TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM MACAPÁ, AMAPÁ, REGIÃO AMAZÔNICA, BRASIL, EM 2018

ARTIGO ORIGINAL

CHAGAS, Jéssica Andréa Silva das ¹

MATOS, Talita de Oliveira ²

DIAS, Cláudio Alberto Gellis de Mattos ³

DENDASCK, Carla Viana ⁴

OLIVEIRA, Euzébio de ⁵

ARAÚJO, Maria Helena Mendonça de ⁶

FECURY, Amanda Alves ⁷

---

¹ Acadêmica de Medicina. Universidade Federal do Amapá (UNIFAP).

² Acadêmica de Medicina. Universidade Federal do Amapá (UNIFAP).

³ Biólogo, Doutor em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Professor e pesquisador do programa de Pós-Graduação em Educação Profissional e Tecnológica (PROFEPT), Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Amapá (IFAP).

⁴ Teóloga, Doutora em Psicanálise, pesquisadora do Centro de Pesquisa e Estudos Avançados- CEPA.

⁵ Biólogo, Doutor em Doenças Tóxicas, Professor e pesquisador do Curso de Educação Física da, Universidade Federal do Pará (UFPA).

⁶ Médica, Mestra em Ensino e Ciências da Saúde, Professora e pesquisadora do Curso de Medicina do Campus Macapá, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP).

⁷ Biomédica, Doutora em Doenças Tóxicas, Professora e pesquisadora do Curso de Medicina do Campus Macapá, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP).

CHAGAS, Jéssica Andréa Silva das. Et al. **Tentativas de suicídio em Macapá, Amapá, Região Amazônica, Brasil, em 2018.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 05, Ed. 06, Vol. 03, pp. 17-35. Junho de 2020. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/tentativas-de-suicidio>

RESUMO

O suicídio é o ato humano de cessar a própria vida. As atitudes suicidas com intenção de morte, mas sem levar ao óbito são denominadas tentativas de suicídio, isto é, são atos intencionais de autoagressão sem que o desfecho seja a morte. Este trabalho analisou, epidemiologicamente, os atendimentos realizados pelo Serviço Móvel de Urgência – SAMU/AP relacionados a tentativas de suicídio no ano de 2018 em Macapá/AP. Foi realizada uma pesquisa transversal, descritiva e quantitativa. Foram coletados dados de 61 fichas de atendimento inicial referentes às ocorrências realizadas no ano de 2018, a partir do sistema de armazenamento de fichas do SAMU/AP. Este estudo permitiu a ampliação do conhecimento das características dos casos de tentativas de suicídio e suicídio consumado que ocorreram em Macapá/AP, possibilitando, assim, subsidiar os profissionais para trabalharem em intervenções junto à população em busca da diminuição das estatísticas existentes. Ressalta-se que o problema da falta ou da notificação dos casos de tentativa de suicídio realizada de maneira insuficiente é um aspecto importante para o enfraquecimento das informações epidemiológicas, das ações assistenciais em rede e para a efetivação da territorialização e da intersetorialidade em saúde mental. Ações educativas e políticas públicas que reforcem ao médico e às equipes socorristas de forma geral a importância do registro correto e completo das informações

Palavras-chave: Suicídio, epidemiologia, SAMU.

INTRODUÇÃO

Para a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2003), o suicídio é o ato humano de cessar a própria vida. As atitudes suicidas com intenção de morte, mas

sem levar ao óbito são denominadas tentativas de suicídio, isto é, são atos intencionais de autoagressão sem que o desfecho seja a morte (BRASIL, 2008) e a OMS calcula que para cada suicídio consumado há cerca de vinte pessoas que o tentam (OMS, 2014).

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (BRASIL, 2013) apresentou uma pesquisa, realizada nas 24 capitais brasileiras e no Distrito Federal, com registro total de 272 tentativas de suicídio, sendo 171 do sexo feminino e 101 masculino, nos meses de setembro a outubro de 2011.

De acordo com a OMS (2014), as mortes por suicídio podem ser evitadas se houver condições para oferta da ajuda, sendo a prevenção o componente central e responsabilidade também dos serviços de saúde. Em todo o mundo, cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio todos os anos, o que corresponde a uma taxa de 11,4 óbitos para cada 100 mil habitantes e 1 morte autoprovocada a cada 40 segundos. Estima-se que o número de tentativas supere esse índice em até 10 vezes.

No Brasil, os métodos utilizados para o suicídio são variados e dependem de cada lugar e costumes. Os mais utilizados são enforcamento, armas de fogo e envenenamento (JUNIOR, 2015).

Alguns fatores são sabidamente relacionados ao suicídio, como transtornos depressivos e abuso/dependência de álcool, mas ainda são necessários mais estudos para investigar os aspectos sociais, econômicos e culturais que podem estar ligados ao comportamento suicida (CS) em diferentes regiões do Brasil (LOVISI *et al.*, 2009).

Neste contexto, a implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) pelo Ministério da Saúde foi importante, pois fornece um atendimento adequado a pessoas que são acometidas por emergências clínicas, incluindo as tentativas de autoextermínio, podendo evitar que venham a óbito, já que proporcionam um atendimento rápido e precoce ainda no local do ocorrido (SANTANA *et al.*, 2011).

