dos atendimentos para tentativas de suicídio do SAMU Teresina, encontrou-se neste estudo a média de 35,4 minutos. O tempo médio de transporte é considerado indicador de qualidade do serviço que se refere à média do tempo de transporte do local da ocorrência ao hospital de referência (SILVA; NOGUEIRA, 2012).

A identificação do tempo de duração do APH é um fator extremamente importante, pois para pacientes muito graves, os primeiros 60 minutos são decisivos à manutenção da vida e à instituição do tratamento que modificará o prognóstico. O atendimento eficaz, o transporte adequado, o tempo decorrido entre a tentativa de suicídio e a admissão hospitalar são fatores extremamente relevantes para reduzir a mortalidade das vítimas. O tempo consumido no APH é resultante de um conjunto de fatores que o influenciam, como experiência e capacitação profissional da equipe (MAGALHÃES et al., 2014).

Desse modo, Cabral et al. (2018) afirmam que, de acordo com a OMS, sobre o tempo de resposta ideal de um serviço de atendimento móvel de urgência equivale

a menos de 8 minutos. Para o tempo de resposta, é necessário considerar desfechos secundários, como intervalo médio de resposta da ambulância (tempo do despacho da ambulância até a chegada ao local) e intervalo geral fora de serviço (a quantidade de tempo que uma ambulância não está disponível) para responder a outra ocorrência. Porém, conforme Fernandes (2017), o Ministério da Saúde não estabelece o tempo resposta adequado para os diferentes níveis de urgência ou metas de desempenho a serem perseguidos pelo SAMU, e que depende de vários fatores.

Ciconet (2015) destaca ainda que o tempo de resposta pode ser comprometido e aumentar entre os atendimentos, no qual é rotineiramente utilizado para anotações de informações e interlocução do médico regulador com o solicitante. A falta de ambulâncias; insuficiência de protocolos e de fluxos nas linhas de atenção das urgências; fragilidades nas definições de referências dos pacientes; local onde se encontra a ambulância nas regiões das cidades; as condições de trafegabilidade e a superlotação dos serviços são cenários bastante comuns na rede de urgência no Brasil, representando fatores que dificultam os APH e interferem no acesso dos pacientes nos hospitais.

Ao se tratar dos fatores associados às tentativas de suicídio em mulheres, foi identificado neste estudo, com diferença estatisticamente significativa, as seguintes variáveis: faixa etária e indicativo de uso de álcool; com relação ao mecanismo para a autolesão encontrou-se a intoxicação por medicamentos e o uso de outras substâncias tóxicas.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) destaca que, para o profissional estabelecer um prognóstico confiável e avaliar clinicamente o risco de suicídio do paciente, é importante o reconhecimento dos fatores de risco desse agravo. Costa, Cunha e Silva (2018) asseguram que se faz necessária uma abordagem do paciente, incluindo a identificação de fatores de riscos com intervenções adequadas a cada um visando à resolução do quadro de sofrimento.

Nessa perspectiva, é imprescindível o conhecimento das manifestações clínicas e fatores associados aos casos de tentativa de suicídio. A ausência ou a escassez de treinamento para os profissionais sobre a assistência adequada aos usuários com sofrimento psíquico e comportamento suicida podem acarretar um déficit na intervenção e prevenção do suicídio.

Embora vários estudos epidemiológicos indiquem variáveis associadas significativas para comportamento suicida, nenhum fator de risco, isoladamente ou em associação a outros fatores, mostra-se com sensibilidade ou especificidade suficientes para afirmar com exatidão aqueles que vão ou não tentar suicídio. Portanto, a avaliação clínica da gravidade e o quadro clínico do paciente, baseados na história clínica completa, são essenciais para a determinação do risco suicida. A avaliação clínica deve ser baseada em três elementos: a) identificação de fatores de risco; b) caracterização da urgência, de acordo com a gravidade da ideação/planejamento e intencionalidade suicida e c) caracterização da periculosidade de uma possível tentativa, observando a acessibilidade e letalidade dos meios que possam levar ao suicídio (DEL-BEN et al., 2017).

Sobre a faixa etária adolescente (10 a 19 anos), estudo mostrou associação significativa com as tentativas de suicídio de mulheres. Diversos são os fatores que influenciam o adolescente ao comportamento suicida. As mudanças da adolescência para a fase adulta carregam consigo comportamentos de risco, principalmente em atividades que afetam a saúde física e mental, assim como a influência do ambiente, ocasionando implicações nos níveis individual, familiar e social (CORDEIRO et al., 2020).

Na população de mulheres, Franck, Monteiro e Limberger (2020) destacam que, a menor frequência de suicídio pode ser atribuída à menor prevalência de alcoolismo, ao reconhecimento precoce de fatores de risco para a depressão e de doenças mentais e à maior busca de auxílio nos momentos de crise.

De acordo com a análise dos artigos selecionados, as vítimas que se propõem à tentativa de suicídio, até chegar ao suicídio, não possuem uma padronização em seus atos. Os jovens/adolescentes na faixa etária de 15 a 24, a maioria do sexo feminino, estão enfrentando vários desafios e responsabilidades constantes impostas pela sociedade e por familiares, os quais se constituem como alguns dos fatores que contribuem para o comportamento suicida neste grupo (RAMOS et al., 2019).

Com relação ao uso do álcool faz-se necessária cautela ao interpretar essa variável. A literatura é uníssona ao destacar que o consumo de álcool aumenta as chances de transtornos físicos, psíquicos e tentativas de suicídio. No entanto, a amostra deste estudo foi apenas de indivíduos que tiveram tentativas de suicídio, e o OR foi calculado para verificar qual sexo tem mais chance de uso de álcool antes da

tentativa de suicídio. Os dados mostraram que as mulheres têm mais chance de tentativa de suicídio sem o uso do álcool em comparação ao sexo masculino.

Neste estudo, o uso de álcool não apresentou associação como fator de risco para as mulheres, embora o uso dessa substância seja relatado na literatura como fator de risco para tentativas de suicídio. Vale ressaltar que alcoolistas têm 60 a 120 vezes maior probabilidade de cometer suicídio do que a população que não faz uso dessa substância (MINAYO; TEIXEIRA; MARTINS, 2016). Cordeiro et al. (2020) destacam que a intoxicação alcóolica geralmente antecede às tentativas de suicídios dos chamados alcoólatras deprimidos, estes apresentam um ápice no consumo de álcool na véspera do evento. Este enunciado trata de uma relação dose-resposta na qual, quanto maior o consumo de álcool, maior é a chance de comportamento suicida.

Divergindo deste resultado encontrado, Silva Júnior et al. (2018), analisaram a relação entre ideação suicida e consumo de drogas entre mulheres. Foi identificado que as mulheres apresentam menor qualidade de vida e saúde que os homens, embora, iniciem o consumo de SPA mais tardiamente. Além disso, o consumo de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) interfere e pode potencializar as chances do comportamento suicida. Portanto, o uso dessas substâncias pelas mulheres tem implicação grave que necessita de intervenções efetivas na prevenção da ideação suicida e o desfecho trágico para o suicídio.

A intoxicação por medicamentos entre mulheres foi um achado bastante preocupante e com associação estatisticamente significativa como fator de risco para comportamento suicida. Neste estudo, as substâncias registradas na ficha de atendimento do SAMU que foram identificadas são: Clonazepam; Bromazepam; Risperidona; Fluoxetina; Amitriptilina; Carbamazepina; Carbonato de Lítio e Clorpromazina. Foram encontradas ainda anotações do uso de outras substâncias, como: veneno de rato; acetona; solvente (utilizado por uma gestante); soda cáustica; óleo de motor de carro; desinfetante; ácido clorídrico; água sanitária e formol.

Entre os anos de 2007 e 2017, no Brasil foram registrados 5.662.456 óbitos por intoxicação exógena em indivíduos de 20 a 39 anos. Essas mortes precoces representam um impacto socioeconômico imensurável, tanto pela perda da vida produtiva, como pela grande repercussão emocional e psicológica para as famílias que perdem seus entes queridos (MELO et al., 2020).

Dentre as mulheres teresinenses pesquisadas no estudo de Silva Júnior et al. (2018), no ano de 2016, observou-se associação significativa entre ideação suicida e o uso de tranquilizantes sem prescrição médica ( $p=0,005$ ) e outras substâncias tóxicas como o uso abusivo de solventes ( $p=0,006$ ).

A intoxicação exógena entre mulheres estudada por Veloso et al. (2016) foi o principal método utilizado nas tentativas de suicídio nesse gênero, o que pode estar relacionado com a grande disponibilidade de medicamentos e produtos tóxicos, como praguicidas e raticidas. Esses produtos geralmente são encontrados em locais de fácil acesso na própria residência e para uso racional da vítima ou de algum membro da família.

