

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO  
JURUENA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**PAULA SOUZA SANTOS**

**O PERFIL DE PACIENTES COM RISCO PARA SUICÍDIO NUM CENTRO  
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MATO GROSSO**

**Juína-MT  
2017**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO  
JURUENA**

**PAULA SOUZA SANTOS**

**O PERFIL DE PACIENTES COM RISCO PARA SUICÍDIO NUM CENTRO  
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MATO GROSSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena, como a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação do Profa. Dr<sup>a</sup>. Leda Maria de Souza Villaça.

**Juína-MT**

**2017**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE  
DO JURUENA**

**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

SANTOS, Paula Souza. **O Perfil De Pacientes Com Risco Para Suicídio Num Centro De Atenção Psicossocial Em Mato Grosso**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) Faculdade De Ciências Contábeis e Administração Do Vale Do Juruena, Juína-MT, 2017.

**Data da defesa: 21/11/2017**

**MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:**

---

**Presidente e Orientador: Profa. Dra. Leda Maria de Souza Villaça**

Faculdade De Ciências Contábeis e Administração Do Vale Do Juruena.

---

**Membro Titular: Profa. Dra. Nadie Cristina Ferreira Machado Spence**

Faculdade De Ciências Contábeis e Administração Do Vale Do Juruena

---

**Membro Titular: Profa. Esp. Lídia Catarina Weber**

Faculdade De Ciências Contábeis e Administração Do Vale Do Juruena

**Local:** Associação Juinense de Ensino Superior

AJES – Faculdade De Ciências Contábeis e Administração Do Vale Do Juruena

**AJES** – Unidade Sede, Juína-MT

## DECLARAÇÃO DE AUTOR

Eu, Paula Souza Santos, portador da Cédula de Identidade – RG nº183.7625-8 SSP/MT, e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF sob nº 030.561.961-67, DECLARO e AUTORIZO, para fins de pesquisa acadêmica, didática ou técnico-científica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado O Perfil De Pacientes Com Risco Para Suicídio Num Centro De Atenção Psicossocial Em Mato Grosso, pode ser parcialmente utilizado, desde que se faça referência à fonte e ao autor.

Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referência à fonte e ao autor.

---

Juina- MT \_\_\_\_de \_\_\_\_\_ de 2017

## DEDICATÓRIA

Ao meu Deus que ajudou-me nesta formação; à minha mãe Marta de Souza por ter segurado minha mão nesta caminhada; ao meu marido Tiago da Costa Silva, sendo companheiro e amigo, cuidando da nossa pequena princesa no momentos, em que eu estava ausente; à minha sogra Maria Costa Silva por ter sido uma verdadeira mãe para minha família. Minha filha Ludimila Souza Santos Silva, que é meu motivo de viver. Ao meu amigo João Pedro da Silva Junior, que ajudou nos momentos difíceis que passei na graduação. E alguns professores que eu vou levar para sempre no meu coração. E a todos que um dia tentaram o suicídio e hoje tem motivos de viver.

## **AGRADECIMENTO**

Quero primeiramente agradecer a Deus, e ao Espírito Santo por ser meu consolador, ajudando-me a seguir em frente, segurando-me em seu colo nos momentos difíceis.

Quero agradecer a todos que me ajudaram a chegar aqui: minha mãe Marta de Souza, meu marido Tiago da Costa Silva, minha filha Ludimila Souza Santos Silva, minha sogra Maria da Costa Silva, meu amigo Joao Pedro da Silva Junior e minha amiga Rosimeire, minha coordenadora enfermeira Eliane Paixão, minha orientadora Dra. Leda Maria de Souza Villaça. Todos ajudaram muito para eu chegar até aqui; agradeço a Deus por ter colocado vocês na minha vida.

**UMA CRISE SUICIDA...**

**Paula Souza Santos**

**Tic Tac Tic Tac**

**Vento batia na janela**

**E fechava os olhos e vinha a tempestade**

**Água inundava meu quarto, com gosto salgado**

**O corpo era um compasso indo e vindo**

**Ali até sangue saía da alma**

**Oooooo suspirava nos meus ouvidos**

**Mãos tremiam.**

**Medo?**

**Tic tac tic tac**

**A esperança, cadê?**

**Sumiu com a inocência**

**O filme passava com as histórias.**

**Protagonista era eu mesma**

**Queria um final**

**E busquei o final**

**Estava em cima da mesa**

**E ouvindo meus pensamentos fui...**

**Tic tac tic tac**

**Acordei com cheiro da destruição.**

**Estava eu buscando fim ...**

**Qual será?**

**Só Deus tem a resposta.**

## RESUMO

**Introdução:** A palavra suicídio é derivada do latim “auto-assassínio” e caso seja bem sucedido, o suicídio representa a vontade do indivíduo de morrer. As tentativas de suicídio atentam de forma genérica, como ação proposital de auto-agressão que não resulta em morte. **Objetivos:** Analisar o perfil do paciente com risco de suicídio e/ou que tentaram o suicídio, entre os frequentadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Mato Grosso, nos anos 2015 a 2017. **Método:** A pesquisa é quantitativa, documental, exploratória com base nas informações epidemiológicas dos prontuários dos pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial em Mato Grosso, sem, no entanto, identificá-los, no período de 2015 a 2017. **Resultados:** O estudo verificou que o perfil dos pacientes que tentaram o suicídio e que possuem o risco para suicídio e encontram-se em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial de Mato Grosso, é composto predominantemente de mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, casadas, com mais de 9 anos de estudo, são donas de casa, residem no bairro Módulo 05 e bairro Módulo 04, a maioria já tentou mais de um vez o suicídio, e a patologia da maioria a depressão. **Considerações finais:** Porém, destaca-se a importância do desenvolvimento da escuta terapêutica como, instrumento de enfrentamento das angústias mentais que podem, inclusive levar à tentativa de suicídio e suicídio. Deve ser desenvolvida por todos os profissionais de saúde nos diferentes serviços assistenciais, como forma de detecção e intervenção na ideação suicida. Ressalta-se o compromisso do enfermeiro, no processo de cuidar, com a escuta terapêutica e com princípios da Atenção Básica no que se refere ao vínculo, à humanização e à resolutividade.

**Palavras-chave:** Tentativas de suicídio, Risco de Suicídio, Centro de Atenção Psicossocial.



## ABSTRACT

**Introduction:** The word suicide is derived from the Latin "self-murder" and if successful, suicide represents the will of the individual to die. **Objectives:** The aim of this study is to analyze the profile of patients at risk of suicide and / or who attempted suicide among those attending a Psychosocial Care Center in Mato Grosso, in the years 2015 to 2017. **Method:** The research is quantitative, documentary, exploratory based on the epidemiological information of patients' records of a Psychosocial Attention Center in Mato Grosso, without, however, identifying them in the period from 2015 to 2017. **Results:** The study found that the profile of patients who attempted suicide and who are at risk for suicide at a Psychosocial Care Center in Mato Grosso, are predominantly women aged 20 to 39 years, married, with more than 9 years of study, are housewives, reside in the neighborhood Module 05 and neighborhood Module 04, most have tried more than once suicide, and the pathology of the majority is depression. **Final considerations:** However, the importance of the development of therapeutic listening as an instrument of coping with the mental anguish that may even lead to suicide and suicide attempts is highlighted. It should be developed by all health professionals in different care services, as a way of detecting and intervening in suicidal ideation. Emphasis is placed on the commitment of the nurse in the process of caring, with therapeutic listening and with principles of Basic Attention regarding bonding, humanization and resolution.

**Keywords:** Attempts of suicide, Risk of Suicide, Center for Psychosocial Attention.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> Distribuição de casos de tentativa de suicídio e de pessoas com risco para suicídio no ano de 2015 a setembro de 2017. JUÍNA-MT.....	27
<b>Tabela 2:</b> Idade, estado civil e gênero num CAPS em MT, das pessoas com risco para o suicídio de Janeiro de 2015 a Setembro de 2017: .....	29
<b>Tabela 3</b> Escolaridade, ocupação, local de residência, religião, tabaco e etilista, patologias psiquiátricas associadas ao risco de suicídio, mutilação e tentativas de suicídios. ....	33

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Taxa de mortalidade 100 mil habitantes; por suicídio na população adulta no Brasil 2010-2015 .....	14
<b>Figura 2:</b> Taxas de suicídios no Mundo (homem/mulher 2012).....	15
<b>Figura 3:</b> Taxa global de suicídio desde 1950 e projeção para 2020(Feminino e Masculino) .....	32