O SAMU realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas. Com poder de autoridade sanitária, o

médico regulador comunica a ocorrência aos hospitais públicos e assim reserva leitos para que o atendimento tenha continuidade (BRASIL, 2006a). A qualidade dos serviços prestados nos setores de emergência é essencial para prevenir futuras tentativas com desfecho fatal (KAWASHIMA *et al.*, 2014) e devem estar articuladas com os demais serviços do sistema, permitindo o adequado encaminhamento dos pacientes a outros serviços competentes (FRANÇA, 2005; AZEVEDO e BARBOSA, 2007) para que cada um desses recursos colabore e garanta a atenção integral para prevenir novas TS (SUOKAS *et al.*, 2009).

O fluxo de atendimento no SAMU começa a partir da solicitação do usuário realizada através do número 192, e a abertura da ocorrência é feita pela equipe da regulação médica. Na sala de regulação, o médico responsável pela triagem aciona uma das unidades móveis USB ou USA, de acordo com a gravidade do caso (SANTANA *et al.*, 2011).

OBJETIVO

Analisar, epidemiologicamente, os atendimentos realizados pelo Serviço Móvel de Urgência – SAMU/AP relacionados a tentativas de suicídio no ano de 2018 em Macapá/AP.

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma pesquisa transversal, descritiva e quantitativa. Foram coletados dados de 61 fichas de atendimento inicial referentes às ocorrências realizadas no ano de 2018, a partir do sistema de armazenamento de fichas do SAMU/AP. O local do estudo foi a Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-AP) sediada em Macapá/AP, na Rua Jovino Dinoá, bairro Beírol, Macapá, Amapá, região Amazônica, Brasil.

As informações foram coletadas do sistema de notificação informatizado do SAMU-AP e no sistema de armazenamento da Central de Regulação do SAMU, no ano de 2019, em Macapá. Em seguida, todas as fichas foram separadas e os dados

transcritos para uma ficha individual, para serem analisados, sem qualquer identificação do sujeito.

As informações foram compiladas e analisadas no programa *Excel*, componente do pacote *Office* da *Microsoft Corporation*.

O estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo os princípios éticos da Declaração de Helsinque (AMM, 1964) e atendendo as considerações éticas dispostas na resolução nº 466, de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que contempla as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, obtendo o CAAE 16334919.4.0000.0003.

RESULTADOS

Das 61 fichas avaliadas, quanto ao mês de ocorrência, 11 (18,03%) registros ocorreram em agosto, 9 (14,75%) em novembro e 7 (11,48%) em dezembro, conforme observado na figura 1.

Figura 1 Distribuição dos casos de Tentativa de Suicídio atendidos pelo SAMU - AP, segundo mês de ocorrência. Macapá, 2018.

Analisando-se o horário das ocorrências, o maior número de registros foi durante a noite, das 18:00h às 23:59h, com um total de 26 casos (42,62%), seguindo-se da manhã, das 06:00h às 12:00h, com 13 casos (21,31%) (figura 2).

Figura 2 Distribuição dos casos de Tentativa de Suicídio atendidos pelo SAMU-AP, segundo horário de ocorrência. Macapá, 2018.

Quanto ao local de solicitação, a maioria das tentativas de lesão autoprovocada ocorreu no domicílio da vítima com 40 notificações (65,57%), e 12 casos sem registro, como apresentado na figura 3.

Figura 3 Distribuição dos casos de Tentativa de Suicídio atendidos pelo SAMU-AP, quanto ao local de solicitação. Macapá, 2018.

No que se refere ao tipo de atendimento, o pedido de socorro foi o chamado mais comum, com 61% (51/61) dos casos analisados (figura 4).

Figura 4 Distribuição dos casos de Tentativa de suicídio atendidos pelo SAMU-AP, quanto ao tipo de atendimento. Macapá, 2018.

Quanto às localidades em que ocorreram as tentativas de suicídio, houve predominância da Zona Sul de Macapá, com 21 casos (34,43%), contemplando os seguintes locais: Buritizal, São José, Zerão, Jardim Marco Zero, Congós, Muca, Araxá, Unidade Pronto Atendimento (UPA) Zona Sul e Cesein – Centro de Medida Socioeducativa de Internação Masculina, e, dentre esses, o bairro Congós foi o mais acometido. Observou-se também a relevância da Zona Norte da cidade, com 15 casos (24,6%), e que o SAMU, ainda que sediado em Macapá, atendeu 15 casos na cidade vizinha, Santana (24,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 Distribuição dos casos de Tentativa de Suicídio atendidos pelo SAMU- AP, de acordo com a localidade em Macapá e casos atendidos do município de Santana, 2018.

LOCALIDADE	REGIÃO	Nº	%
MACAPÁ	Zona Norte	15	24,6
	Zona Oeste	5	8,2
	Centro	5	8,2
	Zona Sul	21	34,4
SANTANA	(-)	15	24,6
TOTAL		61	100

Com relação à caracterização dos indivíduos que tentaram suicídio, o sexo feminino foi predominante, sendo 57,38% (35/61) dos casos, e 31,15% (19/61) correspondente ao masculino (figura 5). A faixa etária mais acometida foi a de jovens, sendo 19 casos de adolescentes entre 14-19 anos (31,15%) e 11 indivíduos na faixa etária de 20 a 25 anos (18,03%) (figura 6).