O resultado encontrado na presente pesquisa é semelhante ao estudo de Olinda, Santos e Marques (2020), que analisaram os fatores associados ao comportamento suicida em pacientes de um Hospital Psiquiátrico de Teresina, Piauí. Os pesquisadores observaram que em 47,2% das mulheres, diferentes métodos foram utilizados para tentativa de suicídio, dentre eles a intoxicação exógena por automedicação, que representou o meio mais prevalente para o suicídio.

Desse modo, percebe-se que ações estratégicas adequadas podem ser realizadas no intuito de amenizar a dor do indivíduo que sofre, devido a várias tentativas de suicídio. Verifica-se que, na maioria das vezes, o sofrimento é invisível aos olhos dos profissionais de saúde e passa despercebido até mesmo pela própria família.

Neste contexto, reforça-se a necessidade de mais informações e conhecimento da equipe multidisciplinar de saúde sobre os mecanismos utilizados nas tentativas de suicídio, objetivando o planejamento de uma abordagem terapêutica adequada ao usuário que faz uso de álcool. O incentivo de campanhas e atividades educativas com a comunidade pode auxiliar na diminuição da ingestão de bebidas alcólicas e, conseqüentemente, diminuir as taxas de mortalidade do suicídio.

Diante disso, percebe-se a necessidade da educação permanente dos profissionais do SAMU envolvidos no processo de trabalho e de cuidado com os usuários que tentam suicídio, pois necessitam de qualificação, por serem estes os que atendem aos usuários em sua situação de maior vulnerabilidade.

Assim, enfatiza-se a importância da sensibilização dos profissionais de saúde que estão envolvidos no cuidado direto ou indireto de pessoas com comportamento

suicida e de seus familiares ou cuidadores, por meio da educação em saúde direcionada aos indivíduos com histórico de tentativas prévias de suicídio.

Essas observações são relevantes para melhoria das condições da assistência dos serviços do SAMU prestados à comunidade residente neste município. A partir da identificação dos casos de tentativa de suicídio, podem ser sugeridas melhoras na qualificação e educação continuada dos profissionais que trabalham nesta instituição de saúde, a fim de ressaltar a importância da sensibilidade voltada aos casos de comportamentos suicidas, principalmente entre as mulheres.

### **Limitações do estudo**

Este estudo teve como uma de suas limitações, a incompletude dos dados nas fichas de registro de atendimento do SAMU. Esta limitação evidencia a necessidade de maior ênfase ao preenchimento dos campos pelos profissionais e na implementação de estratégias que fortaleçam o entendimento da importância do registro e da notificação compulsória dos casos. A qualidade das informações é necessária para garantir dados estatísticos fidedignos.

A completude é considerada como o grau de preenchimento da variável analisada, mensurado pela proporção de notificações com variável preenchida com categoria distinta daquelas indicadoras de ausência do dado (FERNANDES; FERREIRA; CASTRO, 2016). As variáveis com campo em branco ou preenchido como “ignorado” foram consideradas como incompletas, sendo excluídas das análises estatísticas, mas apresentadas nas tabelas de descrição.

Outra limitação que deve ser destacada se refere à possível subnotificação dos casos de tentativas de suicídio, pela dificuldade de avaliar se a ocorrência foi acidental ou uma intenção suicida. A incidência dessas ocorrências no município de Teresina pode ser ainda maior, principalmente pelo constrangimento familiar e pelo impacto do fato, além de tabus que envolvem o meio social.

O preenchimento adequado e padronizado da causa de tentativa de suicídio na Ficha de Notificação Individual é considerada um desafio importante, posto a todos os profissionais de saúde (BRASIL, 2017). Desse modo, o preenchimento correto e adequado das fichas do SAMU viabiliza um acompanhamento ampliado não somente do usuário com comportamento suicida, como também de casos que

necessitam da atenção de outros serviços de saúde. O adequado registro de informações que são pertinentes ao atendimento do usuário pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência permite que sejam realizadas ações estratégicas no intuito da prevenção desse agravo.

## 8 CONCLUSÃO

Os atendimentos por tentativa de suicídio foram predominantes no sexo feminino, na faixa etária entre 30 a 59 anos. Constatou-se uma maior incidência de tentativas em mulheres nas Zonas Centro/Norte, Sul e Sudeste de Teresina, no período de 2015 a 2018.

A maioria dos atendimentos ocorreu nos meses de agosto a dezembro, aos finais de semana, nos turnos noite e tarde. Observaram-se tentativas anteriores de suicídio, histórico de atendimento psiquiátrico ou em CAPS e uso abusivo de álcool e outras drogas entre as mulheres. A incidência média de tentativas de suicídio no sexo feminino foi superior à observada no sexo masculino.

Os mecanismos de autolesão mais utilizados nas tentativas de suicídio pelas mulheres atendidas pelo SAMU foram: intoxicação por medicamentos, enforcamento e objeto perfurocortante. A maioria das mulheres foi conduzida em ambulâncias básicas e encaminhada para unidades de média complexidade e os homens foram transportados em ambulâncias avançadas para unidades de alta complexidade. A maioria dos óbitos se verificou no sexo masculino. O tempo de resposta dispendido pelo SAMU, entre a chamada à chegada ao local da ocorrência, foi maior para as vítimas do sexo feminino.

Quanto ao fator associado às tentativas de suicídio em mulheres houve diferença estatisticamente significativa para a faixa etária, indicativo de uso de álcool, intoxicação por medicamentos e uso de outras substâncias tóxicas.

Diante destes resultados, sugere-se atenção especial para o sexo feminino pelo poder público, pois é notória a carga social, cultural, econômica e emocional em que a mulher está inserida. Como propostas de melhorias para a correta obtenção de registros e assistência às tentativas de suicídio para o SAMU, recomendam-se: capacitação e sensibilização dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde por meio de educação permanente; acionamento da Fundação Municipal de Saúde à Rede de Atenção à Saúde, principalmente a Estratégia Saúde da Família e o CAPS, para busca ativa e acompanhamento de Saúde Mental dos casos de tentativa de suicídio no município de Teresina-PI. Ainda como sugestão para o atendimento pré-hospitalar móvel do município de Teresina, o aparelho *Global Positioning System* (GPS) nas ambulâncias e o treinamento dos condutores para o manuseio adequado

do GPS, no intuito de que todos os atendimentos sejam georreferenciados de forma eficaz.

Espera-se que os resultados apresentados contribuam para a implementação de estratégias de prevenção e monitoramento das tentativas de suicídio, tais como: o controle da prescrição e dispensação de medicação psicotrópica na Atenção Básica; a criação de mais espaços para o acompanhamento das pessoas com comportamento suicida e a implementação da educação permanente para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T. S. O. et al. *Suicide attempts: epidemiologic trends towards geoprocessing*. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1183-1192, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000401183&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401183&lng=en&nrm=isso). Acesso em: 02/09/2020.
- ALMONDES, K. M.; SALES, E. A.; MEIRA, M. O. Serviço de Psicologia no SAMU: Campo de Atuação em Desenvolvimento. **Psicol. cienc. prof.**, v. 36, n. 2, p. 449-457, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932016000200449&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200449&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12/05/2020.
- ALVES, R. A. **Avaliação dos atendimentos realizados pelo serviço móvel de urgência (SAMU) de Bauru**. 2018. 64 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/155871>. Acesso em: 21/09/2019.
- APA. *American Psychiatric Association*. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. São Paulo: Artmed Editora, 2014. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=QL4rDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT13&dq=Manual+diagnóstico+e+Estatístico+de+Transtornos+Mentais:+DSM-5.+São+Paulo:+Artmed+Editora,+2014.+&ots=nQ6Gxlv7CU&sig=C1Ze-LW0NVczX5i3PNvAnnJrxr4#v=onepage&q=Manual%20diagnóstico%20e%20Estatístico%20de%20Transtornos%20Mentais%3A%20DSM-5.%20São%20Paulo%3A%20Artmed%20Editora%20C%202014.&f=false>. Acesso em: 15/07/2020.
- AQUINO, M. T. Saúde mental do estudante de medicina. In: NARDI, A. E.; SILVA, A. G.; QUEVEDO, J. L. **PROPSIQ - Programa de Atualização em Psiquiatria: Ciclo 7** / Organizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2018. p. 115-156.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. (Brasília). **Suicídio: informando para prevenir**. 2014. Disponível em: [https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio\\_informado\\_para\\_prevenir\\_abp\\_2014.pdf](https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf). Acesso em: 25/04/2020.
- BALDAÇARA, L.; GROSSMANN, E. Caracterização das vítimas de violência autoinfligida atendidas pelos serviços pré-hospitalares móveis e pela Polícia Militar em Palmas, Tocantins, Brasil, nos anos de 2011 e 2012. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v. 59, n. 3, p. 105-109, 2014. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/192/202>. Acesso em: 21/09/2018.
- BARROS, P. D. Q.; PICHELLI, A. A. W. S.; RIBEIRO, K. C. S. Associação entre o consumo de drogas e a ideação suicida em adolescentes. **Mental**, v. 11, n. 21, p.