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1 MATERIAL E MÉTODOS: .....	25
1.1 TIPO DE ESTUDO .....	25
1.2 COLETAS E TRATAMENTO DOS DADOS .....	25
1.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	26
1.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	26
1.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS: .....	26
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
2.1 O QUE É SUICÍDIO? .....	17
2.2 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DO SUICÍDIO .....	19
2.3 RELIGIÃO E SUICÍDIO .....	20
2.4 O SUICÍDIO NO BRASIL .....	21
2.5 POLITICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA O SUICÍDIO .....	22
2.6 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DO PACIENTE COM RISCO DE SUICÍDIO. ....	24
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>27</b>
3.1 A OCORRÊNCIA DE TENTATIVAS DE SUICÍDIOS E RISCO DE SUICÍDIO ENTRE OS FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MATO GROSSO, NOS ANOS DE 2015 A 2017. ....	27
3.2 PERFIL DOS PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO E/OU QUE TENTARAM O SUICÍDIO NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MATO GROSSO. ...	29
3.2.1 Idade, Estado Civil e Gêneros: .....	29
3.2.2 Escolaridade, Ocupação, Local de Residência, Religião, Tabaco e Etilista, Patologias Psiquiátrica Associadas ao Risco de Suicídio, Mutilação e Tentativas de Suicídios. ....	33
3.2.3 Escolaridade .....	35
3.2.4 Ocupação .....	36
3.2.5 Localidade .....	36
3.2.6 Religião .....	37
3.2.7 Uso frequente de Tabaco e Etilismo .....	38
3.2.8 Patologias Psiquiátricas Associadas ao Risco de Suicídio .....	38

3.2.9 Mutilação .....	39
3.2.10 Tentativas de Suicídio .....	39
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>47</b>

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o perfil de pacientes com risco de suicídio entre os frequentadores de um Centro de Atenção Psicossocial no estado de Mato Grosso, no período de 2015 a 2017. O interesse por esse assunto surgiu a partir da convivência com pacientes em depressão, cuja manifestação determinava a necessidade de vigilância e cuidado constante para diminuir ou amenizar o risco de suicídios. Na minha formação acadêmica deparei com várias situações, nas quais, os profissionais de enfermagem ainda permanecem com posturas preconceituosas e discriminadoras em relação ao paciente com risco de suicídio, ou seja despreparados para detectarem ou aceitarem que estes usuários necessitam de ajuda e cuidado.

O tema dessa pesquisa é importante para compreender e esclarecer os aspectos: biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais que envolvem a motivação pelo suicídio. O estudo proporcionará ao profissional de enfermagem dados necessários para construir e desenvolver uma prática eficaz, no atendimento ao paciente, no auxílio dos familiares e na sociedade. Faz-se necessário ao profissional da saúde compreender e intervir nesse problema de saúde, que nos dias atuais é considerado como um “tabu”.

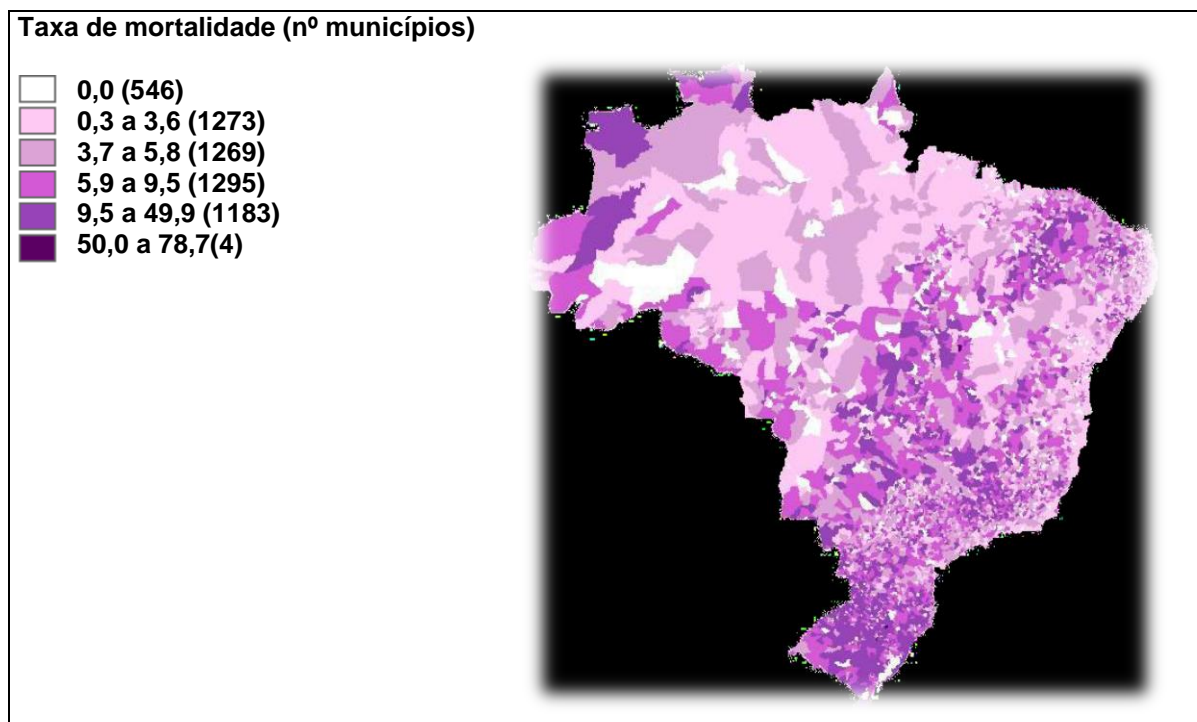
A palavra suicídio é derivada do latim “auto-assassínio” e caso seja bem sucedido, o suicídio representa a vontade do indivíduo de morrer. As tentativas de suicídio atentam de forma genérica, como ação proposital de auto-agressão que não resulta em morte (VIDAL *et. al.*, 2013).

Esse problema de saúde pública envolve múltiplos sentimentos da vítima, familiares e dos profissionais da saúde, direta ou indiretamente. Trata-se de um plano de assistência cercado pelo desconhecimento, medo, preconceito, incômodo, que leva ao silêncio e à dificuldade no cuidar, que ainda é visto como um problema individual. É necessário que esse assunto seja esclarecido à sociedade, além de despertar nas pessoas que o suicídio é uma doença que precisa ser tratada e acompanhada por profissionais da saúde e pela família.

A pesquisa foi desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município em Mato Grosso escolhido, pela concentração de pacientes com

agravos e transtornos mentais, por ser um local de referência para essas doenças no que diz respeito ao tratamento, mas também à prevenção.

Figura 1: Taxa de mortalidade 100 mil habitantes; por suicídio na população adulta no Brasil 2010-2015

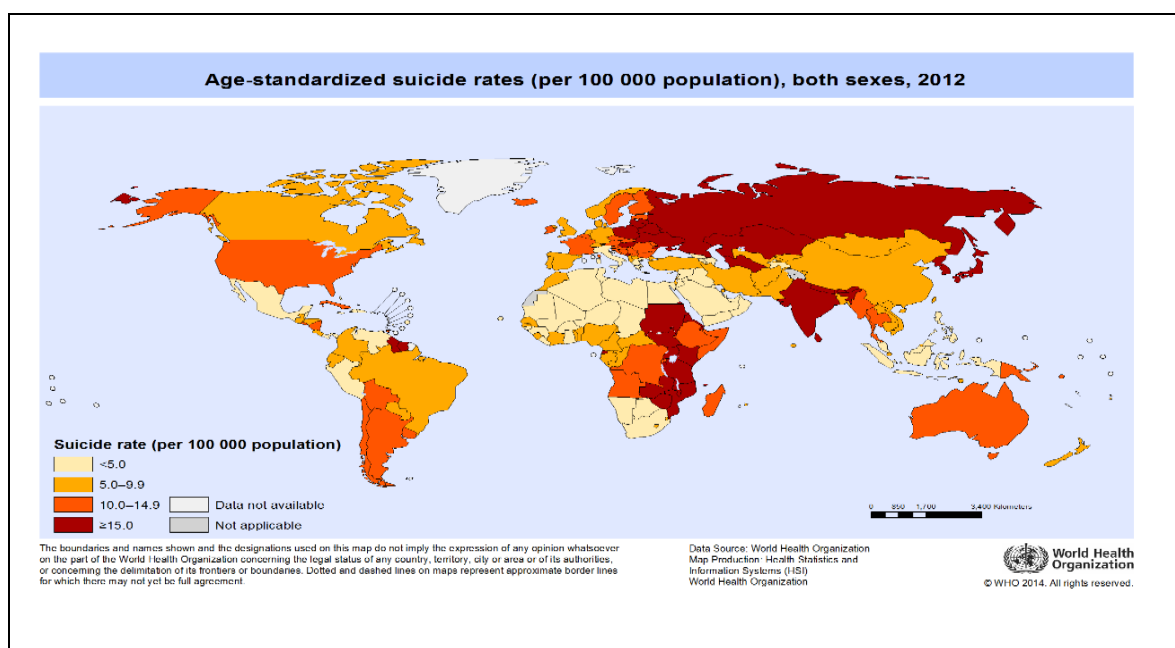


Fonte: Ministério de Saúde

Na Figura 01 observa-se o crescimento anual de suicídio. A região Sul concentra 23% dos suicídios do Brasil, sendo 14% da sua população. Enquanto, o Sudeste concentra 38% dos suicídios, sendo 42% da população. O dado mais recente de número de mortes por suicídios no Brasil foi registrado entre 2011 e 2016, com 62.804 mortes, e as tentativas de suicídios entre os anos de 2011 e 2016, sucederam 48.204 de acordo com Ministério da Saúde (2017).

