

Caracterização das vítimas de tentativa de autoextermínio atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sete Lagoas e região

Characterization of suicidal subjects cared by Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) [an ambulance service] in the municipality of Sete Lagoas and region

Caracterización de las víctimas de suicidio atendidas por el Servicio de Atendimento Móvel de Urgência [Servicio de Atendimento Móvil de Urgência (SAMU)] en el municipio de Sete Lagoas y región

Júlio César Batista Santana*
Bianca Santana Dutra**
Hercília Najara Ferreira de Souza***
Isabella Celeste Moura***

Rosielle Aparecida Damasceno de Faria***
Talline Arêdes Hang-Costa***
Lidiane Sales Vieira***

RESUMO: O objetivo deste estudo foi identificar as características epidemiológicas das vítimas de tentativa de autoextermínio atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Sete Lagoas e região. Trata-se de um estudo transversal exploratório que utilizou a ficha de atendimento pré-hospitalar (FAPH) realizado no SAMU de Sete Lagoas e região, no período de janeiro a julho de 2009. Foram analisadas 115 FAPHs de vítimas de tentativa de autoextermínio. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG). Os dados revelam um número proporcional desse agravo na distribuição de gênero, com maior prevalência na faixa etária dos 11 anos aos 40 anos de idade. As mulheres escolhem métodos menos invasivos, por exemplo, uso de medicamentos, enquanto os homens preferem métodos mais agressivos. Quanto às substâncias utilizadas nas tentativas de suicídio, constatou-se a facilidade de acesso aos medicamentos. Das ocorrências, 93% foram atendidas por Unidade de Suporte Básico e 7%, pela Unidade de Suporte Avançado. Os dias da semana que ocorreram o maior número de tentativas de autoextermínio foram: segunda-feira, sexta-feira e domingo. O estudo demonstrou que o SAMU tem um papel significativo e de impacto positivo no atendimento às vítimas de tentativa de autoextermínio. Percebe-se a necessidade de intervenções das práticas na atenção primária, com o objetivo de prevenir o comportamento suicida, e que órgãos governamentais têm um papel primordial no controle desses agravos, promovendo políticas públicas que garantam um acesso igualitário à saúde, educação, lazer, transporte, trabalho, moradia, combate ao uso das drogas, violência e desigualdade social.

PALAVRAS-CHAVE: Violência. Suicídio. Enfermagem em Emergência.

ABSTRACT: The objective of this study was identifying the epidemiologic characteristics of people attempting suicide cared by Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) in Sete Lagoas and region. It is an exploratory transversal study that used a pre-hospital care form (FAPH) from SAMU in Sete Lagoas and region from January to July 2009. 115 FAPHs from suicidal subjects were analyzed. The project was approved by the Ethics Committee of Pontifical Catholic University of Minas Gerais (PUC/MG). Data show a proportional number by genre with greater prevalence of subjects from 11 to 40 years of age. Women choose less invasive methods, for example, medicines, while men prefer more aggressive methods. Regarding substances used, attempted suicides were easy due to free access to medicines. From the total of occurrences, 93% were cared by the Unit of Basic Support and 7% by the Unit of Advanced Support. The days of the week in which happens the greater number of attempts were Monday, Friday and Sunday. The study has demonstrated that SAMU has a significant role and a positive impact in caring for suicidal subjects. There is a need of interventions on practices of primary assistance, with the aim of preventing suicidal conducts, as well as to reveal that the government organs have a fundamental role in controlling these attempts, by means of public policies that may guarantee an egalitarian access to health, education, leisure, transports, work, housing, and violence, drug use and social inequality prevention.

KEYWORDS: Violence. Suicide. Emergency Infirmery.

RESUMEN: El objetivo de este estudio ha sido identificar las características epidemiológicas de las víctimas de tentativa de suicidio atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Sete Lagoas y región. Se trata de un estudio transversal exploratorio que ha usado la ficha de atendimento pre-hospitalario (FAPH) realizado en el SAMU de Sete Lagoas y región, en el período de enero a julio de 2009. Han sido analizadas 115 FAPHs de víctimas de tentativa de suicidio. El proyecto ha sido aprobado por el comité de ética en investigación de la Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG). Los datos muestran un número proporcional de ese agravo en la distribución de género, con mayor prevalencia en la faixa etária de los 11 a los 40 años de edad. Las mujeres eligen métodos menos invasivos, por ejemplo, el uso de medicamentos, mientras los hombres prefieren métodos más agresivos. Con respecto a las substancias utilizadas en las tentativas de suicidio, se constató la facilidad de acceso a los medicamentos. Del total de ocurrencias, 93% han sido atendidas por la Unidad de Soporte Básico e 7% por la Unidad de Soporte Avanzado. Los días de la semana en que ha ocurrido el mayor número de tentativas de suicidio fueron: lunes, viernes y domingo. El estudio ha demostrado que el SAMU tiene un rol significativo e de impacto positivo en el atendimento a las víctimas de tentativa de suicidio. Se percibe la necesidad de intervenciones de las prácticas en la atención primaria, con el objetivo de prevenir la conducta suicida, así como de revelar que los órganos gubernamentales tienen un rol fundamental en el control de esos agravios, por medio de la implementación de políticas públicas que puedan garantizar un acceso igualitario a la salud, a la educación, al ocio, transporte, trabajo, vivienda, combate al uso de drogas, violencia y desigualdad social.