304-32, 2017. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n21/v11n21a02.pdf>. Acesso em: 22/04/2020.

BARROS, A. C. **Ansiedade traço e estado, risco para depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco em Alagoas**. 2020. 73 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2020. Disponível em: <http://200.17.114.109/bitstream/riufal/6809/1/Ansiedade%20tra%C3%A7o%20e%20estado%20c%20risco%20para%20depress%C3%A3o%20e%20idea%C3%A7%C3%A3o%20suicida%20em%20gestantes%20de%20alto%20risco%20em%20Alagoas.pdf>. Acesso em: 02/09/2020.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo** [recurso eletrônico]. Ed. Artmed Editora, Ltda, Porto Alegre, 2015. e-PUB. Disponível em: [http://srvd.grupoa.com.br/uploads/imagensExtra/legado/B/BOTEGA\\_Neury\\_Jose/Crise\\_Suicida/Lib/Amostra.pdf](http://srvd.grupoa.com.br/uploads/imagensExtra/legado/B/BOTEGA_Neury_Jose/Crise_Suicida/Lib/Amostra.pdf). Acesso em: 21/09/2018.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Política Nacional da Saúde Mental**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>. Acesso em: 21/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: [https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/portaria\\_no\\_1.876\\_de\\_14\\_de\\_agosto\\_de\\_2006.pdf](https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/portaria_no_1.876_de_14_de_agosto_de_2006.pdf). Acesso em: 21/09/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 106 p. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_integral\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_integral_saude.pdf). Acesso em: 23/09/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS, nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Definição da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em: 23/09/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a Rede de Atenção à Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 48, n. 30, 2017. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf>. Acesso em: 23/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovoçada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. **Boletim Epidemiológico.**, v. 50, 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>. Acesso em: 31/08/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-264-de-17-de-fevereiro-de-2020-244043656>>. Acesso em: 13/05/2020.

BTESHE, M. O suicídio na mídia: reflexões para o cuidado em saúde mental. **Revista Elet. de Com., Infor. e Inov. em Saúde**, v. 12, n. 3, 2018. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1597/2222>. Acesso em: 26/10/2019.

CABRAL, E. L. S. et al. *Response time in the emergency services. Systematic review.* **Acta Cir. Bras.**, v. 33, n. 12, p. 1110-1121, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-86502018001201110&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502018001201110&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12/03/2020.

CAVALCANTE, F. G. et al. Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideações suicidas de pessoas idosas. **Ciên. & Saúd. Col.**, v. 20, n. 6, p. 1667-1680, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601667](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601667). Acesso em: 05/02/2020.

CHAN CHEE C.; JEZEWSKI-SERRA, D. *Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011.* **Saint-Maurice: Instit. de veil. Sanit.**, 2014. 51 p. Disponível em: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Hospitalisations-et-recours-aux-urgences-pour-tentative-de-suicide-en-France-metropolitaine-a-partir-du-PMSI-MCO-2004-2011-et-d-Oscour-R-2007-2011>. Acesso em: 03/11/2018.

CICONET, R. M. **Tempo de resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência.** 2015. 124 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129481/000976890.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12/03/2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1451/1995.** São Paulo, 1995. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1995/1451\\_1995.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1995/1451_1995.pdf). Acesso em: 15/03/2020.

CORDEIRO, E. L. et al. Tentativa de suicídio e fatores associados ao padrão useo abuso do álcool. **SMAD, Rev. Eletr. Saúde Ment. Álc. Drog.**, v. 16, n. 1, p. 1-10,

2020. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/smad/article/view/166991/159544>. Acesso em: 05/07/2020.

COSTA, M. C.; CUNHA, J. D. S.; SILVA, R. E. B. Principais distúrbios psiquiátricos encontrados/atendidos nos serviços de urgência e emergência em saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Port. ReonFac.**, v. 4, n. 1, p. 867-873, 2018. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/375>. Acesso em: 05/10/2018.

COSTA, M. S. et al. Morte por suicídio: as políticas públicas, a sociedade e seu Protagonismo. **Rev. Dimens. Acad.**, v. 3, n.1, 2018. Disponível em: <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/revista-dimensao-academica-v03-n01-artigo03.pdf>. Acesso em: 05/10/2018.

DANTAS, T. N. F.; DANTAS, T. E. O.; SILVA, C. R. M. Suicídio Infantil: A Autodestruição Silenciada. **Rev. Cient. Mult. Núc. do Conhec.**, v. 07, Ano 03, p. 33-55, 2018. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/suicidio-infantil>. Acesso em: 03/02/2020.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Mortalidade** – 1996 a 2018, CID-10. Estatísticas Vitais. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 14/08/2020.

DEL-BEN, C. M. et al. Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. **Medic. (Rib. Pret., Onl.)**, v. 50, (Supl.1), p. 98-112, 2017. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50-Supl-1/SIMP10-Emergencias-Psiquiatricas.pdf>. Acesso em: 03/01/2020.

DIAS, T. G. C. et al. Emergências Psiquiátricas em crianças e adolescentes. In: In: QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F. (Org.). **Emergências Psiquiátricas**. 3. ed. Porto Alegre.: Artmed, 2014. p. 204-224.

FARIAS JÚNIOR, G.; MATIAS, J. G.; SOARES, M. S. A. C. Perfil sócio epidemiológico dos óbitos maternos ocorridos no Piauí. **Rev. Interd. Ciên. Saúde**. v. 2, n. 3, 47-55, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/rics/article/view/2128>. Acesso em: 03/01/2020.

FERNANDES, D. A. A.; FERREIRA, N. S.; CASTRO, J. G. D. Perfil epidemiológico das tentativas de suicídio em Palmas-Tocantins, de 2010 a 2014. **Temp., act. de saúde. colet**, v. 10, n. 4, p. 09-23, 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881035/20161-portug.pdf>. Acesso em: 18/10/2019.

FERNANDES, I. N.; ALMEIDA, M. P. P. M. Estratégias de enfrentamento utilizadas por profissionais do SAMU diante dos atendimentos às ocorrências de tentativas de suicídio. **Reposit. Instit. (RIUNI) UNISUL**, 2017. Disponível em:

<https://www.riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/3897/Artigo%20Cientifico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 02/05/2020.

FERNANDES, F. S. L. **O processo de trabalho da Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 do município de São Paulo**. 2017. 138 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-10052017-113804/publico/FlaviaSaraivaLeaoFernandes.pdf>. Acesso em: 08/12/2019.

FERNANDES, F. S. L.; TANAKA, O. Y. Processo de priorização de ocorrências no serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. bai. enferm.**, v. 32, e2446, 2018. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/24463>. Acesso em: 02/05/2020.

FIGUEIREDO, A. E. B. et al. É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. **Ciênc. & Saúde. Colet.**, v. 20, n. 6, p. 1711-1719, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601711](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601711). Acesso em: 02/11/2019.

FONSECA, P. H. N. et al. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. **Arq. bras. psicol.**, v. 70, n. 3, p. 246-258, 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 02/08/2020.

FONSECA-MACHADO, M. O. et al. Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo. **Rev. Panam. Salud. Pública.**, v. 37, n. 4/5, p. 258-64, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2015.v37n4-5/258-264/>. Acesso em: 02/08/2020.

FRANCK, M. C.; MONTEIRO, M. G.; LIMBERGER, R. P. Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 e 2018. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 2, e2019512, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n2/e2019512/pt/>. Acesso em: 23/08/2020.

FUKUMITSU, K. O. et al. Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. **Rev. Bras. de Psicol.**, v. 2, n. 2, p. 48-60, 2015. Disponível em: [https://scholar.google.com/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&q=posven%C3%A7%C3%A3o%3A+uma+nova+perspectiva+para+o+suicidio&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=posven%C3%A7%C3%A3o%3A+uma+nova+perspectiva+para+o+suicidio&btnG=). Acesso em: 23/09/2019.

GOMES, A. V. et al. Perfil sociodemográfico de idosos vítimas de suicídio em um Estado do Nordeste do Brasil. **Rev. Bai. enferm.**, v. 32, p. e26078, 2018. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26078>. Acesso em: 23/09/2019.

MAGALHÃES, A. P. N. et al. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 16-22,

2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852014000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000100016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21/10/2018.