Figura 5 Distribuição dos casos de Tentativa de Suicídio atendidos pelo SAMU- AP, segundo gênero. Macapá, 2018.

Figura 6 Distribuição dos casos de Tentativa de Suicídio atendidos pelo SAMU- AP, de acordo com a faixa etária. Macapá, 2018.

Em relação aos mecanismos das tentativas de suicídio, as intoxicações exógenas ficaram em primeiro lugar com 22 casos (36,07%), seguidas de enforcamento com 15 (24,59%) e automutilação, com 6 casos (9,84%) (figura 7). Na análise de duas fichas, constatarem-se dois métodos de tentativa: na primeira enforcamento e intoxicação exógena e na segunda automutilação e intoxicação exógena. Com relação à automutilação, vale ressaltar que todos os casos ocorreram devido a ferimentos por Arma Branca.

Figura 7 Distribuição dos casos de Tentativa de Suicídio atendidos pelo SAMU- AP, de acordo com o mecanismo de tentativa. Macapá, 2018.

Em relação ao apoio de outras instituições, foram registradas duas ocorrências (3,28%) onde Corpo de Bombeiros Militar (CBM) foi acionado, uma (1,64%) em que a Polícia Militar (PM) foi contatada e uma (1,64%) onde a Unidade de Suporte Básico (USB) foi recrutada, pois neste caso a Unidade de Suporte Avançado (USA) já estava em prestando assistência. A maior parte dos casos (93,44%) não possuía registro dessa informação (figura 8).

Figura 8 Distribuição dos casos de Tentativa de Suicídio atendidos pelo SAMU- AP, de acordo com necessidade de apoio. Macapá, 2018.

Quanto aos códigos das chamadas, 8 casos foram registrados com código 02, que representa prioridade média (urgência), não configurando gravidade extrema e 8 corresponderam a ao código 3, que representa prioridade máxima, emergência (Figura 9).

Figura 9 Distribuição dos casos de Tentativa de Suicídio atendidos pelo SAMU- AP, de acordo com o código utilizado. Macapá, 2018.

Em apenas 3 fichas encontrou-se o registro do horário de saída da ambulância da base e horário de chegada na ocorrência, permanecendo a média de 18 minutos.

DISCUSSÃO

A maioria dos registros (18,03%) ocorreu em agosto, o que pode ser explicado pelo fato deste mês ser a transição para o período mais quente, que ocorre no segundo semestre do ano no Amapá (MARQUES *et al.*, 2012; BELÚCIO *et al.*, 2014). Tal achado é condizente com o fato das tentativas ou mortes por suicídio apresentarem uma sazonalidade em todo o mundo, com picos principalmente na transição das estações mais escuras para as mais claras (LESTER, 1971). A luz, a longo prazo, pode agir como um antidepressivo e melhorar o humor (PAPADOPOULOS *et al.*, 2005). Mas a curto prazo, ela pode alterar o estado de motivação dos indivíduos e aumentar a coragem de cometer suicídio. A variação do nível de serotonina pode ser muito rápida com o aumento de luminosidade solar, o que pode trazer sentimentos desagradáveis ((LAMBERT *et al.*, 2002). Pesquisadores relataram maior número de casos no verão, mas ressaltaram que a sazonalidade climática da TS é uma variável de difícil associação em um país de grande diversidade regional como o Brasil, onde o clima não tem estações marcantes e as estações do ano não são bem definidas em todas as regiões (TREVISAN *et al.*, 2013).

Um estudo mostrou que o aumento da exposição à luminosidade solar gerou um aumento dos casos de suicídio (LINS e DE MENEZES, 2018), o que pode estar associado a diversos hormônios dependentes da luz do sol (como melatonina, serotonina, triptofano e cortisol), responsáveis pela regulação do humor (PETRIDOU *et al.*, 2002). Ao que parece, a desregulação dessas substâncias no corpo, pode levar a mudanças de comportamento nos indivíduos (LINS e DE MENEZES, 2018).

Vale ressaltar que isso pode ser um fenômeno inofensivo para a maioria da população, mas para grupos psicologicamente vulneráveis e com pré-disposição ao autoextermínio pode ser um importante fator de risco (DEISENHAMMER, 2003).

Com relação aos horários de ocorrência, observou-se que a maioria dos atendimentos foram realizados no período da noite (18:00 às 23:59h) e da manhã (06:00 às 11:59h), semelhante a outros trabalhos (AVANCI *et al.*, 2005; SOUZA *et al.*, 2011). Esse achado pode ser atribuído à ingestão de bebida alcoólica citada nos dados coletados, mais frequente à noite (MENDES e LOPES, 2007), uma vez que o consumo de álcool e/ou abuso de outras drogas estão intimamente ligados à tentativa ou ao suicídio consumado, como apontaram as autópsias de 1.018 suicídios, nas quais foram encontrados níveis de concentração de álcool elevado no sangue das vítimas ($\geq 0,1$ g/kg) (ZUPANC *et al.*, 2013).

O uso de drogas traz consigo maior vulnerabilidade, alteração de juízo crítico e autocontrole e aumento da impulsividade, o que pode desencadear comportamento suicida naqueles com predisposição para tal (KLIMKIEWICZ *et al.*, 2012). Álcool e outras adições podem aumentar o risco ou interagir com a depressão favorecendo então o aparecimento da ideação suicida (WASSERMAN *et al.*, 2005).