PALABRAS-LLAVE: Violencia. Suicidio. Enfermería de Urgencia.

* Doutorando em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo – São Paulo. Enfermeiro do SAMU Sete Lagoas. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem PUC Minas Coração Eucarístico, UNIFEMM, Faculdade Ciências da Vida. Coordenador do curso de Especialização *Lato sensu* em Enfermagem em Urgência, Emergência e Trauma, Enfermagem em UTI Adulto e Neonatal do IEC/PUC Minas. E-mail: julio.santana@terra.com.br

** Enfermeira graduada pela Faculdade Ciências da Vida, Sete Lagoas-MG. Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem em Urgência, Emergência e Trauma do IEC PRE-PES – PUC Minas. E-mail: bianca27santana@yahoo.com.br

*** Enfermeiras graduadas pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Coração Eucarístico, Belo Horizonte-MG.

INTRODUÇÃO

A violência tem se constituído, na atualidade, como um grave problema de saúde pública, com repercussões físicas, psíquicas e sociais pela alta taxa de morbimortalidade, presente em todas as culturas, estruturas sociais, etnias, organizações políticas e econômicas. Nota-se o aparecimento com maior ou menor intensidade em épocas diferentes. Nesse cenário, percebe-se um número alarmante das violências intencionais e não intencionais, em especial na população jovem, pelo fato desse grupo da sociedade se encontrar em um período de desenvolvimento muito marcado por grandes transformações biológicas, psicológicas e sociais. Essas transformações aparecem acompanhadas de conflitos e angústias perante uma realidade de contradições e busca de identidade^{1,2}.

As situações de extremo sofrimento e desorganização, dependendo da intensidade, da durabilidade e do espaço ocupado no jovem, podem se complicar com o passar do tempo e culminar no desenvolvimento de uma patologia. Alguns jovens podem manifestar algum tipo de distúrbio psiquiátrico. É importante atentar-se para não atribuir toda a sintomatologia entre adolescentes ao desequilíbrio temporário do período. Além disso, a vivência de uma situação de angústia e conflitos pode, ainda, levar um jovem ao suicídio, que é considerado uma forma de violência¹.

Uma vez que, “passando necessariamente a ser objeto de atenção por parte de várias áreas do conhecimento no âmbito tanto da saúde individual quanto coletiva”³, é inquestionável a amplitude que subsidia a problemática, não a limitando exclusivamente ao setor das ciências sociais. Esse grupo de agravos vem se destacando no Brasil, seja como causa de morte seja em razão dos gastos – absolutamente não desprezíveis – que acarretam quanto ao tratamento dos feridos, bem como das sequelas deixadas em uma população fundamentalmente jovem. Esse fato, aliás, tem sido constatado em grande número de países, caracterizando-se como uma verdadeira epidemia⁴.

Perante tal perspectiva, infere-se que não basta pensar a violência como mais um simples condicionante que redimensiona o setor da saúde no que concerne ao atendimento de seus efeitos e do qual advém o direcionamento de altas cifras dos cofres públicos para custear a assistência necessária. Trata-se, também, de refletir sobre as interfaces e variáveis intrínsecas ao fenômeno da violência, visto que

conhecer a magnitude e gravidade das diversas expressões da violência pode denotar um potencial contribuinte na interpretação dos impactos da violência sobre a saúde.

A significância de tal posicionamento torna-se válida à medida que se averigua como uma limitação bastante peculiar ao tema figura o entrave principal que tende a embaraçar a compreensão da violência no âmbito da saúde pública. Refere-se à forma como as informações disponíveis carecem de estudos que permitam maior concretude à análise da temática, no intuito de atender seus efeitos, bem como promover a sua prevenção.

Alia-se à questão o fato de que o atendimento dispensado às vítimas de causas externas, em essência, viabiliza-se em nível de serviços de urgência e emergência. Logo, investigar a temática à luz de contextos e dados provenientes especificamente desse gênero de atendimento pode permitir o alcance “de informações mais detalhadas sobre a vítima, as circunstâncias e o local de ocorrência, não conhecidas a partir dos dados oficiais de mortalidade e morbidade hospitalar”⁵.