MELO, C. M. et al. Óbitos violentos e tentativas de suicídio por intoxicação exógena em Mulheres: eventos preditores da violência doméstica. **Oik.: Fam. e Sociol. em Deb.**, v. 31, n. 1, p.7-39, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/8983>. Acesso em: 21/07/2020.

MENEGHEL, S. N. et al. Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. **Ciênc. & Saúde. Col.**, v. 20, n. 6, p. 1721-1730, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1721.pdf>. Acesso em: 21/03/2020.

MENDES, J. A.; FERREIRA, M. C. Avaliação de métodos de geocodificação para conversão de agravos Localizados em endereços, para mapas de pontos em sistema de Coordenadas espaciais. **IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde – 2019, Blumenau – Santa Catarina**, 2019.

Disponível em:

[https://www.researchgate.net/profile/Marcos\\_Ferreira17/publication/335611443\\_Avaliacao\\_de\\_metodos\\_de\\_geocodificacao\\_para\\_conversao\\_de\\_agravos\\_localizados\\_em\\_enderecos\\_para\\_mapas\\_de\\_pontos\\_em\\_sistema\\_de\\_coordenadas\\_espaciais/links/5e024a03a6fdcc28373cecd9/Avaliacao-de-metodos-de-geocodificacao-para-conversao-de-agravos-localizados-em-enderecos-para-mapas-de-pontos-em-sistema-de-coordenadas-espaciais.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marcos_Ferreira17/publication/335611443_Avaliacao_de_metodos_de_geocodificacao_para_conversao_de_agravos_localizados_em_enderecos_para_mapas_de_pontos_em_sistema_de_coordenadas_espaciais/links/5e024a03a6fdcc28373cecd9/Avaliacao-de-metodos-de-geocodificacao-para-conversao-de-agravos-localizados-em-enderecos-para-mapas-de-pontos-em-sistema-de-coordenadas-espaciais.pdf).

Acesso em: 17/08/2020.

MENEZES, A. H. N. et al. **Metodologia científica**: teoria e aplicação na educação a distância. Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina-PE, 2019. 83 p.: 20 cm. 1 Livro digital. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&lr=lang\\_pt&as\\_sdt=1%2C5&as\\_ylo=2018&as\\_vis=1&q=livro+de+metodologia+cient%C3%ADfica++sobre+artigo+transversal+e+anal%C3%ADtico&btnG=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&lr=lang_pt&as_sdt=1%2C5&as_ylo=2018&as_vis=1&q=livro+de+metodologia+cient%C3%ADfica++sobre+artigo+transversal+e+anal%C3%ADtico&btnG=).

Acesso em: 14/08/2020.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). **Ciênc. & Saúde. Colet.**, v. 20, n. 6, p. 1751-1762, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1751.pdf>. Acesso em: 12/04/2020.

MINAYO, M. C. S.; TEIXEIRA, S. M. O.; MARTINS, J. C. O. Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice. **Est. de Psic.**, v. 21, n. 1, 36-45, 2016. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-68944>. Acesso em: 21/01/2020.

MULLER, S. A.; PEREIRA, G.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e posvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Psicol. IMED**, v. 9, n. 2, p. 6-23, 2017. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-50272017000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 23/05/2020.

NERY, B. L. S. et al. Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos

internados em uma unidade de emergência. **Rev. Gaúc. Enferm.**, v. 39, e2017-0184, 2018. Disponível em:  
[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100407&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100407&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 23/09/2019.

O'DWYER, G. et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad. Saúde. Públic.**, v. 33, n. 7, e00043716, 2017. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2017000705010&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017000705010&lng=en&tlng=pt). Acesso em: 28/10/2019.

OLINDA, K. R. S.; SANTOS, R. F.; MARQUES, T. H. C. Fatores associados ao comportamento suicida em hospital psiquiátrico: estudo transversal. **Rev. Elet. Acer. Saúde.**, v. 12, n. 6, e3050, 2020. Disponível em:  
<https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3050/1815>. Acesso em: 10/07/2020.

OLIVEIRA, N. A. Prevenção à ideação suicida decorrente da depressão em adultos. **Rev. Ciênc. (In) Cen.**, v. 1, n. 5, 2017. Disponível em:  
<http://periodicos.estacio.br/index.php/cienciaincenabahia/article/viewFile/4333/pdf4333>. Acesso em: 28/03/2020.

PIAUI. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Distribuição de Óbitos por Suicídio, Residentes Piauí de 2010 a 2019(\*)**. Piauí, 26 dezembro de 2019. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/sim>. Acesso em: 03/09/2020.

PIRES, M. C. C. et al. Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle. **J Bras Psiquiatr.** v. 64, n. 3, p. 193-9, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852015000300193&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000300193&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28/10/2019.

PRADO, A. L.; BRESSAN, R. A. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. **Rev. psicopedag.**, v. 33, n. 100, p. 103-109, 2016. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862016000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862016000100012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 28/10/2019.

RAMOS, K. A. et al. Prevalência de suicídio e tentativa de suicídio no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 32, 2019. Disponível em:  
<https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1244/763>. Acesso em: 28/08/2020.

RIBEIRO, N. M. et al. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto contexto - enferm.**, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000200310&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200310&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28/08/2020.

RODRIGUES NETO, G. C. Suicídio e Religião: homilia cautelosa – igreja católica quando fala sobre suicídio. **Sacrileg.**, v. 15, n. 2, p. 637-649, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/sacrilegens/article/view/27040/18716>. Acesso em: 28/05/2020.

ROSA, N. M. et al. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **J. bras. psiquiatr.**, v. 65, n. 3, p. 231-238, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852016000300231](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852016000300231). Acesso em: 10/10/2018.

ROHLING, B. S. V.; CIESCA, D.; LIEBL, G. Projeto Vida: integração da Vigilância Epidemiológica e setor da Saúde Mental frente às tentativas de suicídio em Fraiburgo, Santa Catarina, 2014-2017. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2237-96222018000300600&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-96222018000300600&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20/07/2020.

SADOCK, B. J. et al. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 1466 p.

SALES, T. M. S. et al. Perfil comportamental dos casos suicida. **Res., Soc. and Devel.**, v. 9, n. 6, e66963447, 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7435496>. Acesso em: 20/07/2020.

SCAINI, G.; QUEVEDO, J. As taxas de suicídio nos Estados Unidos continuam a subir. As taxas no Brasil são subestimadas? **Braz J Psiquiat.**, v. 40, n. 4, p. 347-348, 2018. Disponível em: [http://www.bjp.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=678#](http://www.bjp.org.br/detalhe_artigo.asp?id=678#). Acesso em: 02/10/2018.

SILVA, N. C. **Avaliação normativa do serviço de atendimento móvel de urgência de Teresina**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí. Teresina – Piauí, 2011. Disponível em: <http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/naldiana.pdf>. Acesso em: 10/10/2018.

SILVA, T. P. S.; SOUGEY, E. B.; SILVA, J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. **Rev. Bioét.**, v. 23, n. 2, p. 419-426, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422015000200419&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200419&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01/11/2018.

SILVA, S. L.; KOHLRAUSCH, E. R. Atendimento pré-hospitalar ao indivíduo com comportamento suicida: uma revisão integrativa. **SMAD, Rev. Eletrôn. Saúde Mental Álc. Drog. (Ed. port.)**, v.12, n. 2, p. 108-115, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762016000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762016000200007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20/10/2018.

SILVA, E. R.; ÁLVARES, A. C. M. Intoxicação medicamentosa relacionada à tentativa de autoextermínio. **Rev Inic Cient Ext.**, v. 2, n. 2, p. 34-40, p. 2019. Disponível em: <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/154/109>. Acesso em: 23/09/2019.

SILVA JÚNIOR, F. J. G. et al. Ideação suicida e consumo de drogas ilícitas por mulheres. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 321-6, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n3/1982-0194-ape-31-03-0321.pdf>. Acesso em: 23/09/2019.

SILVA, N. C.; NOGUEIRA, L. T. Avaliação de indicadores operacionais de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 471-7, 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29287>. Acesso em: 21/04/2020.

TRAN, T. et al. *Risk stratification using data from electronic medical records better predicts suicide risks than clinician assessments*. **BMC psych.**, v. 14, n. 1, p. 76, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3984680/?tool=pubmed>. Acesso em: 01/11/2018.

VELOSO, C. et al. Tentativas de suicídio atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. **Rev. Enferm UFPI.**, v. 5, n. 3, p. 48-53, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1033886>. Acesso em: 21/09/2018.

VELOSO, C. et al. Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 2, p. 66187, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170266187.pdf>. Acesso em: 21/09/2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who report on suicide prevention**. 2018. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/). Acesso em: 23/09/2018.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO - SAMU



### CARTA DE ANUÊNCIA

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) – Teresina PI autoriza a realização do Projeto de Mestrado intitulado: “Caracterização das tentativas de suicídio em mulheres atendidas por um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência” sob coordenação do Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e Edmércia Holanda Moura, pesquisadora participante da pesquisa.