Em relação ao tipo de solicitação, o pedido de socorro foi o mais prevalente, o que corrobora com a literatura, uma vez que em relação ao comportamento suicida há frequentemente um pedido de socorro, ainda que nem sempre seja claramente consciente, expresso, reconhecido ou acolhido (WHO, 2014; VEDANA *et al.*, 2017).

Os casos analisados nesta pesquisa se concentraram mais na Zona Sul, Zona Norte e cidade de Santana, nos bairros da periferia como, por exemplo, o bairro Congós, constituído de áreas alagadas (MARINHO *et al.*, 2018). Uma pesquisa realizada em 2006 em Macapá também mostrou que a maioria das pessoas com comportamento suicida (80%) habitavam os bairros de periferia, com menores índices socioeconômicos, bastante desigualdade e pobreza (NEVES, 2007), que é fator predisponente ao suicídio (DE FRAGA *et al.*, 2016).

Quanto ao gênero a prevalência de tentantes neste trabalho foi do sexo feminino (57,38%), diferentemente de outros estudos (VIDAL *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2019), em que predominou-se o sexo masculino, estando de acordo com a epidemiologia

nacional e mundial (SADOCK *et al.*, 2017; BACHMANN, 2018). Quanto aos óbitos relatados nesta pesquisa, não houve predominância de um dos sexos.

Pode-se atribuir essa discordância à epidemiologia local, pois em Macapá as mulheres representam o maior percentual com 50,88% da população enquanto os homens correspondem a 49,12% (IBGE, 2010). Além disso, em relação ao sexo feminino, os estados de Roraima e Amapá foram alguns dos que obtiveram a maior variação da taxa de óbito por suicídio no período de 2011 a 2015 com 0,9/100 mil habitantes, de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (BRASIL, 2017).

Embora as mulheres sejam quatro vezes mais propensas a tentar o suicídio, os homens têm quatro vezes mais êxito (SADOCK e SADOCK, 2007; MOREIRA *et al.*, 2017). Este fato pode estar associado a maior agressividade, intenção de morrer e uso de meios mais letais (NOCK *et al.*, 2008). Além de características como impulsividade e competitividade, os homens também possuem maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo e carregam o papel de gênero social como o “provedor econômico” do lar, em uma cultura patriarcal, sendo submetidos a maior estresse quanto ao desemprego, empobrecimento, desespero e doenças mentais (SANTANA *et al.*, 2011).

O comportamento suicida no sexo feminino pode estar relacionado a traumas vividos na infância, abuso sexual, problemas conjugais e transtornos de ansiedade, tornando-as mais susceptíveis a novas tentativas (PIRES *et al.*, 2012; VELOSO *et al.*, 2017). Métodos menos letais, religiosidade, atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais, desempenho de papéis durante a vida e baixa prevalência de alcoolismo são alguns dos fatores a que podem ser atribuídos a menor ocorrência de óbito por suicídio entre as mulheres. Elas também reconhecem de forma precoce os sinais de risco para depressão, doença mental, suicídio, buscam ajuda em momentos de crise e têm maior participação nas redes de apoio sociais (MENEGUEL *et al.*, 2004)

As estatísticas de violência doméstica e familiar contra a mulher em Macapá no ano de 2018, com registro de 1.307 casos, também podem estar associadas com os

achados do presente estudo, devido à intensa relação que este cenário tem com dependência financeira, baixa renda e baixo nível educacional das mulheres vítimas de maus tratos (AMAPÁ, 2018). Tal conclusão também é favorecida devido ao fato de que a maior parte dos casos de maus-tratos terem ocorrido em domicílio, no período da noite, predominantemente nos bairros da Zona Sul da cidade, similarmente às tentativas de autoextermínio.

No tocante a faixa etária, os achados são similares aos resultados do estudo que analisou lesões autoprovocadas na Região Norte no período de 2012-2016, e o maior número de óbitos registrado foi na faixa etária de 20 a 29 anos, também se mostrando elevado nas faixas de 15 a 19 e 30 a 39 anos (PIRES, 2019). Esses dados são semelhantes aos mundiais, sendo o suicídio a principal causa de morte entre indivíduos de 15 a 24 anos no mundo inteiro (SADOCK *et al.*, 2017). Isso pode significar que a cidade de Macapá tem experimentado a tendência regional e nacional de aumento dos casos de suicídio entre jovens (MACHADO e SANTOS, 2015), uma vez que essa faixa etária vive muitas transformações e questões no contexto social em que está inserida.

O suicídio em jovens aumentou em todo o mundo e no Brasil nas últimas décadas, sendo a terceira principal causa de morte nessa faixa etária no país. Os comportamentos suicidas entre jovens e adolescentes envolvem motivações complexas, incluindo rompimentos de relacionamentos (PIRES, 2019), humor depressivo, abuso de substâncias, problemas emocionais, familiares e sociais, história familiar de transtorno psiquiátrico, rejeição familiar, negligência, além de abuso físico e sexual na infância (ABP, 2014).