Com a implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pelo Ministério da Saúde, foi possível melhorar a qualidade da assistência às vítimas de trauma de qualquer etiologia e, também, fornecer um atendimento especializado a pessoas que são acometidas por emergências clínicas em geral, proporcionando um atendimento rápido e precoce, ainda no local do ocorrido⁶.

O SAMU de Sete Lagoas foi implantado em novembro de 2004, conforme as diretrizes da Portaria 2048 e atende a região do alto Rio das Velhas. O município de Sete Lagoas possui 221.764 habitantes, segundo dados estimados pelo IBGE (2008), e conta com o apoio de 04 unidades do SAMU, sendo 01 Unidade de Suporte Avançado (USA) e 03 unidades de Suporte Básico (USB); a população de cobertura do SAMU atinge em torno de 500.000 pessoas. Atualmente, o Serviço conta com uma USA, tripulada por um Médico Intervencionista, 01 Enfermeiro e 01 Condutor Socorrista e com 03 Unidades de Suporte Básico, tripuladas por 02 Técnicos em Enfermagem e 01 Condutor Socorrista.

A Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003, tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no SUS. Para viabilizar tal política, o SAMU designa-se ao atendimento de urgência e emergência em diversos locais, como nas

residências, locais de trabalho e vias públicas. Para acionar o socorro, deve-se realizar uma ligação, não tarifada, para o telefone 192, que, após a identificação da emergência, contará com o médico regulador que dará orientações à pessoa que fez a chamada sobre as primeiras ações para iniciar o atendimento no mesmo instante⁷.

Segundo dados estatísticos gerados pelo sistema de informação do SAMU de Sete Lagoas no ano de 2008, foram realizadas 11.362 ocorrências, sendo 90% atendidas pelas Unidades de Suporte Básico (USB), 9% pela USA e 1% pelo transporte sanitário.

Considerando os seis anos e meio da existência desse serviço no município e o índice alarmante da violência intencional, em especial as tentativas de autoextermínio, este estudo se torna relevante, pois irá avaliar a situação da violência na região e permitir desenvolver trabalhos envolvendo os setores da saúde, educação e segurança pública na prevenção e controle dos agravos.

É imprescindível que esses diagnósticos sejam amplamente discutidos com todos os atores sociais envolvidos na promoção, prevenção, atenção e recuperação aos agravos à saúde, envolvendo conselhos de saúde, gestores de saúde, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços, usuários, conselhos de classe, educação, promoção social, segurança social, transporte e outros⁸.

Este estudo justifica-se pelo limitado número de trabalhos regionalizados que consideram as características demográficas, sociais, econômicas e culturais na cidade de Sete Lagoas e região. Portanto, tem como objetivo identificar as características epidemiológicas das vítimas de tentativa de autoextermínio atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Sete Lagoas e região no período de janeiro a julho de 2009.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal exploratório que utilizou os dados fornecidos pelo SAMU do município de Sete Lagoas-MG e região, no período de janeiro a julho de 2009. Foram analisadas 115 fichas de vítimas atendidas pelas USBs e USA do SAMU de Sete Lagoas-MG, vítimas de tentativa de autoextermínio no período de janeiro a julho de 2009.

A coleta dos dados ocorreu na sede administrativa do SAMU, utilizando-se das Fichas de Atendimento

Pré-Hospitalar (FAPH). A FAPH é um documento preenchido pelos profissionais de saúde do SAMU: Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, em todas as ocorrências das USBs e USAs, com inúmeras variáveis existentes indispensáveis para a pesquisa, sendo abordadas: local e data da ocorrência, idade, sexo, tipo de ocorrência, achados clínicos da vítima, sinais vitais, escala de coma de Glasgow (ECGL), Trauma Score (TS), intervenções terapêuticas realizadas, destino da vítima, suspeita de uso de álcool/droga, locais e tipo da lesão, intercorrências.

As informações foram registradas em instrumento de coleta de dados elaborado para melhor identificação das variáveis da pesquisa. Posteriormente, apresentadas em percentuais estatísticos em forma de gráficos para discussão.

Dentre as limitações deste estudo, destacaram-se o preenchimento incompleto de algumas FAPHs, dificuldade de obtenção de dados decorrentes do tipo de exposição, acesso ao local do evento e ocultação das informações colhidas da própria vítima e de terceiros. Somado a esses fatores, há ainda dificuldade em avaliar se o episódio foi acidental ou se houve uma intenção suicida⁹.