Estamos cientes de que os participantes do projeto terão acesso aos registros clínicos que estão arquivados no SAMU.

Teresina, 06 de dezembro de 2018

Francina Lopes Amorim Neta  
Diretora Geral do SAMU Teresina

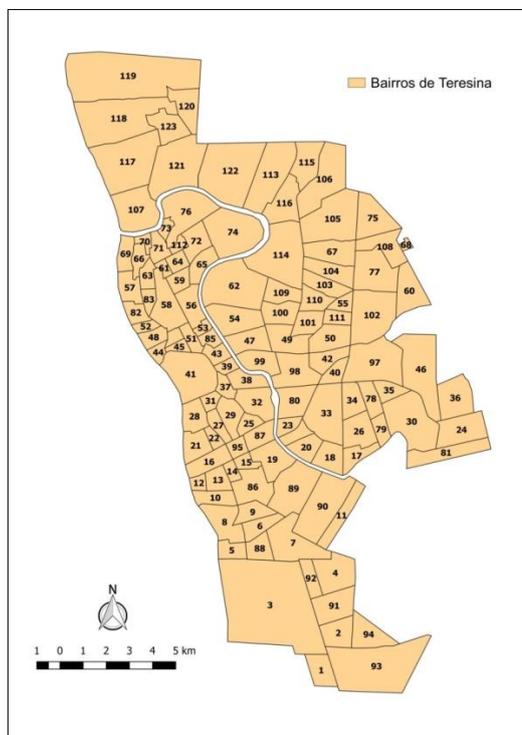
FRANCINA LOPES AMORIM NETA  
DIRETORA GERAL  
SAMU TERESINA

## APÊNDICE B – FOMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

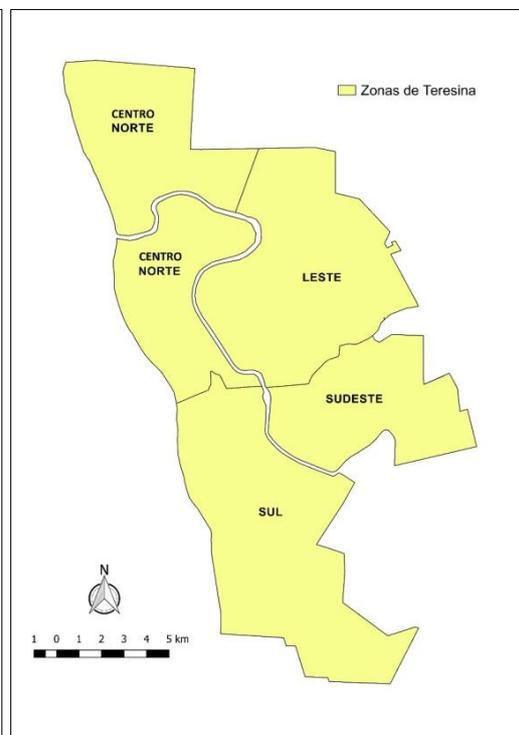
<b>Formulário Nº:</b>	<b>GRUPO:</b> <input type="checkbox"/> 1- Tentativa <input type="checkbox"/> 2- Ideação <input type="checkbox"/> 3- Autolesão		
<b>Dados da ocorrência</b>			
Número do chamado:		Data ____/____/____	
Equipe	<input type="checkbox"/> 1-Básica <input type="checkbox"/> 2-Avançada		
Horário da solicitação	____:____	Regulação:	____:____
Saída do ponto de apoio	____:____	Chegada ao local:	____:____
<b>Local de ocorrência</b>			
Endereço			
Bairro			
Local da ocorrência	<input type="checkbox"/> 1-Residência <input type="checkbox"/> 2-Público		
Zona de ocorrência/atendimento	<input type="checkbox"/> 1-Norte <input type="checkbox"/> 2-Leste <input type="checkbox"/> 3-Sul <input type="checkbox"/> 4-Sudeste <input type="checkbox"/> 5-Centro <input type="checkbox"/> 6-Rural		
<b>Dados do paciente</b>			
Sexo	<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
Idade			
Gestante	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 99 – Não se aplica		
Antecedente de tentativa suicídio	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
História de atendimento em serviços psiquiátricos ou CAPS	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
História de suicídio ou tentativa de suicídio na família	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
Indícios de bebida alcoólica	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 88 – Sem registro		
Indícios de outras drogas	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
<b>Tipo de ocorrência</b>			
<input type="checkbox"/> 1-Não foi preenchido <input type="checkbox"/> 2-Preenchimento correto <input type="checkbox"/> 3-Preenchimento incorreto <input type="checkbox"/> 88-Sem registro			
<b>Hospital de destino</b>			
<input type="checkbox"/> 1-UPA Renascença <input type="checkbox"/> 2-UPA Promorar <input type="checkbox"/> 3-HUT <input type="checkbox"/> 4-Santa Maria Codipi <input type="checkbox"/> 5-Matadouro <input type="checkbox"/> 6-Buenos Aires <input type="checkbox"/> 7-Areolino de Abreu	<input type="checkbox"/> 8-Satélite <input type="checkbox"/> 9-Dirceu <input type="checkbox"/> 10-Monte Castelo <input type="checkbox"/> 11-Parque Piauí <input type="checkbox"/> 12-Promorar <input type="checkbox"/> 13-Primavera <input type="checkbox"/> 14 -Rede privada	<input type="checkbox"/> 15-Não removido <input type="checkbox"/> 16- Outro: _____	
<b>Condições de entrada</b>			
<input type="checkbox"/> 1- Melhorado <input type="checkbox"/> 2- Piorado <input type="checkbox"/> 3- Inalterado <input type="checkbox"/> 9- Ignorado/Não registrado			
<b>Óbito</b>			
<input type="checkbox"/> 0-Não <input type="checkbox"/> 1- Sim - Antes do socorro <input type="checkbox"/> 2- Sim - Antes do transporte <input type="checkbox"/> 3- Sim - Durante o transporte			
<b>Mecanismo de autolesão</b>			
<input type="checkbox"/> 1- Automedicação <input type="checkbox"/> 2- Pesticidas/veneno <input type="checkbox"/> 3- Outras substâncias tóxicas Tipo _____ <input type="checkbox"/> 4- Enforcamento <input type="checkbox"/> 5- Arma de fogo <input type="checkbox"/> 6- Objeto perfurocortante	<input type="checkbox"/> 7- Precipitação de um lugar elevado <input type="checkbox"/> 8- Exposição intencional a fogo <input type="checkbox"/> 9- Exposição a veículo em movimento <input type="checkbox"/> 10- Outro: _____ <input type="checkbox"/> 11- Mais de um mecanismo <input type="checkbox"/> 99- Não informado		

**APÊNDICE C – Identificação de bairros e Zonas de Teresina, Piauí, 2020.**

A) Bairros



B) Zonas



Fonte: FMS/SAMU/Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO).

**APÊNDICE D – Numeração dos bairros de Teresina, Piauí, 2020.**

<b>Numeração do Bairro</b>	<b>Nome do Bairro</b>	<b>Zona</b>
1	Angélica	Sul
2	Esplanada	Sul
3	Angelim	Sul
4	Parque Juliana	Sul
5	Areias	Sul
6	Promorar	Sul
7	Santo Antônio	Sul
8	Distrito Industrial	Sul
9	Parque Piauí	Sul
10	Saci	Sul
11	Parque Sul	Sul
12	Santa Luzia	Sul
13	Parque São João	Sul
14	Triunfo	Sul
15	Morada Nova	Sul
16	Tabuleta	Sul
17	Redonda	Sudeste
18	Extrema	Sudeste
19	Catarina	Sul
20	Comprida	Sudeste
21	São Pedro	Sul
22	Pio XII	Sul
23	Beira Rio	Sudeste
24	Verdecap	Sudeste
25	Cidade Nova	Sul
26	Novo Horizonte	Sudeste
27	Macaíba	Sul
28	Vermelha	Sul
29	Monte Castelo	Sul
30	São Sebastião	Sudeste
31	Nossa Senhora das Graças	Sul
32	Cristo Rei	Sul
33	Itararé	Sudeste
34	Parque Ideal	Sudeste
35	Colorado	Sudeste
36	Flor do Campo	Sudeste
37	Piçarra	Sul
38	Ilhotas	Centro-Norte
39	Frei Serafim	Centro-Norte
40	Livramento	Sudeste
41	Centro	Sul
42	Recanto das Palmeiras	Leste
43	Cabral	Centro-Norte
44	Matinha	Centro-Norte
45	Mafuá	Centro-Norte
46	Todos os Santos	Sudeste
47	Jóquei	Leste