Autores pontuam que as fases da adolescência (12-20 anos) e adulta jovem (20-40 anos) configuram períodos de transformações pessoais e sociais, conflitos decorrentes da própria idade, onde há aumento das responsabilidades, cobranças e da necessidade de tomar decisões. O apoio de outrem, fundamental para um equilíbrio emocional nessa etapa da vida, passa então a ser deixado de lado (SEHNEM e PALOSQUI, 2014).

Pode-se, ainda, atribuir tais resultados ao atual uso exacerbado da internet e mídia sociais na infância e juventude, uma vez que seu uso desenfreado está relacionado a diversas patologias psíquicas e a indivíduos com maior vulnerabilidade, impulsividade e perturbações, além de ansiedade social, baixa autoestima, solidão, menores níveis de atividade física, hostilidade e comportamento agressivo, menor felicidade e vitalidade subjetivas e prejuízos na saúde mental de forma geral (YOUNES *et al.*, 2016). “A forma como os jovens usam a internet são meios que colocam os jovens em risco ao suicídio” (ESCÓSSIA, 2017).

No que se refere ao mecanismo de tentativa de suicídio, assim como em vários estudos (AVANCI *et al.*, 2005; LIMA *et al.*, 2019), houve predominância da intoxicação exógena como método, diferentemente da epidemiologia nacional e da região Norte, cujo principal mecanismo é o enforcamento (PIRES, 2019), análogo a outros estudos (SEHNEM e PALOSQUI, 2014; VIDAL *et al.*, 2014; CUNHA *et al.*, 2016; D'EÇA JÚNIOR *et al.*, 2019). Foi registrado em alguns casos ainda o uso de medicações controladas, além de história de transtorno psiquiátrico prévio. Desemprego, distribuição e comércio dos fármacos no país e prescrição indiscriminada de drogas psicoativas podem ser fatores que favoreceram a excessiva exposição da população aos produtos químicos (BERNARDES *et al.*, 2010).

Apesar dessas morbidades não serem maioria nos resultados encontrados neste trabalho, atribui-se que o risco de comportamento suicida ao longo da vida é maior quando existe um transtorno de humor associado, transtornos esses que podem aumentar a angústia (transtorno do pânico, transtorno de estresse pós-traumático) ou diminuir a contenção (transtornos de conduta e antissociais, uso indevido de substâncias) (VASCONCELOS-RAPOSO *et al.*, 2016; BRASIL, 2017). Outro trabalho sueco reforça que, independentemente do método de perpetração (enforcamento ou autointoxicação), os medicamentos antidepressivos e/ou antipsicóticos são os mais encontrados nos resultados de toxicologia de suicídios (JONES *et al.*, 2013).

A predominância da intoxicação exógena como mecanismo de tentativa esteve tanto no sexo feminino quanto masculino, no entanto estes divergiram quanto ao tipo de substância utilizada, pois houve predominância do uso de medicações pelas mulheres

(MOREIRA *et al.*, 2017), e de raticidas dentre os homens. Isto poderia ser explicado pelo fato de que existe um menor grau de intencionalidade dentre as mulheres (DE SOUZA PACHECO *et al.*, 2010). Além disso, as mulheres frequentam mais os serviços de saúde, tendem a procurar mais os cuidados básicos e a realizar mais consultas do que os homens (LIMA *et al.*, 2018), o que pode acarretar diagnósticos precoces.

Na literatura, os percentuais de comportamento agressivo e taxas de mortalidade são superiores dentre os homens também por que desde a juventude as mulheres tendem a não mostrar de forma significativa esse tipo de comportamento (FALCÃO e OLIVEIRA, 2015), o que se explica devido aos diferentes papéis sociais que homens e mulheres assumem diariamente.

De acordo com a literatura, os homens utilizam métodos mais violentos, como enforcamento, estrangulamento e sufocação, devido a uma maior intenção suicida, por conhecerem informações sobre meios mais letais e por terem menores problemas com a imagem do corpo, enquanto as mulheres utilizam doses excessivas de substâncias perigosas, ou autointoxicação farmacológica intencional (VIEIRA *et al.*, 2015).

Estes achados são corroborados pelo estudo espanhol de 180 suicídios e que também mostrou esta diferença entre homens e mulheres em relação aos métodos (AZCÁRATE *et al.*, 2015). Ainda nessa direção, estudo mostrou que pacientes iranianos com diagnóstico de overdose e intencionalidade suicida foram mais frequentes entre as mulheres, sendo mais comum o uso dos psicofármacos (ZÖHRE *et al.*, 2015).

Chama a atenção, neste estudo, que uma parte significativa 31,4% (11/35) das mulheres utilizaram o enforcamento na TS, o que pode ser elucidado pela frase: “a força é o meio mais tradicionalmente utilizado tanto por brasileiros quanto por brasileiras para se matar”, apesar de existirem muitas literaturas discordantes deste premissa. Ressalta-se, ainda, o percentual expressivo (26,22%) de falta de registro

nos prontuários dos meios de tentativas de suicídio e morte por suicídio em ambos os sexos (MINAYO e CAVALCANTE, 2013).

De acordo com os dados obtidos neste estudo o Corpo de Bombeiros Militar foi acionado em duas ocorrências e a Polícia Militar em uma, o que sugere que as TS envolvidas pode ter tido maiores agravantes além do quadro clínico do paciente, fato este reafirmado pelas questões epidemiológica, geográfica e socioeconômica já mencionadas, já que a maior parte dos casos ocorreu na periferia da cidade. Destaca-se a ausência desse dado em 56 fichas (93,44%) o que dificulta maiores interpretações.