Os problemas de registro que impedem ou dificultam as análises mais específicas devem-se, em grande maioria, ao valor social da morte ocorrida por um evento incluído entre as causas externas. Isso nos leva a crer que os dados continuam subestimados no que tange o aumento em sua frequência¹⁰.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da PUC Minas, sob o CAAE – 0520.0.000.213-10, conforme as diretrizes da Resolução 196/96, pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando os preceitos éticos do estudo¹¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conhecimento das taxas de prevalência e incidência do suicídio e da tentativa de suicídio nas diversas populações, além dos fatores considerados de risco, possibilita o delineamento de estratégias preventivas e clínicas, envolvendo a identificação precoce do risco e a intervenção em crise¹².

A taxa mundial de suicídio, segundo dados da Organização Mundial de Saúde em 2000, é estimada em torno de 16 por 100 mil habitantes, com variações conforme sexo, idade e país. Estima-se que as tentativas de suicídio sejam 20 vezes mais habituais do que os suicídios con-

sumados. Observou-se um aumento de 60% nos índices de suicídio nas últimas cinco décadas, considerando-se os dados do mundo inteiro¹³.

A morte por suicídio passou a ocupar a terceira posição entre as causas mais frequentes de falecimento na população de 15 a 44 anos de idade em alguns países. O grupo de maior risco, tradicionalmente, é o idoso do sexo masculino. Contudo, os índices de suicídio têm aumentado entre pessoas jovens, sendo que, em 30 países, os jovens representam o grupo de maior risco¹².

No primeiro semestre de 2009, o SAMU Sete Lagoas atendeu 6306 ocorrências, que compuseram a população deste estudo; destas, 115 foram vítimas de tentativa de autoextermínio, representando então a amostra do estudo. Observou-se que 59 (51%) eram do sexo feminino, 54 (47%), do sexo masculino e 2 casos (2%) tiveram sexo ignorado, pois não havia descrição do gênero na ficha de atendimento. Esses dados revelam um número proporcional desse agravo na distribuição por sexo.

Estudos realizados pela prefeitura de Belo Horizonte sobre acidente e violência em 2006 na região metropolitana analisaram o percentual dessas ocorrências em prontos atendimentos de referência. Os resultados demonstraram um equilíbrio na relação entre homens e mulheres nos acidentes por quedas, queimaduras e tentativas de autoextermínio¹⁴.

Problemas de relacionamento familiar ou de namoro entre os jovens e problemas de ordem financeira e/ou conjugais entre os adultos jovens são as maiores causas que levam à tentativa de suicídio. Após essas faixas etárias, as ocorrências de suicídio fundamentam-se por vivências de depressão, perda, frustração e sofrimento emocional¹⁵.

No entanto, existem diferenças entre os sexos no que tange a letalidade do intento em função das construções de gênero. Os homens, embora acometidos com menor frequência, apresentam alta taxa de mortalidade por este agravo já que utilizam métodos mais eficazes e, portanto, apresentam êxito em suas tentativas. A população feminina é mais frequentemente acometida por este agravo e como tem menos êxito devido aos métodos utilizados (drogas menos tóxicas, ou doses menos letais) há maior incidência de recidivas de tentativas de autoextermínio e quadros psicóticos e depressivos que sustentam este panorama^{16,17,18}.

As mulheres escolhem métodos menos invasivos para não mutilarem sua aparência, enquanto os homens pre-

ferem métodos mais agressivos que evidenciam sua força e virilidade¹⁹.

Conclui-se a respeito da distribuição deste agravo por sexo que as mulheres têm comportamento suicida com maior constância e fazem mais tentativas de autoextermínio, entretanto os homens cometem mais suicídio já que seu intento na maioria das vezes obtém sucesso.

Em estudo com adolescentes solteiras e grávidas – detectou-se uma elevada prevalência de ideação suicida e história de tentativa de suicídio prévio nessa população. Constatou-se, ainda, que cerca de 14% dessas adolescentes haviam tentado suicídio anteriormente e, no momento em que foram avaliadas, 17% apresentava ideação suicida, o que foi associado estatisticamente à presença de depressão, ansiedade, pouco apoio social¹⁸.

Acredita-se que as mulheres em situação econômica menos favorável atribuem maior valor ao estabelecimento de um vínculo afetivo com um parceiro do sexo oposto, o qual representa segurança e autonomia. Consequentemente, a perda ou ausência desse parceiro, associado ao período de vulnerabilidade emocional da gestação, são fatores predisponentes e contribuintes à manutenção de um estado depressivo e da tentativa de suicídio pelas mulheres¹⁰.

Observa-se menor ocorrência de suicídio consumado entre as mulheres, como já exposto, fato que também atribui-se à baixa prevalência de alcoolismo; à religiosidade; às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais; e ao desempenho de papéis durante a vida. Além disso, as mulheres reconhecem precocemente sinais de risco para depressão, suicídio e doença mental, buscam ajuda em momentos de crise e participam mais das redes de apoio social.