48	Pirajá	Centro-Norte
49	São Cristóvão	Leste
50	Santa Isabel	Leste
51	Marquês	Centro-Norte
52	Acarape	Centro-Norte
53	Morro da Esperança	Centro-Norte
54	Fátima	Leste
55	Santa Lia	Leste
56	Primavera	Centro-Norte
57	São Joaquim	Centro-Norte
58	Aeroporto	Centro-Norte
59	Real Copagre	Centro-Norte
60	Novo Uruguai	Leste
61	Itaperu	Centro-Norte
62	Ininga	Leste
63	Nova Brasília	Centro-Norte
64	Memorare	Centro-Norte
65	Água Mineral	Centro-Norte
66	Mafrense	Centro-Norte
67	Porto do Centro	Leste
68	Árvores Verde	Leste
69	Olarias	Centro-Norte
70	Poti Velho	Centro-Norte
71	Alto Alegre	Centro-Norte
72	Buenos Aires	Centro-Norte
73	Vila São Francisco	Centro-Norte
74	Embrapa	Centro-Norte
75	Vale do Gavião	Leste
76	Mocambinho	Centro-Norte
77	Vale Quem Tem	Leste
78	Renascença	Sudeste
79	Parque Poti	Sudeste
80	São Raimundo	Sudeste
81	Bom Princípio	Sudeste
82	Matadouro	Centro-Norte
83	Parque Alvorada	Centro-norte
84	Vila Operária	Centro-norte
85	Porenquanto	Centro-norte
86	Lourival Parente	Sul
87	Três Andares	Sul
88	Santa Luzia	Sul
89	Bela Vista	Sul
90	São Lourenço	Sul
91	Brasilar	Sul
92	Parque Jacinta	Sul
93	Pedra Mole	Sul
94	Portal da Alegria	Sul
95	Redenção	Sul
96	Tancredo Neves	Sudeste
97	Gurupi	Sudeste
98	São João	Leste
99	Noivos	Leste
100	Horto	Leste
101	Morada do Sol	Leste
102	Uruguai	Leste

103	Samapi	Leste
104	Satélite	Leste
105	Morros	Leste
106	Socopo	Leste
107	Santa Rosa	Centro-Norte
108	Verde Lar	Leste
109	Planalto	Leste
110	Piçarreira	Leste
111	Campestre	Leste
112	Bom Jesus	Centro-Norte
113	Pedra Mole	Leste
114	Zoobotânico	Leste
115	Tabajaras	Leste
116	Cidade Jardim	Leste
117	Parque Brasil	Centro-Norte
118	Santa Maria	Centro-Norte
119	Chapadinha	Centro-Norte
120	Jacinta Andrade	Centro-Norte
121	Alegre	Centro-Norte
122	Aroeiras	Centro-Norte
123	Monte Verde	Centro-Norte

Fonte: FMS/SAMU/Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO).

## APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO – FUNDAÇÃO MUNICIPAL



### DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa **“CARACTERIZAÇÃO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM MULHERES ATENDIDAS POR UM SERVIÇO MÓVEL”** e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo as pesquisadoras MARCIO DENIS MEDEIROS MASCARENHAS e EDMÉRCIA HOLANDA MOURA acesso ao SAMU- TERESINA para coleta de dados no sistema SAGO.

Teresina, 28 de novembro de 2018.

Adriana Sávia de Souza Araújo  
Gerente de Ações Estratégicas  
GAE/FMS

---

Adriana Sávia de Souza Araújo  
Comissão de Ética em Pesquisa da  
Fundação Municipal de Saúde



## APÊNDICE F – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS - TCUD



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

### TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD

Nós, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas (pesquisador responsável), Edmércia Holanda Moura (pesquisadora participante), abaixo assinados, envolvidos no Projeto intitulado “Caracterização das Tentativas de Suicídio em Mulheres Atendidas por um Serviço Móvel de Urgência”, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Informamos que os dados a serem coletados dizem respeito aos registros informatizados de atendimento às tentativas de suicídio por um serviço móvel de urgência de Teresina-PI.

Teresina, 05 de novembro de 2018.

*Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas*

Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas  
Pesquisador Responsável  
CPF: 446.134.313-87

*Edmércia Holanda Moura*

Edmércia Holanda Moura  
Pesquisadora participante  
CPF: 029.423.144-78

## APÊNDICE G - CARTA DE JUSTIFICATIVA DA AUSÊNCIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER**

### CARTA DE JUSTIFICATIVA DA AUSÊNCIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, pesquisador responsável pelo estudo "Caracterização das Tentativas de Suicídio em Mulheres Atendidas por um Serviço Móvel de Urgência", considerando o descrito na Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, solicito a dispensa da apresentação do TCLE para o cumprimento dos objetivos: Analisar as características das tentativas de suicídio em mulheres atendidas por um serviço móvel de urgência de Teresina-PI, no período de julho de 2015 a dezembro de 2018; Caracterizar os atendimentos segundo aspectos clínico-epidemiológicos e os mecanismos utilizados para a autolesão; Descrever os atendimentos segundo tempo de socorro, assistência prestada e evolução; Identificar fatores associados à tentativa de suicídio; Propor melhorias para a correta obtenção de registros e assistência às tentativas de suicídio por esse serviço.

Considerando a dificuldade de acesso aos usuários, a pesquisa será melhor desenvolvida mediante a utilização de informações contidas registros informatizados de atendimento às tentativas de suicídio por um serviço móvel de urgência de Teresina-PI.

Comprometemo-nos a preservar a privacidade dos participantes da pesquisa, garantindo que os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para a execução do projeto em questão, e que as informações divulgadas, de maneira nenhuma identifiquem o sujeito de pesquisa. Esperando ter atendido satisfatoriamente às exigências desse Comitê, aguardamos retorno.

Teresina, 05 de novembro de 2018.

*Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas*

**Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas**  
Pesquisador Responsável  
CPF: 446.134.313-87

**APÊNDICE H** – Taxa de incidência (por 100 mil habitantes) de tentativas de suicídio atendidas pelo SAMU, segundo sexo das vítimas e região de ocorrência. Teresina, Piauí, 2016 a 2018.

Sexo e Zona de Ocorrência	2016		2017		2018		Incidência Média
	n	Incidência	n	Incidência	n	Incidência	
<b>Masculino</b>							
Centro/Norte	34	27,5	34	27,2	28	22,2	25,6
Leste	22	27,4	13	15,7	20	23,4	22,2
Sudeste	10	17,4	11	18,8	14	23,6	19,9
Sul	28	36,0	12	14,9	23	27,9	26,3
Rural	3	12,8	1	4,1	5	20,1	12,3
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>32,6</b>	<b>78</b>	<b>22,7</b>	<b>91</b>	<b>26,0</b>	<b>27,1</b>
<b>Feminino</b>							
Centro/Norte	46	30,8	51	33,8	59	38,7	34,4
Leste	16	17,0	16	16,4	32	31,8	21,7
Sudeste	20	29,3	24	34,5	25	35,3	33,0
Sul	36	39,7	35	37,6	49	51,1	42,8
Rural	8	35,7	2	8,6	2	8,4	17,6
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>34,5</b>	<b>134</b>	<b>32,9</b>	<b>168</b>	<b>40,4</b>	<b>35,9</b>
<b>População total</b>							
Centro/Norte	80	29,3	85	30,8	87	31,2	30,4
Leste	38	21,8	29	16,1	52	27,9	21,9
Sudeste	30	23,9	35	27,4	39	30,0	27,1
Sul	64	38,0	47	27,1	72	40,4	35,2
Rural	11	24,0	3	6,3	7	14,4	14,9
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>28,3</b>	<b>199</b>	<b>24,7</b>	<b>257</b>	<b>31,3</b>	<b>28,1</b>
<b>Teresina</b>	<b>248</b>	<b>31,7</b>	<b>212</b>	<b>26,6</b>	<b>259</b>	<b>31,8</b>	<b>29,2</b>

Fonte: FMS/SAMU/Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO).

## **Proposta de Melhorias para Obtenção de Dados e Assistência às Tentativas de Suicídio no SAMU**

A partir dos resultados epidemiológicos deste estudo, constatou-se que as tentativas de suicídio caracterizam-se como um problema que requer ações estratégicas para sua prevenção e assistência. Percebe-se a importância do acompanhamento vigilante destes casos e a oferta de uma assistência humanizada e sensibilizada dos profissionais de saúde, da família e da gestão pública, no intuito da prevenção do suicídio e promoção da saúde dos usuários, no município de Teresina.