O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios. Todo ano, mais de 800 mil pessoas colocam fim nas próprias vidas e um número ainda maior de pessoas tentam suicídios. Observa-se que ocorre durante a vida e foi a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo em 2012 (BRASIL, 2017).

**Figura 2 : Taxas de suicídios no Mundo (homem/mulher 2012)**



Fonte: Organização Mundial da Saúde

A figura 02, apresenta os dados de índices de suicídios no mundo no ano de 2012. Os continentes com indicadores mais altos são o Sudeste Asiático, com 17,1 suicídios por 100 mil; a Europa, que chega a 13,8 por 100 mil. Estima-se que os países africanos, os índices são 7 para cada 100 mil, e das Américas, 8,9 por 100 mil. Contudo, esses dados podem apresentar distorções pelas subnotificações.

A Organização Mundial da Saúde, declara que dos 172 Estados participantes da Organização, exclusivamente 60 apresentam os registro, dos dados adequado, e os 112(que representam 71% dos suicídios), são registrados incorretamente.

O estudo demonstra que o risco de suicídio é complexo e desafiador devido ao sofrimento individual, familiar e coletivo, significando grave problema de saúde pública, que tem a ação ligada a fatores biológicos, psicológicos e associados ao contexto socioeconômico.

A humanização constitui em cuidar do paciente em sua totalidade, valorizando o contexto familiar e social, respeitando os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um; compreender o perfil desses pacientes é de suma importância para formular estratégias e proporcionar assistência de enfermagem de qualidade, e ter a possibilidade de intervenções com eficácia que têm como o princípio a prevenção.



Este estudo trata-se de uma pesquisa documental, exploratória com base nas informações epidemiológicas dos prontuários dos pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial em Mato Grosso, sem, no entanto, identificá-los, no período de 2015 a 2017.

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar o perfil do paciente com risco de suicídio e/ou que tentaram o suicídio, entre os frequentadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Mato Grosso, nos anos 2015 a 2017.

Os caminhos a serem percorridos para alcançar tal objetivo são: Identificar a ocorrência de tentativas de suicídios entre frequentadores de um Centro de Atenção Psicossocial Mato Grosso no ano de 2015 a 2017 e Identificar o perfil dos pacientes com risco de suicídio e/ou que tentaram o suicídio num Centro de Atenção Psicossocial em Mato Grosso.

# 1 REVISÃO DE LITERATURA

## 1.1 O QUE É SUICÍDIO?

O suicídio é o ato de pôr fim à própria vida deliberadamente. É a pior de todas as tragédias humanas; não apenas representa a culminância de um sofrimento insuportável para o indivíduo, significa uma dor perpétua e um questionamento torturante, infundável, para os que ficam. O Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais ou DSM-5 é um manual de diagnósticos e estatísticos elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria para definir os diagnósticos de transtornos mentais de uma categoria diagnóstica para transtorno de comportamento suicida e de outra para lesão auto infligida ou não suicida que pode representar-se definitiva para todos os comportamentos suicidas no terreno da psiquiatria. Nos últimos 30 anos, as depressões e o transtorno bipolar polarizaram a preocupação das estratégias da luta contra o suicídio (BERTOLOTE, 2009, DSM-5, 2014).

Para Isaac (1998), são múltiplos os fatores bioquímicos e genéticos que estão relacionados aos distúrbios de humor, como alterações de neurotransmissores (norepinefrina, serotonina, dopamina) evidências de ligação a cromossomas, fatores neuroendócrinos, desequilíbrios eletrolíticos, distúrbios do ritmo circadiano normal, e algumas medicações como ansiolíticos, antipsicóticos, podem acarretar o comportamento suicida.

A crise psicológica desencadeia a incapacidade individual de decisão dos problemas, ligada à condição de desequilíbrio emocional, frequentemente relacionada a grandes transformações, positivas ou negativas. Dessa forma, o usuário se depara com as circunstâncias que avalia ser improvável de resolver, e, mesmo utilizando métodos de enfrentamento já aproveitados anteriormente, que foram capazes de solucionar outras conjunturas, não conseguem resolver a atual situação (BAPTISTA, 2004).

Segundo Carvalho (2012), os comportamentos suicidas dividem-se em três diferentes categorias ou domínios: ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio propriamente dito. E para Videbeck (2012), pacientes com transtornos psiquiátricos, em especial depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, abuso de substância psicoativa, estresse pós-traumático, transtorno da personalidade borderline, doenças

crônicas como câncer, HIV ou AIDS, diabetes, acidentes cerebrovasculares, lesões na cabeça e na medula espinal; e, fatores ambientais, isolamento, perdas recentes, falta de suporte social, desemprego, eventos críticos, todos estes fatores levam o indivíduo ao risco de cometer suicídio.

A ideação suicida constitui pensar em se matar, e na vontade de morrer ou deseja estar morta, mas não tem planos para atentar a própria morte (VIBEBECK, 2012).

As tentativas de suicídio predominam entre o sexo feminino e a realização do ato se dá especialmente entre os homens, de maior idade, associados os seus pretextos deve-se considerar a superior prevalência de transtornos depressivos, e agentes estressores, como perda, frustração e sofrimento emocional, alterações no padrão psicológico e biológico, unidas a uma maior concordância de conduta e exemplo de violência auto infligida, os que tentam os suicídio, as vezes possuem sentimentos contrários em relação a morte, e as tentativas de suicídio podem falhar, pois, trata-se de um pedido de assistência de vontade de viver. Avaliar-se, ainda, que o número de tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos 10 a 20 vezes (SILVEIRA, 2007).

Em geral, os especialistas pouco comprometem-se em classificar os suicídios de alienados: suicídio maníaco deve-se a alucinações, ou a concepções delirantes. O doente se mata para escapar a um perigo ou a uma vergonha imaginários, ou para obedecer a uma ordem misteriosa recebida do alto, etc. Suicídio melancólico está ligado a um estado geral de extrema depressão e tristeza exagerada, que faz com que doente não aprecie de modo sadio as relações que tem com pessoas e coisas que o cercam, os prazeres não lhe atraem; vê tudo pelo lado negativo. Suicídio obsessivo nesse caso, o suicídio não é causado por nenhum motivo, nem real nem imaginário, mas apenas pela idéia fixa da morte que, sem razão aparente, apossa-se totalmente do doente. Suicídio impulsivo ou automático: é tão imotivado quanto o anterior não tem nenhuma razão de ser, nem na realidade, nem na imaginação do doente (DURKHEIM, 2014).

## 1.2 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DO SUICÍDIO

O suicídio é conhecido desde períodos imemoriais, descrito em quase todas as teogonias e mitos sobre a criação do mundo. Na antiga civilização greco-romana pensadores como Platão defendiam o suicídio quando as circunstâncias externas tornavam-se inaceitáveis. Já os filósofos, Sócrates e Aristóteles repudiavam o ato suicida e classificavam-no o como uma ofensa e enfraquecimento da sociedade. No estado romano, a partir do século V, o Imperador Constantino autoritário retirou o direito do indivíduo a tirar sua própria vida, e ao que fazia tal ato, o imperador confiscava os bens do indivíduo suicida e da sua família. E conseqüentemente, esses bens passavam a pertencer ao Estado romano. Dessa forma, as famílias do indivíduo que suicidava ocultava sobre a causa que levou o parente a ir a óbito, isso porque não queriam ficar sem seus bens materiais. Assim, até a vida dos colonos e escravos nesse período da história pertenciam ao senhor Imperador (BERTOLOTE, 2012, BOTEGA, 2015).

O filósofo Hipócrates (400) já tratava o problema como melancolia. Ao falar sobre o assunto, o importante teólogo do período medieval Santo Agostinho (354-430) retratava o “suicídio” como algo relacionado ao pecado. Segundo ele, a vida é um presente de Deus, e quem a tira contraria a vontade dessa Divindade. O teólogo afirma também, que se entregar a morte seria um escape para aliviar-se dos problemas passageiros. Assim, tirar a vida passou a ser um pecado mortal, e os que fazem tal ato, passavam a serem excomungados pela igreja.

Em 1643, o médico inglês Thomas Browne criou a palavra “suicídio”. Em 1801 Philippe Pinel, afirmou que havia uma ligação entre lesões de determinados órgãos internos, que causavam uma sensação dolorosa de existir, Esquirol (1938) considerava que todos os que cometiam suicídio era mentalmente insanos (BERTOLOTE, 2012).

Para o sociólogo David Émile Durkheim (1858-1917), o suicídio é um problema social, fato social, onde o indivíduo age de forma individual, e que as ações deste indivíduo compõem os dados de uma sociedade. Segundo o francês Jean Baecheler, não há ausência mais especificamente sensível que o suicídio, posto que somente o

ser humano seja capaz de refletir, a respeito de sua própria existência e a adotar a decisão de prolongá-la ou de dar-lhe fim.