Paradoxalmente, o desempenho da masculinidade envolve comportamentos que predis põem ao suicídio: competitividade, impulsividade e maior acesso a tecnologias letais das armas de fogo. A falência em cumprir o tradicional papel de gênero, que para o homem significa constituir o provedor econômico da família, é fator de estresse para essa população. Inseridos na cultura patriarcal e sujeitos às intempéries da economia mundial, os homens são mais sensíveis a reveses econômicos como desemprego e empobrecimento e, consequentemente, mais propensos ao desespero, depressão e suicídio²⁰.

Dentre as causas mais frequentes do suicídio estão as perdas interpessoais, dificuldades de relacionamento amoroso e histórias de violência física, verbal e sexual além de sentimentos de isolamento, desesperança e bai-

xa autoestima, que culminam inicialmente na ideação e depois na tentativa de suicídio. Essa ideação e comportamento suicida entre jovens estão associados aos transtornos depressivos, à incapacidade em sintetizar soluções para seus problemas e à falta de estratégias de manejo para lidar com estressores imediatos, principalmente rejeições, fracassos, perdas, negligências e discórdias familiares¹⁸.

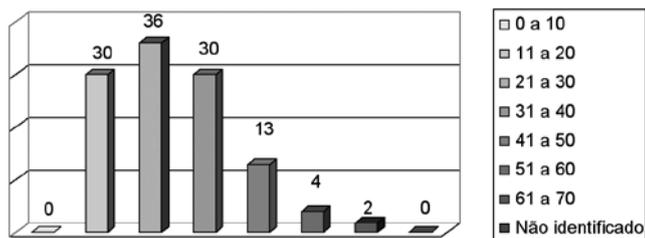
Há evidências de que a decisão de tirar a própria vida é tomada pouco tempo antes de o ato ser perpetrado, denotando elevada impulsividade do ato. Esse aspecto reforça o efeito protetor da restrição do acesso a métodos letais entre populações com risco para este agravo¹².

Os resultados sugerem, ainda, a necessidade de desenvolvimento de medidas preventivas e apontam elementos para avaliação, identificação precoce e intervenção nas situações de risco de suicídio.

Ao considerar a faixa etária, observa-se que 30 casos atendidos encontram-se na faixa etária dos 11 aos 20 anos – 26%, 36 casos dos 21 aos 30 anos – 31,3% e 30 casos dos 31 aos 40 anos – 26%. Percebe-se a prevalência das vítimas de adolescentes e adultos jovens (83,3%), conforme demonstrado na Figura 1.

Diante desses resultados, podemos afirmar que os dados obtidos conferem com os dados mundiais das estatísticas sociodemográficas relacionadas com a distribuição do agravo estudado por faixa etária: maior risco de suicídio entre 15 a 35 anos ou acima de 75 anos, que não foi o caso deste estudo, mas é frequente na Europa e região escandinava. Ainda, extratos econômicos extremos; muito rico, que também não é o caso do estudo ou muito pobre e residentes em áreas urbanas, desempregados e perdas recentes do emprego²¹.

Figura 1
Distribuição das vítimas de tentativa de autoextermínio por Faixa Etária atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Sete Lagoas e região (SAMU) – janeiro a junho de 2009 (n=115).



Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Quanto às substâncias utilizadas nas tentativas de suicídio, constatou-se a facilidade de acesso aos medicamentos praguicidas de uso doméstico ou rural produtos agropecuários e de limpeza. Entre as condições que favorecem a excessiva exposição da população aos produtos químicos, podem ser apontadas a falta de controle federal sobre a produção, distribuição e comercialização dos medicamentos no Brasil¹⁸.

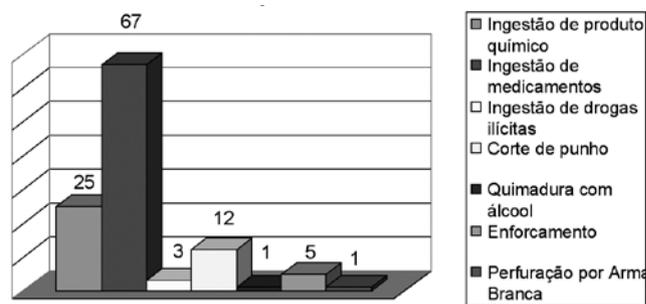
O estímulo à automedicação pela mídia, a ausência de assistência farmacêutica primária, a prescrição médica indiscriminada de drogas psicoativas, o armazenamento caseiro inadequado e as embalagens impróprias agravam as condições que levam ao suicídio. Além disso, a desinformação da população leiga e de profissionais da saúde a respeito da toxicidade das substâncias químicas contribui para o grande número de intoxicações acidentais e/ou intencionais na adolescência e juventude no País¹⁸.