Como propostas de melhorias para a obtenção de dados e assistência às tentativas de suicídio no SAMU Teresina, elaborou-se um Fluxo de Atendimento da Rede de Atenção à Saúde ao paciente na condição de comportamentos suicida para o município de Teresina, e um quadro descrevendo as dificuldades encontradas durante a coleta de dados, juntamente com propostas de intervenções sugeridas para a melhoria da captação e qualidade dos dados.

O referido Fluxo surgiu pelo fato da ausência de uma informação sistemática dos casos de tentativa de suicídio, como nos casos de mortalidade materna, em que após notificação destes casos, as equipes de saúde são acionadas para investigação. Portanto, a construção deste Fluxo se justifica pela razão do comportamento suicida ser caracterizado como um atendimento de emergência clínica, necessitando de assistência médica imediata e, na maioria das vezes, de internação hospitalar ou psiquiátrica. Tem como finalidade reduzir a taxa de incidência de tentativa de suicídio e a morbimortalidade neste município e melhorar a qualidade dos dados registrados na Ficha de Atendimento.

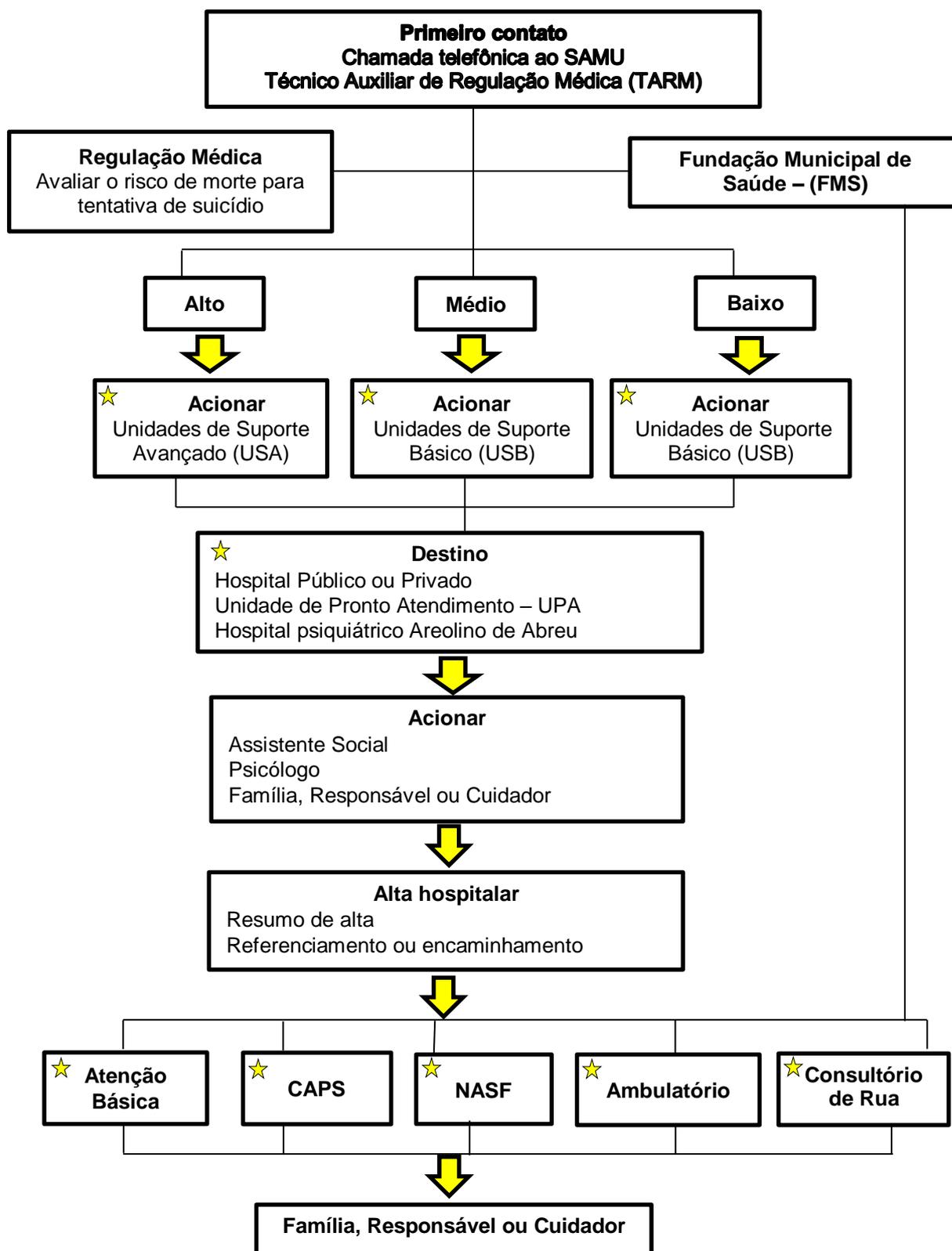
Neste sentido, a presente dissertação apresenta os seguintes produtos:

- Um Informe Epidemiológico com os principais resultados do estudo para distribuição de cópias impressas à Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI FMS e ao SAMU, bem como a divulgação da versão digital nas páginas eletrônicas e perfis de mídias sociais das instituições afins (FMS e SAMU), Prefeitura Municipal de Teresina e UFPI. Os custos envolvidos na confecção do boletim foram de responsabilidade da mestranda;
- Um fluxo assistencial elaborado para implementação no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, com a finalidade de reduzir a taxa de incidência de tentativa de suicídio e a morbimortalidade neste município e melhorar a qualidade dos dados registrados na Ficha de Atendimento (Figura 5).

O fluxo descreve o primeiro contato à Central de Regulação de Urgência (CRU) realizado pelo acompanhante do usuário, que geralmente acontece na seguinte sequência:

- Os Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM) recebem os chamados, identificam as situações de emergência e os encaminham ao médico regulador;
- O médico regulador avalia o caso, faz um diagnóstico da situação, e orienta o paciente ou acompanhante sobre as primeiras ações. Em tempo hábil será acionada a ambulância para se dirigir até o local da ocorrência que, a depender do caso, será a unidade de suporte básico ou avançado;
- A regulação médica do SAMU ao acionar o tipo de ambulância, a Fundação Municipal de Saúde de Teresina será informada sobre o caso da tentativa de suicídio, com o objetivo de acompanhamento desse usuário. A referida Instituição, por sua vez, tratará de acionar os serviços do Ambulatório, Consultório de Rua, grupos de apoio, e principalmente a Atenção Básica e o CAPS para a busca ativa desse usuário. Esse procedimento tem como finalidade o tratamento adequado, reduzir os riscos de tentativas posteriores e oportuniza identificar outros casos na família;
- Após o atendimento no local da ocorrência, o paciente é referenciado à unidade de saúde mais próxima, seja ela pública ou privada. Durante o atendimento, os profissionais devem preencher a ficha de atendimento do paciente e a ficha de notificação do caso, de acordo com a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Se, por algum motivo, o SAMU não notificar o caso, um dos serviços de saúde terá que realizar a notificação. Ressalta-se que esse usuário também pode ser transportado para uma unidade de saúde mais próxima diretamente pela família ou por terceiros.
- Posteriormente, devem ser acionados os profissionais de saúde, Assistente Social e Psicólogo, a fim de que, juntamente com a família, o responsável e/ou cuidador, possam estar vigilantes e acompanhando o usuário para dar seguimento ao acompanhamento e tratamento deste;
- Com a alta hospitalar, esse usuário deverá sair da unidade de saúde com dois resumos de alta e dois encaminhamentos que serão apresentados, tanto para a Atenção Básica mais próxima de sua residência, como para o CAPS. Através destes, o usuário será acompanhado e encaminhado para outros serviços, se necessário.

Figura 4. Proposta de fluxo de atendimento da Rede de Atenção à Saúde ao paciente em situação de tentativa de suicídio. Teresina, Piauí, 2020.



**Legenda:** Centro de atenção Psicossocial (CAPS); Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); ★ A Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020 estabelece a notificação compulsória, de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

No quadro 2 foram apresentadas as principais dificuldades encontradas durante a coleta de dados e sugestões para intervenção.

Quadro 2. Descrição das dificuldades encontradas durante a coleta de dados e as propostas de intervenção sugeridas para a melhoria da qualidade dos dados. Teresina, Piauí, 2020.