Para Karl Marx(1818-1883), o número de suicídio está ligado diretamente com as revoluções e crises que o país enfrenta, como na época de revolução industrial em que houve um caráter epidêmico, e conclui que a miséria seja a maior causadora por tentativas de suicídio e atinge todas as classes sociais.

Sadock (2007) relata que Freud analisava, o suicídio como um retorno intenso de ódio que o indivíduo tinha por si mesmo. Em consequência disso, compreendia-se o suicídio como um caráter agressivo ao seu eu.

No ano 1960, o comportamento suicida foi definido pela Organização das Nações Unidas; e somente em 1990 foi considerado um problema de saúde pública. A partir de 2003, a Organização Mundial da Saúde e a Associação Internacional de Prevenção do Suicídio (IASP) formalizou que em 10 de setembro, é considerado o dia mundial de prevenção ao suicídio (BOTEGA, 2000).

### 1.3 RELIGIÃO E SUICÍDIO

A lei judaica condena o suicídio, impedindo cultos fúnebres ao falecido, porém, nos dias atuais, considera uma alternativa aceitável frente à ocorrência de doença mental, tortura, desonra e quebra da castidade. Já nas religiões protestantes, o suicídio é visto como perturbações de espíritos demoníacos. Embora as igrejas protestantes pentecostais condenem o suicídio, fala-se pouco sobre o assunto para seus membros. Entre as religiões afro-brasileiras o Candomblé e Umbanda não possuem uma posição definida em relação ao suicídio (BOTEGA, 2014).

O hinduísmo é bastante ambíguo em relação ao suicídio, ora condenando-o, aceitando-o, promovendo-o. Para o budismo, o primeiro preceito é a abstenção de destruir a vida, incluindo a própria, e não condena, mas considera uma ação negativa. Em relação, ao Islamismo há um paradoxo em relação ao suicídio, ora condena em seu livro sagrado alcorão sobre tal ato, ora exalta como heroísmo quem o faz em nome do ódio ou ressentimento. Para essa fé, o suicídio é como forma extrema de destruição de algo que foi criado por ALÁ, é um dos mais graves dos pecados e para minoria

fundamentalista, ao mesmo tempo o suicídio é ato de heroísmo que invade *Hamas* (BERTOLOTE, 2016).

A religião espírita, de Allan Kardec, traz inúmeras literaturas falando sobre o ato suicida como livre-arbítrio, condenável sob qualquer aspecto ou pretexto, e afirma que podemos ser suicidas inconscientes ou indiretos, pelo uso de cigarro, bebidas alcoólicas e outras drogas quaisquer, lícitas ou ilícitas entre outras formas desregradas que vivemos (TRIGUEIRO, 2016).

#### 1.4 O SUICÍDIO NO BRASIL

O suicídio é a terceira causa de morte no Brasil, de pessoas com faixa etária de 15 a 44 anos. Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS). O pesquisador Júlio Jacob Wailselfisz, fez o mapa da violência de 2014 e taxa de crescimento dos suicídios em todo país (33,6%), é superior à do crescimento da população no mesmo período (11%) e ultrapassa o aumento dos homicídios (2,1%) e dos mortos em acidente de trânsito (24,5%) (TRIGUEIRO, 2016).

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) reconhece que o suicídio e as tentativas de suicídio numa escala global, é responsável por uma morte a cada quarenta segundos, e cada 3 segundos uma pessoa tentou o suicídio. Alguns países desenvolvem estratégias de prevenção com abordagens multiprofissionais, para dissolver os estigmas e tabus que existem sobre o contexto (BRASIL, 2016).

Na relação entre doenças mentais, os distúrbios de personalidade destacam-se, como as maiores causas, dos suicídios que podem ocorrer por vários motivos, como: incapacidade de lidar com os estresses do dia a dia, problemas financeiros, término de relacionamentos amorosos ou dores crônicas e doenças. Além disso, o enfrentamento de conflitos, desastres, violências, abusos ou perdas e um senso de isolamento, estão fortemente associados com o comportamento suicida, que também são elevados em grupos vulneráveis que sofrem discriminações, como refugiados e imigrantes; indígenas; lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTI) (BRASIL, 2016).

Os suicídios não ocorrem apenas em países de alta renda, sendo um fenômeno em todos os continentes do mundo, 75% dos suicídios ocorreram em países de baixa e média rendas. Estima-se que cerca de 30% dos suicídios globais ocorrem por auto envenenamento com pesticidas; desses a maioria ocorre em zonas rurais de países com baixa e média renda. Outros métodos recorrentes são enforcamento e uso de armas de fogo (BRASIL, 2016).

A região Sul, em especial no estado do Rio Grande do Sul, apresenta as maiores taxas de óbitos por suicídios. Os níveis de mortalidade por suicídios têm aumentado em nosso país, principalmente entre os jovens e adultos do sexo masculino, as tentativas de suicídios são responsáveis por 20% do total de atendimentos nas emergências psiquiátricas (CARVALHO, 2012).

### 1.5 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA O SUICÍDIO.

A política pública sobre a prevenção do suicídio é fundamentado na portaria pela nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que institui diretrizes nacionais a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitando-se as competências das três esferas de gestão: Nacional, estadual e municipal.

Art. 2º Estabelecer que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações Inter setoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (Ministério da Saúde [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html) acesso:20 de julho de 2017).

Porém, somente a partir da publicação da portaria 185 de 12 setembro de 2012 o governo passou a incentivar as pesquisas e a capacitação dos profissionais. Entre os programas existem o Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio (PPS), conhecido como 'Vida Sim'. Para concretizar o PPS houve a preparação técnica dos profissionais da saúde, para o cuidado na identificação do risco e às diferenças entre ideação, já que as pessoas que tentam o suicídio devem estar em grupos priorizados encaminhados para o Centro de Atenção Psicossocial (MACHADO *et. al.*,2014).

Para Bertolote (2012) as políticas de prevenção do suicídio, desencadearão algumas medidas protetoras contra o suicídios como: o acolhimento e os tratamentos de pessoas com transtornos mentais; melhoras na divulgação pela imprensa sobre a abordagem do suicídio, tendo o objetivo de prevenir, treinamento das equipes de saúde; programas nas escolas como palestras e discussões sobre o combate ao estigma criado em torno de pessoas com distúrbios mentais, identificação de fatores de risco e protetores da depressão, ideação suicida, comportamentos auto lesivos e atos suicidas, em particular das formas de acesso às substâncias psicoativas; disponibilidade acesso aos centros de auxílio,(Estratégias De Saúde Da Família, Centro De Atenção Psicossocial, Centro De Referência Especializado De Assistência Social, Centro De Referência De Assistência Social Etc.).

O Brasil desenvolveu o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) 2013-2017, documento que tem como objetivo de regularizar estratégias para prevenção do suicídio, problema esse que apresenta impacto muito grande na saúde e na sociedade. Uma das metas: Ampliação do Acordo de Cooperação Técnica com o Centro de Valorização da Vida (CVV), educação continuada sobre esse assunto



direcionados aos profissionais de saúde, sensibilização da comunicação social e das redes sociais na promoção da saúde mental, bem como a discussão permanente de grupos de trabalho envolvendo as Secretarias de Vigilância, de Atenção à Saúde e de Saúde Indígena entre outras (CARVALHO, 2013).

## 1.6 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DO PACIENTE COM RISCO DE SUICÍDIO.

A enfermagem sempre focalizou o cuidar do ser humano, com a aquisição de um maior conhecimento científico e de procedimentos cada vez mais sofisticados, o enfermeiro vem adquirindo maiores responsabilidades perante o cuidar do paciente, prestando-lhe a assistência física e emocional. A introdução da psicologia no currículo de enfermagem aconteceu no ano de 1949, e a criação do curso superior de enfermagem com consolidação da psicologia e psiquiatria no currículo ocorreu em 1960 (FARAH. *et. al.*, 2008).

As equipes de enfermagem precisam ter a oportunidade de desenvolver algumas competências e habilidade, como: compreender a complexidade do fenômeno, saber identificar as situações de vulnerabilidade e tentar ajudar ao resolvê-los. Devem estar cauteloso às demonstrações de afeto, pois simples sinais, olhares ou palavras podem ser interpretados pelo paciente como ameaçadoras, colocar a aliança terapêutica e ter planejamento do cuidado humanizado da assistência, pode definir o caminho a ser tomado pelo paciente (AVANCI *et al.*, 2009; MOURA ,2012).

O enfermeiro tem como objetivo desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos, como informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido, fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como, em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio. Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BOTEGA *et al.*,2009).

## 2 MATERIAL E MÉTODOS:

### 2.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa é quantitativa, documental, exploratória com base nas informações epidemiológicas dos prontuários dos pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial em Mato Grosso, sem, no entanto, identificá-los, no período de 2015 a 2017.

A pesquisa quantitativa se centraliza na objetividade, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, coletados com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. Tem suas raízes no pensamento positivista lógico, e tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Por outro lado, a pesquisa qualitativa tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, para apreender a totalidade no contexto daqueles que estão vivenciando o fenômeno (GERHARDT, *et. al.*, 2009; POLIT, 2004).