Os dados que se referem aos métodos utilizados na tentativa de autoextermínio estão relacionados por agente na Figura 2.

O uso de medicamento foi evidenciado em 67 casos; os mais comuns foram os ansiolíticos, antidepressivos, analgésicos e anticonvulsivantes, certamente devido à facilidade de acesso a esses fármacos. Um fator que dificulta a avaliação nos casos de tentativa de suicídio por medicamento é o fato de a intenção ser dificilmente possível de ser estabelecida e ser até mesmo negada/omitida pelo paciente^{22,23}.

Nos cinco casos de autoextermínio por enforcamento atendidos pelo serviço, houve prevalência absoluta do sexo masculino, o que demonstra a agressividade no ato, refor-

Figura 2
Distribuição do tipo de agente utilizado na tentativa de autoextermínio atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Sete Lagoas e região (SAMU) – janeiro a junho de 2009 (n=115).



Fonte: Fonte da pesquisa, 2010.

çando os achados dos estudos já citados que relacionam tal característica da conduta suicida ao gênero masculino.

Quanto ao atendimento, prevaleceu a USB, com 93% do atendimento. O fluxo de atendimento no SAMU é disparado a partir da solicitação do usuário realizada através do número 192; 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.

Essa comunicação da regulação para as unidades móveis é realizada por rádio, gerando, assim, a ocorrência e o empenho da ambulância; inicia-se o preenchimento da FAPH com os dados iniciais: nome, idade, endereço, tipo de ocorrência, tempo de saída da unidade até o retorno à base. A complementação do preenchimento dos dados clínicos da vítima e da situação da cena é realizada no local da ocorrência e finaliza-se ao final do transporte desta para o hospital, em alguns casos com alta no local e recusa do atendimento.

Houve predomínio no atendimento das vítimas de tentativas de autoextermínio pelas USBs, totalizando 93% das ocorrências e somente 7% foram realizadas pela USA, considerando a gravidade dos casos mediante o chamado e a disponibilidade de ambulâncias no momento do empenho.

A USA é tripulada por um médico, um enfermeiro e um condutor, e a USB é tripulada por dois técnicos de enfermagem e um condutor, estando diretamente em subordinação técnica à regulação médica.

As unidades de urgência são locais devidamente preparados para o atendimento de pessoas que apresentam casos agudos ou crônicos de agravos à saúde. É dotado de toda a estrutura para a prestação de um atendimento capaz de priorizar as condições ameaçadoras da vida, estabelecendo o tratamento de acordo com a gravidade e realizando o transporte da vítima.

O Ministério da Saúde instituiu, em 5 de novembro de 2002, a Portaria n. 2.048/GM, que dispõe sobre os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, elaboração dos planos estaduais de atendimento às urgências, regulação médica e transporte inter-hospitalar. Além disso, essa Portaria defere as diretrizes para o atendimento hospitalar e o atendimento pré-hospitalar móvel e fixo das urgências e emergências⁷.

Quando considerado o desfecho da tentativa de autoextermínio, este estudo evidenciou que há um predo-

mínio no encaminhamento das vítimas para hospitais de referência (87%) e, em sete casos, houve óbito na cena do evento (6%). Tal fato pode estar relacionado à precocidade do atendimento, por existir atualmente um componente pré-hospitalar que cumpre o papel definido na portaria 2048, que considera como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência o atendimento que procura chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde.

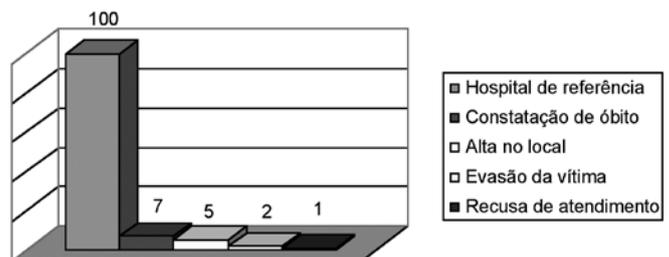
Dessa forma, com a intervenção da equipe do APH, mais vítimas graves chegam ao hospital com vida, tendo, assim, maior potencial de recuperar a saúde do que se não tivessem sido rapidamente assistidas no local, estabilizadas e encaminhadas aos serviços de referência da rede de saúde.

A Figura 3 demonstra o desfecho das vítimas atendidas pelo serviço.

Visto que o suicídio é um ato complexo e multifatorial, a equipe deve realizar intervenções específicas no APH para restabelecer o quadro clínico da vítima, na tentativa de diminuir as complicações e estabilizá-lo para o transporte seguro. Para cada agravo, existe um protocolo de atendimento com intervenções específicas, como acesso venoso, soroterapia para hidratação e alcalinização do sangue, sondagem gástrica e lavagem, oxigenoterapia e monitorização dos sinais vitais. Os resultados que revelam as intervenções específicas realizadas na amostra estão apresentados na Figura 4.