Dificuldades encontradas	Propostas de melhorias
<ul style="list-style-type: none"> <li>A maioria das mulheres em idade jovem adulta pesquisada neste estudo tentou suicídio no município de Teresina – PI, no período de 2015 a 2018.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A FMS aciona a Rede de Atenção à Saúde (Estratégia Saúde da Família, CAPS, Organizações Não-Governamental - ONG) para busca ativa destas mulheres, no intuito de minimizar as causas e fatores de risco de tentativa de suicídio neste grupo;               <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar atividades educativas e lúdicas para estas mulheres em espaço acolhedor, que pode ser na Unidade de Saúde.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Riscos de suicídio nas zonas de maior incidência e em comunidades populosas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acionar a Rede de Atenção à Saúde na tentativa de minimizar as causas e fatores de risco de tentativa de suicídio por região, na busca de um atendimento efetivo e humanizado desses usuários;               <ul style="list-style-type: none"> <li>Criação de ambientes (Centros de Educação, Cultura e lazer) para a comunidade, como requisito de prevenção do suicídio e promoção da saúde da população;</li> <li>Criação de espaços para que constantemente estejam recebendo visitas de órgãos, como por exemplo, do Centro Débora Mesquita (centro de apoio à prevenção do suicídio) para promover ações de sensibilização na prevenção do suicídio, juntamente com igrejas, ONG's e outras parcerias;</li> <li>Educação em saúde na escola sobre saúde mental, por ser um núcleo de construção de conhecimento, para minimizar o estigma e o preconceito relacionados a pessoas que convivem com algum tipo de doença mental.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tentativas de suicídio anteriores: observou-se durante a coleta de dados grande número de usuários que tentaram suicídio várias vezes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acionar a Rede de Atenção à Saúde na tentativa de minimizar as causas e fatores de risco de tentativa de suicídio por região, na busca de um atendimento efetivo e humanizado desses usuários;               <ul style="list-style-type: none"> <li>Criação de ambientes (Centros de Educação, Cultura e lazer) para a comunidade como requisito de prevenção do suicídio e promoção da saúde da população;</li> <li>Criação de espaços para que constantemente estejam recebendo visitas de órgãos, como por exemplo, do Centro Débora</li> </ul> </li> </ul>

	<p>Mesquita (centro de apoio à prevenção do suicídio) para promover ações de sensibilização na prevenção do suicídio, juntamente com igrejas, ONG's e outras parcerias;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Educação em saúde na escola sobre saúde mental, por ser um núcleo de construção de conhecimento, para minimizar o estigma e o preconceito relacionados a pessoas que convivem com algum tipo de doença mental.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso abusivo de substâncias psicoativas e medicamentos psicotrópicos: o uso indiscriminado dos medicamentos antidepressivos tricíclicos mais baratos e de maior acesso que a rede pública oferece aos pacientes pode apresentar cardiotoxicidade e ser um risco de morte em caso de tentativa de suicídio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar tratamentos alternativos e complementares e psicoterapias, como acupuntura, terapia comunitária integrativa, além de outras terapias;</li> <li>Realizar campanhas de longo alcance e permanentes em Teresina sobre os riscos da automedicação e do uso indiscriminados de medicamentos antidepressivos;</li> <li>Controlar a entrega de receitas médicas e de medicações psicotrópicas na Atenção Básica, para os usuários em tratamento de transtorno mental;</li> <li>Realizar tratamento com acompanhamento no CAPS e Atenção Básica, havendo permanente interação entre ambas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilização dos profissionais de saúde que trabalham no SAMU sobre o fenômeno da tentativa de suicídio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar, sensibilizar e oferecer apoio aos profissionais do SAMU diante da problemática de tentativas de suicídio e suicídio, uma vez que os profissionais da área de saúde estão entre os de maior risco ao suicídio, devido às múltiplas causas relacionadas ao trabalho, como o fator estressante, dentre outras.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiência no registro de dados pelos profissionais do SAMU em vários campos da ficha de atendimento desse serviço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde do SAMU quanto à importância do preenchimento da ficha de atendimento do usuário.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de um sistema informatizado em rede sobre os casos de tentativa de suicídio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sugestão de um sistema em rede informatizado para o atendimento em saúde e alimentação com informações pertinentes sobre os casos de tentativa de suicídio. O objetivo desse sistema seria, ao tempo que a Regulação Médica do SAMU diagnostica uma ocorrência de tentativa de suicídio, a FMS terá conhecimento do caso e acionará a Rede de Atenção à Saúde, principalmente a Estratégia Saúde da Família e o CAPS, para a busca ativa posterior destes usuários e da família, para acompanhamento dos casos com os devidos encaminhamentos.</li> </ul>

## PRODUÇÃO ACADÊMICA DERIVADA DA DISSERTAÇÃO

Um das contribuições desta dissertação foi a elaboração de dois trabalhos apresentados no "IV Congresso Internacional de Atenção Primária à Saúde agenda 2030 - ODS3 e ODS 4 know – do Gap Knowledge Translation in Global Health", No Período De 02 A 04 De Maio De 2019, pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, citados a seguir:

- Certificados de apresentação de trabalhos e de Menção Honrosa em modalidade oral, intitulados: “Tentativas de suicídio em mulheres atendidas por um serviço móvel de urgência” e “Álcool e outras drogas na tentativa de suicídio em usuários atendidos pelo serviço móvel de urgência”;

- Artigo Publicado na Revista Ciência Plural, com resultado parcial da dissertação intitulado: “Álcool e outras drogas na tentativa de suicídio em usuários atendidos pelo serviço móvel de urgência”; Revista Ciência Plural, v. 6, n. 1, p. 31-47, 10 ago. 2020. Trabalhos premiados - IV CIAPS - 2019 – Teresina-PI.

Disponível em: <https://periodicos.ufpn.br/rcp/article/view/21242>.

DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n1ID21242>;

- Artigo da Dissertação de Mestrado com o resultado total Submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública;

- Elaboração do Informe Epidemiológico para ser entregue à Fundação Municipal de Saúde de Teresina-Piauí;

- Relatório do Programa/Projeto de extensão “Informatização dos registros clínicos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) - Teresina, PI” para ser entregue à Universidade Federal do Piauí – UFPI e ao SAMU;

- Elaboração deste Relatório Final com o resultado total da dissertação para ser entregue à Fundação Municipal de Teresina-PI e ao SAMU.

## **ANEXOS**



**ANEXO B - CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER**

**CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP**

Teresina, 05 de novembro de 2018.

Profa. Dra. Maria do Socorro Ferreira dos Santos  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI

Cara Professora,

Estou enviando o projeto de pesquisa intitulado "Caracterização das Tentativas de Suicídio em Mulheres Atendidas por um Serviço Móvel de Urgência", acompanhado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Compromisso de Utilização de Dados – TCUD e Declaração de Compromisso dos Pesquisadores, para a apreciação por esse comitê.

Confirmando que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da resolução 466/12 do CNS e das resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).

Confirmando também:

- 1- que esta pesquisa ainda não foi iniciada,
- 2- que não há participação estrangeira nesta pesquisa,
- 3- que comunicarei ao CEP-UFPI os eventuais eventos adversos ocorridos com o voluntário,
- 4- que apresentarei relatório anual e final desta pesquisa ao CEP-UFPI,
- 5- que retirarei por minha própria conta os pareceres e o certificado junto à secretaria do CEP-UFPI.

Atenciosamente,

*Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas*

**Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas**  
Pesquisador responsável  
CPF: 446.134.313-87  
Área: Saúde  
Universidade Federal do Piauí - UFPI

## ANEXO C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER**

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Caracterização das Tentativas de Suicídio em Mulheres Atendidas por um Serviço Móvel de Urgência.

Pesquisador responsável: Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas

Instituição/Departamento: Medicina Comunitária

Telefone para contato: (86) 3215-4647

Local da coleta de dados: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Teresina-Piauí.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados dos registros de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), do período de julho de 2015 a dezembro de 2018. Os arquivos incluídos serão referentes aos atendimentos por tentativas de suicídio, que estão arquivados no banco de dados do Sistema de Atendimento e Gestão de Ocorrências (SAGO) do SAMU Teresina. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na residência dos pesquisadores por um período de cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, 05 de novembro de 2018.

*Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas*

**Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas**

**Pesquisador Responsável**

**CPF: 446.134.313-87**

## ANEXO D – DECLARAÇÕES DOS PESQUISADORES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

### DECLARAÇÕES DOS PESQUISADORES

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP  
Universidade Federal do Piauí

Nós, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, pesquisador responsável, e Edmércia Holanda Moura, pesquisadora participante da pesquisa intitulada "Caracterização das Tentativas de Suicídio em Mulheres Atendidas por um Serviço Móvel de Urgência", declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos das Resoluções Nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012 e Nº 510/2016, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004);
- Assumimos o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, da área de saúde, que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tomados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP/UFPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP/UFPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, 05 de novembro de 2018.

*Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas*  
Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas  
Pesquisador Responsável  
CPF: 446.134.313-87

*Edmércia Holanda Moura*  
Edmércia Holanda Moura  
Pesquisadora participante  
CPF: 029.423.144-78