O método de pesquisa documental é elaborado por busca de informações em documentos, sem tratamento analítico, e seu objetivo é reunir informações como (documentos de arquivos, igrejas, sindicatos, instituições etc.); existem também aqueles que já foram processados, mas podem receber outras interpretações, como relatórios de empresas, tabelas etc. (GERHARDT, *et. al.*, 2009. GIL, 2008).

Na pesquisa documental, realizou-se uma leitura exploratória e seleção do material, principiou-se leitura analítica, por meio da leitura das obras selecionadas, o que possibilita a organização das idéias por ordem de importância, que desenvolver, esclarecer solucionar os problemas da pesquisa. (GIL, 2008. ESPÍNDULA, *et. al.* 2011).

### 2.2 COLETAS E TRATAMENTO DOS DADOS

Após a apresentação do projeto de pesquisa ao Centro de Atenção Psicossocial do estudo e solicitação da autorização para acesso aos dados, comprometendo com o sigilo necessário, foram coletados os dados em planilhas do Excel® versão 2013, contendo as variáveis: idade, ano, uso frequente de tabaco e

álcool, religião, mutilação, tentativas de suicídio, patologias associadas mentais, bairro de residência, profissão, escolaridade, estado civil e sexo.

Todos os pacientes do Centro de Atenção Psicossocial do estudo possuem duas fichas em seus prontuários: uma de identificação e outra da Sistematização da Assistência de Enfermagem, com informações da anamnese, queixas, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, anotações sobre pacientes e evolução de enfermagem (Anexo 01).

Os dados foram tratados estatisticamente em frequência absoluta, frequência relativa e média, e foram apresentados em tabelas para melhor compreensão do leitor.

## 2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo os prontuários dos pacientes ativos no tratamento no Centro de Atenção Psicossocial e que pensaram ou tentaram suicídio.

Foram excluídos os prontuários de pacientes que buscaram os serviços do CAPS pela dependência de álcool e outras drogas e em abandono de tratamento com tentativas de suicídio.

## 2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados comparando-os aos parâmetros nacionais, da Organização Mundial de Saúde e a literatura consultada sobre o assunto.

## 2.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

Esta pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a resolução 466/2012 de Conselho Nacional de Saúde, por tratar-se apenas dos dados epidemiológicos dos prontuários.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram consultados 88 prontuários num Centro de Atenção Psicossocial de Mato Grosso. No ano de 2015 houve 14 pacientes com risco de suicídio. Já em 2016 ocorreram 31 casos, e em 2017 43 episódios registrados nos prontuários.

#### 3.1 A OCORRÊNCIA DE TENTATIVAS DE SUICÍDIOS E RISCO DE SUICÍDIO ENTRE OS FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MATO GROSSO, NOS ANOS DE 2015 A 2017.

Os resultados encontrados nos prontuários dos pacientes mostram o crescimento das tentativas e do risco de suicídio em Juína MT. Em 2015, 14 pessoas foram tratadas (15,9%); em 2016, 31 pessoas foram tratadas (35,2%) e até setembro de 2017, 43 pessoas que foram tratadas (48,8%) e teve crescimento entre as mulheres nos anos (Tabela 01).

Tabela 1 Distribuição de casos de tentativa de suicídio e de pessoas com risco para suicídio no ano de 2015 a setembro de 2017. JUÍNA-MT.

Ano	Gênero				Total	Frequência relativa
	MASCULINO		FEMININO			
	N <sup>a</sup>	%	N <sup>a</sup>	%		
2015	3	3,4%	11	12,5%	14	15,9%
2016	7	7,95%	24	27,27%	31	35,2%
2017	9	10,22%	34	38,63%	43	48,8%
<b>Total</b>					<b>88</b>	<b>100%</b>

Fonte: CAPS JUÍNA-MT. 2017

Para Trigueiro (2016), o suicídio representa 1,4% de todas as mortes no mundo; é considerado 15<sup>o</sup> gênero de óbito mais importante, e 56% das mortes mais violentas do mundo.

A Organização Mundial da Saúde (1992) conceituou as tentativas de suicídio em como um ato não fatal, na qual a pessoa, intencionalmente da início um

comportamento não comum, causando autolesão ou deglutindo excesso de medicamentos, com a intenção de provocar alterações físicas ou esperada (GASPARI, 2002).

As idéias de suicídio, seriam a ideação suicida em um estágio precoce em que o indivíduo geralmente tem plano e desejos de cometer suicídio, e associam-se os riscos de tentativa de suicídio, é sinal de muito sofrimento psíquico. As tentativas de suicídio são comportamentos auto agressivos; avalia-se que as tentativas de suicídio superem o número de mortes em 10 a 20 vezes. Representa ao executar a melhor saída de um problema ou intenso sofrimento (BOTEGA, 2015).

Os dados epidemiológicos nem sempre são fidedignos nos números de tentativas de suicídios, pela falha no sistema de informação e da notificação. Além disso, deve-se considerar que as diferenças culturais podem atuar como fatores de risco e/ou de proteção ao suicídio, dependendo da forma como o suicídio é aceito ou não. Para algumas culturas é preferível a morte à exposição da honra, da moral, etc.; assim como, para outros é inadmissível sobre a ponto de vista da religiosidade.

### 3.2 PERFIL DOS PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO E/OU QUE TENTARAM O SUICÍDIO NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MATO GROSSO.

De acordo com os resultados da pesquisa dos prontuários dos pacientes, foram identificadas as seguintes variáveis: idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão, local de residência, uso frequente de tabaco, álcool, religião, mutilação, tentativas de suicídio, patologias psiquiátricas associadas ao risco de suicídio.

#### 3.2.1 Idade, Estado Civil e Gêneros:

A maior incidência de pacientes com risco de suicídio, em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial, do estudo, foi na faixa etária de 20 a 39 anos, sendo, jovens e adultos jovens. Notam-se vários fatores que podem induzir o paciente a pensar na tentativa ou até mesmo no suicídio de fato, nessa faixa etária. As motivações podem ser comuns ou vinculadas as dificuldades do dia a dia, e também ligadas às doenças mentais.

Na Tabela 02, apresentam-se os resultados de idade, estado civil e gênero. Predominaram nas tentativas de suicídio e pessoas classificadas com risco de suicídio as mulheres, com 78,49%, sendo 43,18% casadas, na faixa etária de 20 a 39 anos.

Tabela 2: Idade, estado civil e gênero num CAPS em MT, das pessoas com risco para o suicídio de Janeiro de 2015 a Setembro de 2017:

Variáveis	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Frequência relativa
<b>Idade</b>	<b>10-19</b>	<b>20-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>	<b>60-69</b>	
<b>Masculino</b>	2	8	6	3	0	0	21,59%
<b>Feminino</b>	10	23	18	13	3	2	78,40%
<b>Total</b>	12	31	24	16	3	2	100%
<b>Casado</b>	0	3	3	2	0	0	9,09%
<b>Casada</b>	0	14	13	6	3	2	43,18%
<b>Solteiro</b>	2	5	3	1	0	0	12,5%
<b>Solteira</b>	10	6	4	5	0	0	28,40%
<b>Divorciado</b>	0	0	0	0	0	0	0%
<b>Divorciada</b>	0	3	1	2	0	0	6,81%
<b>Total</b>	12	31	24	16	3	2	100%

Fonte: CAPS DE JUÍNA-MT 2017

Dentre várias hipóteses Baptista (2004) explica que baseia-se na Teoria de Clum, para entender o comportamento suicida, que está relacionado com “Modelo de resolução de problemas”. Para esse autor a ideação suicida está na dificuldade dos seres humanos enfrentarem os problemas do cotidiano, o estresse, problemas relacionados ao trabalho ou à família. Contudo, observa-se uma infinidade de hipóteses que tentam explicar os casos de comportamento suicida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017) pessoas com menos de 44 anos de idade passaram a se suicidar mais, em relação às pessoas acima de 45 anos. É um fenômeno preocupante, pois o suicídio é a segunda causa de morte de jovens entre 15 anos a 29 anos de idade, no mundo.

Foi realizada uma pesquisa, no estado de Santa Catarina no ano de 2009. A faixa etária com a constatação de que maior número de suicídios foi dos 40 aos 50 anos de idade. Observa-se que risco e tentativas de suicídios aumentam com a idade, e destacam a gravidade da crise da meia-idade (SEHNEM, 2014).

Nessa fase da crise da meia-idade, ocorrem muitas transformações, além dos conflitos decorrentes da idade, alterações hormonais nas mulheres e relacionamentos familiares e afetivos conturbados. Inclui também as responsabilidades, cobranças do meio social, estresse, pressão psicológica, rotinas do cotidiano, desestruturando seu equilíbrio emocional nessa fase da vida.