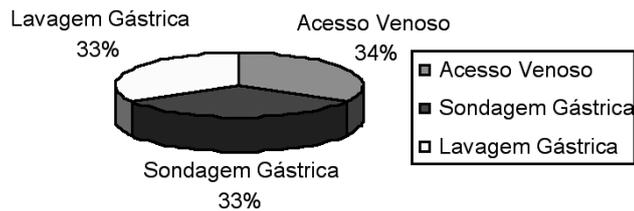
Observa-se, neste estudo, que o método mais procurado para efetuar o autoextermínio foi à ingestão de medicamentos, sendo assim, justifica-se que as intervenções iniciais apontem a soroterapia, sondagem e lavagem

Figura 3
Desfecho dos casos de tentativa de autoextermínio atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Sete Lagoas e região (SAMU) – janeiro a junho de 2009 (n=115).



Fonte: dados da pesquisa, 2010.

Figura 4
Intervenções realizadas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Sete Lagoas e região (SAMU) às vítimas atendidas após tentativa de autoextermínio – janeiro a junho de 2009 (n=115).



Fonte: dados da pesquisa, 2010.

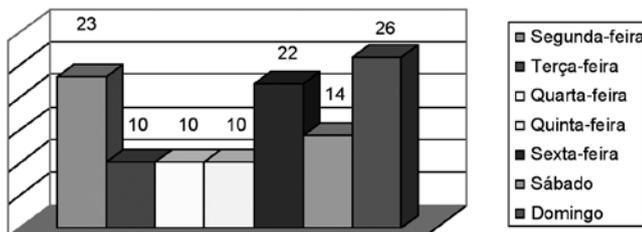
gástrica e como meios para retardar a absorção dos medicamentos e os efeitos tóxicos de sua dosagem.

Em relação aos dias da semana, observou-se maior número de tentativas de autoextermínio em três dias específicos; segunda-feira, sexta-feira e domingo, conforme demonstrado na Figuras 5.

Quanto à distribuição do agravo por dias da semana, os dias que antecedem e precedem o fim de semana exacerbam as emoções das pessoas, principalmente a solidão, angústia, depressão e desespero, que foram identificados como causadores do comportamento suicida.

Percebe-se que o comportamento suicida é consequência de situações multifatoriais e necessita de uma política pública voltada para a sua prevenção por meio de melhoria da qualidade de vida da população, em todos os aspectos: educação, saúde, lazer, trabalho, moradia, igualdade social, além de medidas voltadas para o combate à violência e ao uso de drogas.

Figura 5
Distribuição dos atendimentos das vítimas de tentativa de autoextermínio por dia da semana atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Sete Lagoas e região (SAMU) – janeiro a junho de 2009 (n=115).



Fonte: dados da pesquisa, 2010.

CONCLUSÃO

Sobre as vítimas de tentativa de autoextermínio atendidas pelo SAMU de Sete Lagoas e região, no período de janeiro a junho de 2009, pode-se afirmar que se distribuíram equitativamente por sexo; houve predominância de adolescentes e adultos jovens (faixa etária entre 11 aos 40 anos de idade); e prevalência maior de ingestão de medicamento como método escolhido para o intento suicida. Foram atendidas em sua maioria pelas USBs e encaminhadas ao hospital de referência.

Com o aumento da prevalência da mortalidade por causas externas entre jovens e especificamente do autoextermínio, percebe-se um impacto negativo no mercado de trabalho, no futuro da carreira profissional, na organização familiar, além da elevação dos gastos com a saúde com tratamento hospitalar, reabilitação e inserção social.

Em alguns casos, a tentativa de autoextermínio poderá deixar sequelas irrecuperáveis, com comprometimento no cotidiano da pessoa e de seus familiares, impactando na desestruturação familiar e social.

Tendo em vista que a tentativa de autoextermínio evidencia um ato complexo e multifatorial, se faz necessário a integração de estratégias para visualizar o problema, de modo a abranger todas as suas interfaces, a fim de elucidar melhor as suas possíveis causas.

O estudo demonstrou que o SAMU tem um papel significativo e de impacto positivo no atendimento às vítimas de tentativa de autoextermínio, sobretudo em relação ao tempo resposta no atendimento, avaliação inicial e intervenções terapêuticas precoces e indispensáveis na recuperação da vítima, evitando possíveis complicações e otimizando a melhora do quadro clínico. Percebe-se que, com a criação do componente pré-hospitalar e com os avanços no atendimento, foram minimizadas as complicações advindas de um atendimento tardio. Obviamente, associa-se a isso o esforço despendido pela equipe assistencial para preservação da vida, seu investimento, capacitação, treinamento e constante aprimoramento técnico e científico para manter-se nessa função.