Há ainda a classificação dos códigos de acionamento e deslocamento da ambulância. Sendo eles: Código vermelho e laranja (3) – prioridade máxima, emergência, deslocamento imediato e rápido, sinais luminosos e sonoros ligados; código amarelo (2) – prioridade média, urgência, deslocamento em no máximo 60 segundos, velocidade normal, com sinais luminosos ligados; e código verde e azul (1) - prioridade baixa, tempo para deslocamento máximo de acordo com a regulação, velocidade normal e sinais luminosos ligados (PMC, 2014).

A inadequação dos registros e o preenchimento impreciso dos instrumentos de captação de dados geram subnotificação (MACENTE e ZANDONADE, 2010). O número de pessoas que cometem a tentativa de suicídio é muito maior do que os registros de notificação oficiais (BRANDÃO, 2015), tal fato pode ser elucidado devido aos os profissionais de saúde ainda se mostrarem conservadores quando se trata deste assunto e acabam por mascarar ou não registrar adequadamente os eventos, por motivos religiosos, sociais e legais, somados a um preconceito já fixado sobre pacientes psiquiátricos e situações que os envolvem (MINAYO, 1998; BRASIL, 2005). Alguns estudos destacam o suicídio como a mais passível de subestimação dentre as causas externas (MACENTE e ZANDONADE, 2010).

Além disso, podem ocorrer outras possíveis causas para a subnotificação: (1) os profissionais desconhecem a importância e os procedimentos para notificação; (2) o não conhecimento da lista de doenças e agravos submetidos à vigilância; (3) ausência

de adesão à notificação; (4) preocupação com a quebra da confidencialidade das informações; (5) falta de percepção da relevância em saúde pública das doenças e agravos submetidos à vigilância (WALDMAN e JORGE, 1999). Além disso, a alta demanda do serviço pode desviar funções (DOS SANTOS INÁCIO *et al.*, 2019) e dessa forma não permitir que os profissionais tenham tempo adequado para o preenchimento de tais documentos.

A subnotificação de doença de notificação compulsória é uma irregularidade que fragiliza o funcionamento do sistema de saúde brasileiro, gera prejuízos substanciais conforme as doenças subnotificadas vão constituindo risco à saúde da população. O conhecimento destas e de seus agravos são indispensáveis para a promoção de ações de controle (SOUZA *et al.*, 2006).

É imprescindível, portanto, que o SAMU diante da impossibilidade de realizar a notificação repasse de forma sistemática e organizada as informações relacionadas ao atendimento à unidade referenciada, para garantir a continuidade do cuidado e evitar revitimizações (BRASIL, 2016).

CONCLUSÕES

Apesar de alguns resultados não serem concordantes com a epidemiologia descrita da literatura nacional e mundial, este estudo permitiu a ampliação do conhecimento das características dos casos de tentativas de suicídio e suicídio consumado que ocorreram em Macapá/AP, possibilitando, assim, subsidiar os profissionais para trabalharem em intervenções junto à população em busca da diminuição das estatísticas existentes.

Ressalta-se que o problema da falta ou da notificação dos casos de tentativa de suicídio realizada de maneira insuficiente é um aspecto importante para o enfraquecimento das informações epidemiológicas, das ações assistenciais em rede e para a efetivação da territorialização e da intersetorialidade em saúde mental (BRANDÃO, 2015).

Portanto, sugerem-se ações educativas e políticas públicas que reforcem ao médico e às equipes socorristas de forma geral a importância do registro correto e completo das informações, visto que destas partem os dados estatísticos e os recursos para o sistema de saúde, além de ser respaldo para os referidos profissionais em casos de relevância jurídica.

Recomenda-se ainda que os dados de urgência e emergência sejam utilizados para elaboração de uma linha de base descritiva dos serviços de saúde e dos perfis epidemiológicos existentes (BRASIL, 2006b), tendo em vista que ainda não há um instrumento oficial padronizado para armazenamento de informações das ocorrências atendidas (CABRAL e SOUZA, 2008).

REFERÊNCIAS

ABP. **Suicídio. Suicídio: informando para prevenir.** Brasília DF: CFM/ABP, 2014.

AMAPÁ. **A violência doméstica e familiar contra a mulher em Macapá: Relatório estatístico- ano 2018.** Macapá AP: Ministério Público: 13 p. 2018.

AMM. Princípios éticos para a pesquisa em seres humanos. Helsinque, 1964. Disponível em: <
<https://www.ifgoiano.edu.br/home/images/Documentos/Pesquisa/CEP/DECLARAO-DE-HELSINQUE.pdf> >. Acesso em: 21 maio 2020.

AVANCI, R. D. C.; PEDRÃO, L. J.; COSTA JÚNIOR, M. L. D. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 5, p. 535-539, 2005.

AZCÁRATE, L. et al. Características de los suicidios consumados en Navarra en función del sexo (2010-2013). **Anales Sis San Navarra**, v. 38, n. 1, p. 9-20, 2015.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triage em serviços de saúde: percepção dos usuários. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 1, p. 33-39, 2007.

BACHMANN, S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. International journal of environmental research and public health. **Germany**, v. 15, n. 7, p. 1425, 2018.