Uma pesquisa no município de Barra do Garças-MT, em que foram analisados os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2008 a 2013, as ocorrências de tentativas de suicídios foram: 4,7% entre 5 e 9 anos de idade; 33,3% entre 10 e 14 anos de idade; e 61,9% entre 15 e 19 anos de idade (VIEIRA *et. al.*, 2017).

Os adolescentes são mais propensos a desenvolverem pensamentos suicidas, por não possuírem a maturidade emocional, encontram dificuldades para lidar com estresse, problemas de relacionamentos, abusos e violência física e mental, *bullying* que lhes causam humilhação e vergonha, apresentando isolamento social; esses acontecimentos podem desencadear patologias mentais, e se foram adequadamente não tratados com profissionais da saúde podem levar as tentativas e suicídios.

As pesquisas descritas anteriormente demonstram valores extremos na ocorrência de tentativas e pessoas com risco de suicídio, variando de pessoas acima de 45 anos e crianças e adolescentes. Este estudo mostra maiores ocorrências entre adultos jovens de 20 a 39 anos

Com os dados acima, nota-se que o grande grupo de risco ainda são as mulheres, no Brasil, isso significa que caminha-se em passos lentos para a igualdade de direitos entre os gêneros.

Neste panorama de realidade, observa-se que as mulheres ainda encontram-se em posição de submissão ao homem, motivos pelas quais desenvolvem a depressão, e busca do suicídio. Portanto, a cultura machista/patriarcal contribui para que as mulheres entrem nesta estatística.

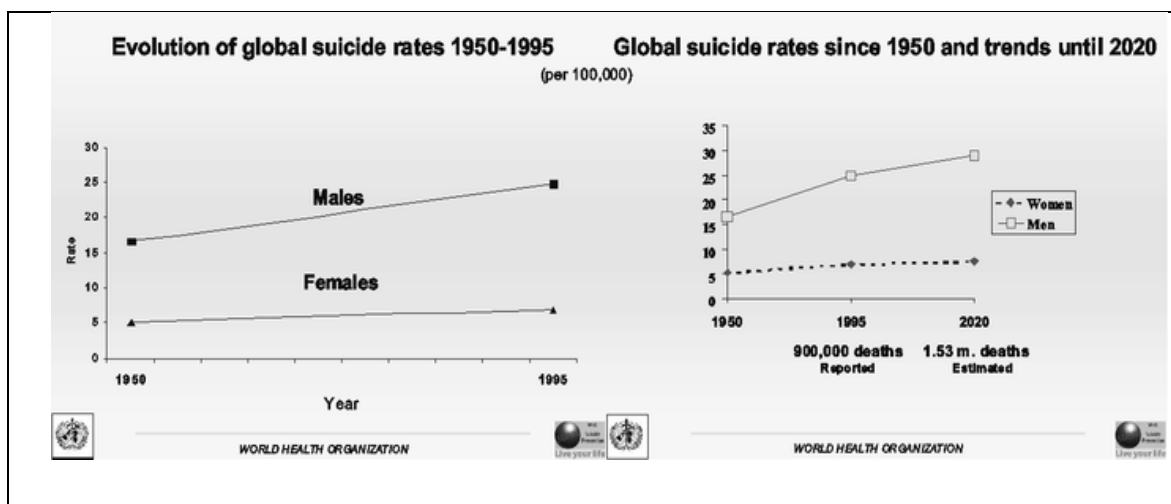
O Ministério da Saúde (2017) afirma que, no ano que no Brasil em 2015 ocorreram 25.926 mil e no ano de 2016 foram 30.013 mil tentativas de suicídios notificadas do sexo feminino. E do sexo masculino 13.538 ano de 2015 e 15.455 em 2017 tentativas de suicídio. Das tentativas de suicídios apontadas no Brasil, entre 2011-2016, 69% aconteceram entre mulheres. Contudo, em relação ao suicídio propriamente dito, a situação inverte 21% ocorrem em mulheres e 79% entre homens.

Ao analisarmos os acontecimentos históricos podemos buscar algumas causas e hipóteses que levaram as mulheres a estarem nesta estatística de risco de suicídio no Brasil. Depois da segunda guerra mundial, o país adotou novos hábitos de alimentação. Surgiram doenças desconhecidas, apareceu o desenvolvimento das indústrias, e conseqüentemente, o ar e as águas ficaram poluídos. Mudanças também, ocorrem na urbanização, surgem outros tipos de trabalho e necessidades das familiares mudarem brutaemente o seu modo de viver.

As indústrias farmacêuticas desenvolveram neste período remédios como a pílula anticoncepcional, que trouxeram a autonomia e vários outros efeitos à saúde da mulher. Com tantas mudanças no país, a mulher sente a necessidade de trabalhar fora de seus lares, assim, elas foram inseridas no mercado de trabalho, sem direitos trabalhistas, trabalhando até 16 horas por dia. Com isso, as mulheres tornam-se acarretadas de responsabilidades, gerando o estresse, e por não terem acompanhamentos médicos necessários crescem no país o número de mulheres que cometem os suicídios.



Figura 3 Taxa global de suicídio desde 1950 e projeção para 2020(Feminino e Masculino)



Fonte: Global Suicide Mortality Rates

Na Figura 02, constata-se que a taxa global de suicídios entre os homens é maior que entre a mulheres, até 2020, projeta-se o crescimento de 10%; a OMS indica que o suicídio é mais comum entre homens e a tentativa de suicídio entre as mulheres. Os percentuais de suicídio modificam conforme a região, o país e com a idade.

A variáveis que podem influenciar nas tentativas e suicídios, podem ser biológicas e influências genéticas, reguladores neuroquímicos, o estresse durante a vida, traumas, desamparo adquirido, abuso físico, sexual e emocional, violência doméstica, a sua maneira de resolver os próprios problemas, sobrecarga de trabalho, memórias, socioculturais, a tecnologia e suporte familiares social, fisiopatologia entre outras, cada caso é diferente do outro.

Uma pesquisa feita sobre o assunto no Estado de São Paulo, apresentou em média 953 mortes por suicídio por ano dentre 2008 a 2013. Existe um predomínio surpreendente no sexo masculino (85%) e 50% dos óbitos ocorre na faixa etária de 20 a 39 anos de idade (BERTON *et. al.*,2015).

Na cidade de Barra do Garças – MT o sexo feminino, sucedeu com a maior taxa de tentativas, correspondendo a 66,65% do total. Entretanto, a morte é mais frequente no sexo masculino (76,5%) do que no feminino (23,5%). Os homens tiveram um risco 6,98 vezes maior durante uma tentativa do que as mulheres. E as mulheres que o cometeram as tentativas de suicídio eram mais jovens que os homens (VIEIRA *et. al.*, 2017).

Os homens usam métodos mais violentos e mais letais em suas tentativas de suicídio, principalmente armas de fogo; e as mulheres, recorrem ao envenenamento ou intoxicação. De acordo com o Ministério da Saúde nos anos de 2011-2016 as tentativas de suicídio foram: 57,6% envenenamento, 6,5% objetos perfuro-cortante, 5,8% enforcamento.

As mulheres procuram mais ajuda quando estão deprimidas, e buscam mais por tratamentos psicológicos. Já os homens procuram menos os serviços de saúde e ajuda profissional. Chakora (2008), reconhece que os agravos da saúde, do sexo masculino é considerada como um sinal de fragilidade. O homem julga-se invulnerável, contribuindo para que cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. Entretanto a cultura do homem provedor e tradicional ainda prevalece nos dias atuais, bem como auto cobrança com relação a esses aspectos, levando ao desesperos extremos na sua não satisfação. A política nacional de atenção integral à saúde do homem, tem como estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

### 3.2.2 Escolaridade, Ocupação, Local de Residência, Religião, Tabaco e Etilista, Patologias Psiquiátrica Associadas ao Risco de Suicídio, Mutilação e Tentativas de Suicídios.

Na Tabela 03, estão elencados os resultados de todas as variáveis, utilizados na construção do perfil do estudo que serão analisados separadamente nos subitens a seguir.

Tabela 3 Escolaridade, ocupação, local de residência, religião, tabaco e etilista, patologias psiquiátricas associadas ao risco de suicídio, mutilação e tentativas de suicídios.