Observa-se a necessidade de intervenções das práticas de promoção a saúde na atenção primária, com o objetivo final de prevenir o comportamento suicida. Nesse contexto, a composição da equipe interdisciplinar é fundamental para desenvolver trabalhos na comunidade com ênfase na saúde física e psíquica, lazer, educação, acesso à segurança e saúde para prevenção do suicídio, além da capacitação

dos profissionais de saúde, a possibilitar a identificação de fatores de risco, acompanhamento e controle na dispensação de medicamentos que causam dependência química, bem como, o conhecimento sobre a realidade de saúde da sua população.

Evidencia-se que não só o município e região estudados, como o País, necessitam de políticas voltadas para diminuição das desigualdades por meio do acesso facilitado às necessidades básicas e ao crescimento econômico. Os órgãos governamentais, incluindo Saúde e Vigilância, têm papel primordial no controle desses agravos, por meio da

implementação de políticas públicas que garantam uma real promoção da saúde, com acesso igualitário à saúde, educação, lazer, transporte, trabalho, moradia, combate ao uso das drogas, violência e desigualdade social.

Os resultados apresentados neste estudo, embora consistentes e consonantes com a literatura específica, precisam ser avaliados à luz de outras realidades e de outras abordagens do fenômeno estudado. Este estudo, como todo trabalho de pesquisa, apresenta suas limitações e abre espaço para novas pesquisas que desvelem o fenômeno do suicídio e da violência em maior complexidade.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira AMF, Luis MAV. Suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes: um estudo epidemiológico. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 1997;5(supl especial).
2. Mendonça ET, Souza LV. A violência doméstica contra a mulher como questão de saúde pública. *Rev Enferm UFPE on line [Internet]*. 2010 [citado 17 Dez 2010];4(2):429-36. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/666/pdf_6
3. Neves CLD, Mayer ROM. Mortes por homicídio em Belo Horizonte em 1991. Belo Horizonte: [s.n.]; 1993.
4. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. Acidentes e violências. In: Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. *A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
5. Gawryszewski VP, et al. atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008 [citado 13 jul 2009];24(5):1121-9.
6. Sanches S, Duarte SJH, Pontes ERJC. Caracterização das Vítimas de Ferimentos por Arma de Fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. *Saúde Soc*. 2009;18(1):95-102.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048, de 5 nov 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atendimento a Urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Barros MBA. As mortes por suicídio no Brasil. In: Cassorla RMS. *Do Suicídio: Estudos Brasileiros*. São Paulo: Papirus; 1991.
10. Cassorla RMS. Jovens que tentam suicídio. Antecedentes mórbidos e de condutas autodestrutivas. Um estudo comparativo em jovens normais e com problemas mentais. *J Bras Psiq*. 1984;33(2):93-8.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS – Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 83-91.
12. Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54(2):146-54.
13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [citado 13 Jul 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/estimativa.shtm>
14. Minas Gerais, Belo Horizonte (Município). Acidentes e Violências em Belo Horizonte. Pesquisas em Belo Horizonte em serviços sentimentais. Prefeitura de Belo Horizonte. Boletim de acidentes e violências; 2006. p. 14.
15. León LM, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3).
16. Heskett J, Castro AG. Perfil Epidemiológico dos atendimentos realizados nos Centros de Toxicologia de seis hospitais universitários do Brasil de 1994 a 1996. Centro de Controle de Intoxicações [citado Out 2007]. Disponível em: http://www.hc.unicamp.br/servicos/cci/peri_l_new.html
17. Zambolim CM, et al. Perfil das intoxicações exógenas em um hospital universitário. *Rev Médica Minas Gerais*. 2008;18(1):5-10.
18. Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras*. 2002;48(3):245-9.
19. Parente ACM, Soares RB, Araújo ARD, Cavalcante IS, Monteiro CFS. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital no Nordeste Brasileiro. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(4):477-81.

20. Meneghel SN, et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. Rev Saúde Pública. 2004;38(6).
 21. WHO. World Health Organization. The World Health Report 2003: Shaping the future. Geneve: WHO; 2003.
 22. Avanci RC, Pedrão LJ, Júnior MLC. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. Rev Brasileira Enferm. 2005;58(5):535-9.
 23. Rios DP, Bastos FM, Cunha LC, Valadares MC. Tentativa de suicídio com o uso de medicamentos registrados pelo CIT-GO nos anos de 2003 e 2004. Rev Eletrôn Farmácia. 2005;2(1):6-4.
-

Recebido em: 8 de novembro de 2010.
Versão atualizada em: 16 de dezembro de 2010.
Aprovado em: 27 de janeiro de 2011.