BELÚCIO, L. P. et al. Radiação solar global estimada a partir da insolação para Macapá (AP). **Revista Brasileira de Meteorologia**, v. 29, n. 4, p. 494-504, 2014.

BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saude Pública**, v. 26, n. 7, p. 1366-1372, 2010.

BRANDÃO, W. L. D. O. **Comportamento suicida: sociedade, assistência e relações comportamentais**. Belém PA: Universidade Federal do Pará, 2015.

BRASIL. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília DF: MS 2005.

_____. **Regulação médica das urgências**. Brasília DF: MS 2006a.

_____. Prevenção do Suicídio: Manual Dirigido a Profissionais das Equipes de Saúde Mental. Brasília DF, 2006b. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf >. Acesso em: 16 set 2009.

_____. Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília DF, 2008. Disponível em: < http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/01_03_2010_9.48.45.b08c211d429981fb3856eaf7ec4807b1.doc >. Acesso em: 20 maio 2020.

_____. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011**. Brasília DF: Ministério da Saúde 2013.

_____. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília DF, 2016. Disponível em: <

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdsamu/2016/outubro/26/livro-avancado-2016.pdf> >. Acesso em: 01 jul 2019.

_____. Suicídio. Saber, agir e prevenir: Boletim Epidemiológico. Brasília DF, 2017. Disponível em: <
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf> >. Acesso em: 24 maio 2020.

CABRAL, A. P. D. S.; SOUZA, W. V. D. Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 4, p. 530-540, 2008.

CUNHA, F. A.; BAPTISTA, M. N.; CARVALHO, L. D. F. Análise documental sobre os suicídios ocorridos na região de Jundiaí entre 2004 e 2014. **Salud & Sociedad, Universidad Católica del Norte**, v. 7, n. 2, p. 212-222, 2016.

D'EÇA JÚNIOR, A. et al. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? . **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 20-24, 2019.

DE FRAGA, W. S.; MASSUQUETTI, A.; GODOY, M. R. **Determinantes socioeconômicos do suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul**. Encontro De Economia Da Região Sul. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina 2016.

DE SOUZA PACHECO, J. et al. Tentativa de suicídio em mulheres por queimaduras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, p. 152-160, 2010.

DEISENHAMMER, E. A. Weather and suicide: the present state of knowledge on the association of meteorological factors with suicidal behaviour. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 108, n. 6, p. 402-409, 2003.

DOS SANTOS INÁCIO, A.; TOMASI, C. D.; SORATTO, M. T. Demanda de atendimento em urgência e emergência hospitalar. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 6, p. 596-605, 2019.

ESCÓSSIA, F. D. Crescimento constante: taxa de suicídio entre jovens sobe 10% desde 2002. 2017. Disponível em: <
<https://www.bbc.com/portuguese/brasil39672513> >. Acesso em: 15 ago 2018.

FALCÃO, C. M.; OLIVEIRA, B. K. F. D. Perfil epidemiológico de mortes por suicídios no município de Coari entre os anos de 2010 e 2013. **Revista LEVS/UNESP-Marília**, v. 15, p. 44-55, 2015.

FRANÇA, I. G. D. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 25, n. 1, p. 146-163, 2005.

IBGE. Cidades: Macapá, Amapá. 2010. Disponível em: <
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=16&search=amapa> >.
Acesso em: 26 de junho de 2019.

JONES, A. W.; HOLMGREN, A.; AHLNER, J. Toxicology findings in suicides: concentrations of ethanol and other drugs in femoral blood in victims of hanging and poisoning in relation to age and gender of the deceased. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 20, n. 7, p. 842-847, 2013.

JUNIOR, A. F. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 2, n. 1, p. 15-28, 2015.

KAWASHIMA, Y. et al. Prevalence of suicide attempters in emergency departments in Japan: a systematic review and meta-analysis. **Journal of affective disorders**, v. 163, p. 33-39, 2014.

KLIMKIEWICZ, A. et al. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. **Alcohol and alcoholism**, v. 47, n. 5, p. 571-576, 2012.

LAMBERT, G. W. et al. Effect of sunlight and season on serotonin turnover in the brain. **The Lancet**, v. 360, n. 9348, p. 1840-1842, 2002.

LESTER, D. Seasonal variation in suicidal deaths. **The British Journal of Psychiatry**, v. 118, n. 547, p. 627-628, 1971.

LIMA, A. E. F. et al. Perfil na mortalidade por infarto agudo do miocárdio por idade e sexo no município de Paulo Afonso no estado da Bahia. **Revista Rios Saúde**, v. 3, n. 1, p. 26-37, 2018.

LIMA, L. C. S. et al. **Análise epidemiológica: óbitos por suicídio no estado de Sergipe**. Congresso Internacional De Enfermagem. Sergipe: Universidade Tiradentes: 1-4 p. 2019.

LINS, J. G. M. G.; DE MENEZES, T. A. **Luz do Sol e Incidência de Suicídio: Evidências de um Desenho de Regressão Descontínua a Partir do Horário de Verão**. Encontro ANPEC–Área 12–Economia Social e Demografia Econômica. Rio de Janeiro RJ: ANPEC 2018.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 2, p. 86-93, 2009.

MACENTE, L. B.; ZANDONADE, E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 173-181, 2010.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. D. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015.