<b>Anos de Estudo</b>	<b>Total</b>		<b>Frequência Relativa</b>
0 a 4	11		12,5%
5 a 8	23		26,13%
>9	52		59,09%
<b>Total</b>	<b>88</b>		<b>100%</b>
<b>Ocupação</b>	<b>Gênero</b>		<b>Frequência Relativa</b>
	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	
Dona de Casa	34	0	38,63%
Estudante	11	5	18,18%
Desempregado(a)	1	5	6,81%
Aposentado(a)	3	1	4,54%
Lavrador(a)	2	1	3,40%

Ambiente Escolar	4	3	7,95%		
Técnico administrativo(a)	6	0	6,81%		
Área de Saúde	3	0	3,40%		
Serviços Gerais	5	1	6,81%		
Pedreiro	0	2	2,27%		
Motorista	0	1	1,13%		
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>		
<b>Local de residência</b>	<b>Total</b>	<b>Frequência Relativa</b>			
Bairro módulo 01	05	5,68%			
Bairro módulo 02	01	1,13%			
Bairro módulo 03	00	0%			
Bairro módulo 04	15	17,04%			
Bairro módulo 05	26	29,54%			
Bairro módulo 06	09	10,22%			
Bairro da Palmitreira	05	5,68%			
Bairro São José Operário	05	5,68%			
Bairro Padre Duílio	06	6,81%			
Bairro Industrial	06	6,81%			
Setor Aeroporto	01	1,13%			
Filadélfia	01	1,13%			
Verdan	01	1,13%			
Linha 09	04	4,54%			
Linha 04	01	1,13%			
Gleba Iracema 02	02	2,27%			
Vale do Juinão	01	1,13%			
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>			
<b>Religião</b>	<b>Total</b>	<b>Frequência Relativa</b>			
Católica	19	21,59%			
Evangélica	19	21,59%			
Espirita	01	1,13%			
Em branco	47	53,40%			
Nenhuma	02	2,27%			
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>			
<b>Tabagista</b>	<b>Total</b>	<b>Frequência relativa</b>	<b>Etilista</b>	<b>Total</b>	<b>Frequência relativa</b>
Sim	16	18,1%	Sim	17	19,3%
Não	72	81,8%	Não	71	80,7%
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>
<b>Patologia</b>	<b>Total</b>	<b>Frequência Relativa</b>			
Ansiedade	09	10,22%			
Bipolar	01	1,13%			
Bulimia	02	2,27%			
Depressão	80	90,90%			
Síndrome do Pânico	05	5,68%			
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>			
<b>Mutilação</b>	<b>Total</b>	<b>Frequência relativa</b>			
Sim	18	20,45%			
Não	70	79,54%			
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>			
<b>Tentativas de suicídio</b>	<b>Total</b>	<b>Frequência relativa</b>			

<b>1 tentativa</b>	<b>36</b>	<b>40,90%</b>
<b>2 tentativa</b>	<b>17</b>	<b>19,31%</b>
<b>3 tentativa</b>	<b>04</b>	<b>4,54%</b>
<b>4 tentativa</b>	<b>02</b>	<b>2,27%</b>
<b>5 tentativa</b>	<b>27</b>	<b>30,68%</b>
<b>Nenhuma</b>	<b>01</b>	<b>1,13%</b>
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>

Fonte: CAPS JUINA-MT 2017

### 3.2.3 Escolaridade

Na Tabela 03, estão apresentados os resultados da escolaridade por anos de estudos das pessoas que tentaram o suicídio e aquelas que tem risco. Esses dados foram levantados no Centro de Atenção Psicossocial do estudo. Notamos que o índice maior dos pacientes são os, que possuem uma escolaridade com mais de 9 anos de estudos, isso correspondeu a 59,09%.

De acordo com os dados, nível de escolaridade também tem relação de forma direta e indireta com as tentativas de suicídio, pois coloca o indivíduo a “refletir” tirando-o da sua área de conforto. As pessoas que possuem maior escolaridade, são mais propícios ao risco de suicídio, isso porque, desenvolvem estresse, recebem pressões psicológicas dos familiares e da sociedade, além da necessidade de sempre estar qualificando para o mundo do trabalho. Assim, muitas pessoas não aguentam, acabam-se desenvolvendo o esgotamento físico e mental (síndrome de *burnout*) nesse mundo capitalista moderno, muitos e preferem o suicídio, ao em vez de um tratamento psicológico.

Num estudo sobre tentativas de suicídios no acolhimento dos serviços de urgências no estado de Minas Gerais, foram entrevistadas 28 mulheres que tentaram contra a própria vida. A análise do estudo concluiu que 68% das mulheres apresentavam menos de 8 anos de escolaridade e 90% das mulheres tinham renda familiar até cinco salários mínimos (VIDAL *et. al.*,2013).

Para Vasconcelos (2016), os estudos são desconexos, alguns mencionando predomínio naqueles com níveis mais altos de instrução, enquanto outros nos níveis mais baixos da média de escolaridade, porém a média do Brasil é de 9,9 anos de estudos, podendo variar nos estados.

Pouca literatura fala diretamente sobre o nível de escolaridade dos pacientes com tentativas e risco para suicídio, dessa forma, é uma ação multiprofissionais envolvendo as áreas da educação e da saúde, e podem juntas reconhecer logo no início os sinais de ideação suicida; e assim, buscar meios e soluções possíveis para prevenção deste problema.

#### 3.2.4 Ocupação

Na Tabela 03, observa-se que o índice predominante dos pacientes que tentaram suicídio, e tem o risco de suicídio, são donas de casa, com 38,63% dos casos.

Observa-se que essas mulheres tem ocupação de donas de casas, em um ambiente doméstico. Na maior parte das vezes, essa ocupação ocasiona estresse psicológico, gerado por conflitos interpessoais com conviventes e familiares, podendo induzir a pessoa a tentar o suicídio. Para Lovisi (2009) no Brasil, a própria casa é o cenário mais frequente de suicídios, seguida pelos hospitais.

Uma pesquisa no estado do Paraná observou que as tentativas de suicídio foram mais comuns entre homens de 20 a 35 anos desempregados e mulheres de 20 a 25 anos empregadas (BERNARDES *et. al.*,2010).

O desemprego traz desesperança, é uma variável fortemente associada ao suicídio. O trabalho pode promover integração social, autonomia, expectativa de vida, além de proporcionar melhoria na renda para qualidade de vida das pessoas.

#### 3.2.5 Localidade

Observa-se na Tabela 03, que no município do estudo o local que tem maior número de pessoas com tentativas e risco de suicídio é bairro Módulo 05 com 29,54%. É necessário ressaltar que este é o bairro mais extenso da cidade. Outro bairro analisado na pesquisa, é o bairro Módulo 04, que é um dos menores e o resultado foi de 17,04%.

Percebe-se que quanto ao local de procedência, a maior parte dos indivíduos residia em zona urbana. Os dois bairros com maior índice localiza-se próximo ao centro da cidade. Esses dados coletados são necessários, para reflexão sobre as

características desses bairros, que possam estar associados aos problemas, objeto deste estudo, e eventualmente promover campanhas de prevenção em saúde para que esses índices de suicídio possam diminuir, debater sobre o assunto, avaliar a necessidade de elaboração de novas medidas de prevenção e promoção de saúde, ajustadas culturalmente a essa população com maior risco de suicídio.

No estudo feito no estado do Mato Grosso do Sul, relacionam a exposição aos inseticidas com sintomas depressivos, e mostrou um alto índice de tentativas de suicídios em áreas agrícolas, ou seja por exposição dos trabalhadores rurais aos agrotóxicos ou por ingestão de agrotóxicos pela população rural (PIRES *et. al.*,2005).

### 3.2.6 Religião

A Tabela 03, apresenta dados sobre as religiões, desses pacientes que tratam-se de tentativas de suicídio e que possui o risco de suicídio. Observou-se que a maioria dessas pessoas está em branco o item religião, sendo elas um total de 53,40%. Epidemiologicamente este resultado não possibilita uma análise mais apurada mais apurada, sendo considerando um viés.

Para Botega (2015), há duas dimensões unidas à religião, a seriedade do princípio de crenças e o convívio e apoio social. Identificaram-se, menores taxas de comportamento suicida, em indivíduos mais religiosos, das pesquisas feitas no século XXI. Religiosidade fator importante para ajudar nas recuperações dos pacientes com ideação suicida.

Pesquisadores da cidade da Philadelphia, nos Estados Unidos, analisaram a influência das religiões sobre ideação suicida entre os adolescentes. Observou-se que em adolescentes heterossexuais, e religiosos, o número é menor de tentativas de suicídio. No entanto, para jovens homossexuais, e serem religiosos, está associado a um número maior de tentativas de suicídio (SHEARER *et. al.*,2017).

Concluimos, que o dado religião comporta-se como fator de proteção contra as tentativas de suicídios, apenas para as pessoas de orientação heterossexual. A homossexualidade é considerada um pecado entre setores conservadores de diversas religiões, além do preconceito que a sociedade, mostra frequentemente (homofobia).

### 3.2.7 Uso frequente de Tabaco e Etilismo.

Na tabela 03, observa-se, que os pacientes que tratam de tentativas e risco de suicídio, no Centro de Atenção Psicossocial do estudo, 18,2% fazem uso de tabaco e 19,3% são etilistas.

São duas variáveis de risco de suicídio, porém a pesquisa só analisou prontuários, nas quais eram classificados como grupo de risco para suicídio, portanto não coletou pacientes que foram ao Centro Atenção Psicossocial, em busca de tratamentos, específicos para seu vícios de tabaco e álcool. Contudo na coleta de dados que a equipe de enfermagem trabalha, estão essas variáveis nos questionamentos dos etilistas nas amanses, por isto elas estão no estudo.

Para Sehnem (2014) dependência de álcool e do tabaco, são fatores que levam as pessoas a tirarem a própria vida. Em pesquisa no estado de Santa Catarina, esse autor analisou, todas as vítimas que tentaram o suicídio e associou que em média 80% de todas as vítimas, são dependentes de álcool e homens; concluímos que os homens são mais vulneráveis para as dependências e vícios.