MARINHO, I. G. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis em moradores no entorno de áreas alagadas na periferia de Macapá, Amapá. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 1, n. 1, p. 148-163, 2018.

MARQUES, D. D. et al. Variação da radiação solar no estado do Amapá: estudo de caso em Macapá, Pacuí, Serra do Navio e Oiapoque no período de 2006 a 2008. **Revista Brasileira de Meteorologia**, v. 27, n. 2, p. 127-138, 2012.

MENDES, V.; LOPES, P. Hábitos de consumo de álcool em adolescentes. **Revista Toxicodependências**, v. 13, n. 2, p. 25-40, 2007.

MENEGUEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 804-810, 2004.

MINAYO, M. C. D. S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 421-428, 1998.

MINAYO, M. C. D. S.; CAVALCANTE, F. G. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2405-2415, 2013.

MOREIRA, R. M. M. et al. Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. 1, p. 29-34, 2017.

NEVES, S. R. S. **Suicídio e Alienação: a vivência cotidiana da desigualdade e da exclusão social**. 2007. (Mestrado). Universidade Federal do Pará, Belém PA.

NOCK, M. K. et al. Suicide and suicidal behavior. **Epidemiologic reviews**, v. 30, n. 1, p. 133-154, 2008.

OMS. **Prevención Del suicidio: un imperativo global**. Washington USA: OMS, 2014. Disponível em: < www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/ >.

OPAS. **Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen**. Washington USA: opas, 2003.

PAPADOPOULOS, F. C. et al. Exploring lag and duration effect of sunshine in triggering suicide. **Journal of affective disorders**, v. 88, n. 3, p. 287-297, 2005.

PETRIDOU, E. et al. A role of sunshine in the triggering of suicide. **Epidemiology**, v. 13, n. 1, p. 106-109, 2002.

PIRES, A. L. T. P. **Quantitativo de óbitos por lesões autoprovadas intencionalmente na Região Norte do Brasil no período de 2012 a 2016**. Macapá AP: UNIFAP, 2019.

PIRES, M. C. D. C. et al. Estressores na tentativa de suicídio por envenenamento: uma comparação entre os sexos. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 34, n. 1, p. 25-30, 2012.

PMC. **Campinas: protocolos operacionais normas e rotinas**. Campinas SP: SAMU 192, 2014. 108p.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre RS: Artmed, 2007.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre RS: Artmed, 2017.

SANTANA, J. C. B. et al. Caracterização das vítimas de tentativa de autoextermínio atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sete Lagoas e região. **Bioethikos**, v. 5, n. 1, p. 84-92, 2011.

SEHNEM, S. B.; PALOSQUI, V. Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 26, n. 2, p. 365-378, 2014.

SOUZA, H. C. D. S.; ARCELINO, L. A. M.; TRINDADE, R. F. C. Doenças de Notificação Compulsória: uma análise dos atendimentos ambulatoriais no Hospital Universitário Profº Alberto Antunes (HUPAA). 2006. Disponível em: < <https://uspdigital.usp.br/siicusp/cdOnlineTrabalhoVisualizarResumo?numeroInscricaoTrabalho=2640&numeroEdicao=14> >. Acesso em: 21 ago 2019.

SOUZA, V. D. S. et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011.

SUOKAS, J.; SUOMINEN, K.; LÖNNQVIST, J. The attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients: A Comparative Study Before and After Establishment of a Psychiatric Consultation Service. **Crisis**, v. 30, n. 3, p. 161-165, 2009.

TREVISAN, E. P. T.; SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. D. Tentativa de suicídio de mulheres: dados de um centro de assistência toxicológica do Paraná. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 412-423, 2013.

VASCONCELOS-RAPOSO, J. et al. Níveis de ideação suicida em jovens adultos. **Estudos de Psicologia**, v. 33, n. 2, p. 345-354, 2016.

VEDANA, K. G. G. et al. Emergency nursing experiences in assisting people with suicidal behavior: A grounded theory study. **Archives of psychiatric nursing**, v. 31, n. 4, p. 345-351, 2017.

VELOSO, C. et al. Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 38, n. 2, 2017.

VIDAL, C. E. L. et al. Perfil epidemiológico do suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, no período de 1997 a 2012. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 158-164, 2014.

VIEIRA, L. P.; SANTANA, V. T. P. D.; SUCHARA, E. A. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 118-123, 2015.

WALDMAN, E. A.; JORGE, M. H. D. M. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 1, 1999.

WASSERMAN, D. et al. Suicide Prevention Strategies **The International Handbook of Suicide Prevention**, v. 1, p. 2064-2074, 2005.

WHO. World report on violence and health. Geneva, 2014. Disponível em: <
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf
>. Acesso em: 26 maio 2020.

YOUNES, F. et al. Internet addiction and relationships with insomnia, anxiety, depression, stress and self-esteem in university students: A cross-sectional designed study. **PloS one**, v. 11, n. 9, 2016.

ZÖHRE, E. et al. Retrospective analysis of poisoning cases admitted to the emergency medicine. **Arch Iran Med** v. 18, n. 2, p. 117-122, 2015.

ZUPANC, T. et al. Blood alcohol concentration of suicide victims by partial hanging. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 20, n. 8, 2013.

Enviado: Junho, 2020.

Aprovado: Junho, 2020.