Neste estudo a maioria não possui esta variável de risco, dependência do álcool, ou uso frequente do tabaco.

### 3.2.8 Patologias Psiquiátricas Associadas ao Risco de Suicídio.

Na Tabela 03, observa-se que 90,90% dos pacientes, que tem risco e tentaram suicídio possuem depressão. Em alguns prontuários dos pacientes estão registradas as existências de mais de uma patologia psiquiátrica.

Os transtornos mentais, são os principais fatores de risco para o suicídio, o diagnóstico tardio ou tratamento inadequado, agravam a evolução da doença, em consequência as tentativas de suicídio.

Segundo Baptista (2004) a depressão é considerada uma doença crônica, e apresenta sintomas físicos, como fadiga, dor ou distúrbios de sono. O humor deprimido pode estar presente ou a irritabilidade, tornando as pessoas intolerantes e rudes.

A depressão tem bases biológicas, afeta a capacidade de sentir prazer e fazer coisas que antes eram prazerosas, não conseguir realizar tarefas que exigem esforços como: concentrar-se, memorizar, raciocinar, tomar decisões. A função intelectual decai, bloqueando a aptidão de iniciar as ações do convívio do dia a dia, e emerge a pessoa num bloqueio mental (BOTEGA, 2015).

A depressão é um transtorno mental vem aumentando nos últimos anos, sabe-se que tem a necessidade de desenvolver programas de diagnósticos no início da doença, para ter um tratamento adequado, e a prevenção do suicídio.

### 3.2.9 Mutilação

Na tabela 03, verifica-se que 20,45% dos pacientes do estudo faz mutilação no corpo. Sendo que 12,5% são mulheres maiores de 20 anos.

De maneira geral, as mulheres que se automutilam não demonstram, nem declaram essa atitude, dessa forma, apenas revelam em ambiente e escuta terapêutica.

Eram costumes da época medieval a mutilação do corpo, por acreditar na santificação, muitos anos passaram e algumas pessoas ainda acredita neste ato de purificação (CUNHA FILHO, 2004).

A automutilação é uma autolesão provocada por com lâminas de vidros ou outros objetos cortantes, superficiais podendo ser no pulso ou no antebraço (COSTA, 2010).

Esta prática é mais frequente em mulheres, que pode variar na fase de adolescente a adulta, que necessitam de cuidados e tratamentos adequados.

### 3.2.10 Tentativas de Suicídio

Na tabela 03, observa-se que 40,90% dos pacientes analisados já tentaram o suicídio uma vez, 30,68% já tentaram mais de cinco vezes, e um paciente (1,13%) entrou na variável por ter grande ideação suicida.

Tentativas de suicídio, devem ser enfrentadas por profissionais e serviços de saúde com seriedade, como sinal de alerta de que este paciente não está bem, mentalmente. As principais estratégias, para evitar um futuro suicídio são: o



tratamento adequado com a equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com parceiras com Atenção Básica de Saúde (PSFs) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o apoio da família, ou seja a melhor estratégia é oferecer para este paciente atendimento adequado e humanizado.

Para Videbeck (2012), as tentativas anteriores de suicídio, aumentam o risco de suicídio, no períodos dos dois anos, após a primeira tentativa, são mais elevados os riscos para cometê-lo de novo.

## CONCLUSÃO

O estudo verificou que o perfil dos pacientes que tentaram o suicídio e que possuem o risco para suicídio e que encontram-se em tratamento num Centro de Atenção Psicossocial de Mato Grosso, é composto predominantemente de mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, casadas, com mais de 9 anos de estudo, são donas de casa, residem no bairro Módulo 05 e bairro Módulo 04, a maioria já tentou mais de um vez o suicídio, e a patologia da maioria a depressão.

A construção e análise desse perfil, tem como objetivo possibilitar a elaboração e implantação de metas, ou estratégias, para promoção e prevenção do suicídio, como por exemplo o aumento de consultas psiquiátricas, para o tratamento das patologias de base, Os programas de prevenção devem ser específicos para determinadas idades, sexos, ocupação entre outras variáveis, promovendo campanhas de informações sobre o assunto, sobre ideação suicida, comportamentos auto lesivos e atos suicidas, discutir nas escolas, nas unidades de saúde, e com a comunidade.

Nos bairros com maior incidência é possível e recomendado, promover parcerias com mulheres donas de casa, dando cursos, capacitando para desenvolver gestão financeiro ou bem estar, o processo deve ser multiprofissional, incluindo profissionais da saúde, educação, assistência social.

Porém, destaca-se a importância do desenvolvimento da escuta terapêutica como, instrumento de enfrentamento das angustias mentais que podem, inclusive levar à tentativa de suicídio e suicídio. Deve ser desenvolvida por todos os profissionais de saúde nos diferentes serviços assistenciais, como forma de detecção e intervenção na ideação suicida. Ressalta-se o compromisso do enfermeiro, no processo de cuidar, com a escuta terapêutica e com princípios da Atenção Básica no que se refere ao vínculo, à humanização e á resolutividade.

Portanto, contribuir para informação e conhecimento sobre as causas e fatores de risco para o comportamento suicida na população, é perspectiva de saúde pública, e mostrar que todas as tentativas de suicídio devem ser encaradas com seriedade. É importante destacar que não existe um único fator de risco ou protetor que determina

um ato suicida, depende de cada pessoa, assim o processo terapêutico tem que ser único para cada um e humanizado.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. C.; VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 47-57, 2010.

AVANCI, R. C. FUREGATO, A. R. F., SCATENA, M. C. M., & PEDRÃO, L. J. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 5, n. 1, p. 1-15, 2009.

BAPTISTA, M. N. **Suicídio e Depressão Atualizações**. 1<sup>a</sup>. ED. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BERNARDES, S. S. TURINI, C. A., & MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobre dose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 26(7):1366-1372, ju.2010.

BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. Editora UNESP, 2012.

BERTOLETE, José Manoel; DE LEO, Diego. **Global suicide mortality rates—a light at the end of the tunnel** 2012.

BERTON, H. M. T.; PERES, D. D. G.; GRECO, A. C.; COSTA, C. F., FONSECA, A. S., KAJIMOTO, H., & Nolasco, P. A. O processo de construção da linha de cuidado para atenção aos casos de tentativa de suicídio e autoagressão na Coordenadoria Regional de Saúde Norte-SMS-SP-(**CRS Norte**) 2015. p. 7-7.

BOTEGA, N. J. (coordenador) BERTOLETE, J. M. Cartilha: **Comissão de Prevenção de Suicídio da Associação Brasileira de Psiquiatria**. 1 ed. São Paulo, 2009.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

BOTEGA, N. J. Suicídio e tentativa de suicídio. Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: **Artes Medicas**, p. 157-165, 2000.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida**. Artmed Editora, 2015.

BRASIL, **Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio, 2017.** Disponível em:<  
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>>. Acesso em :20 set. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A política pública sobre a prevenção do suicídio.** Disponível em <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2\\_006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2_006.html)>  
acesso 20 de julho de 2017

BRASIL, Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio. **Manual dirigido a profissionais das equipes de Saúde Mental. Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, 2013.**

BRASIL, Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio: **manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** 2006.

CARVALHO, A., PEIXOTO, B., SARAIVA, C. B., SAMPAIO, D., AMARO, F., SANTOS, J. C., & SANTOS, N. **Plano nacional de prevenção do suicídio 2013/2017.** Lisboa: Direção Geral da Saúde.2013.

CARVALHO. M. B., **Psiquiatria para enfermagem**, 3 ed. São Paulo. Rideel,2012.  
CASSORLA, R. M. S.; WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. Suicídio e autodestruição humana. **Comportamento suicida**, 2004.

CHAKORA, Eduardo Schwarz. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 559, 20.

CUNHA FILHO, P. C. Da arte de mutilar as cidades: a cultura periférica e a ilusão da modernidade. **Ícone. Recife**, v. 6, n. 1, p. 92-101, 2004.

DURKHEIM. Émile, **O suicídio: o estudo de sociologia**, 1858-1917. SP: Edipro,1ª ED. 2014.

ESPÍNDULA. M.. **Metodologia da pesquisa científica aplicada á enfermagem.** 1ª. ED. Goiânia: AB.2011.

FARAH, Olga Guilhermina Dias, **Psicologia aplicada a enfermagem.**3 ed. Manole. SP. 2008.

FONTENELLE, P. **Suicídio: o futuro interrompido: guia para sobreviventes**. Geração Editorial, 2008.

GASPARI, V. P. P. **Rede de apoio social e tentativa de suicídio**. 2002.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Plageder, 2009.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4<sup>a</sup>. ED. SP: Atlas, 2008.

ISAACS, Ann. **Saúde mental e enfermagem psiquiátrica**. Guanabara Koogan, 1998.

JACKSON, M. (2012). **MARX, K.(1818-1883), Sobre o suicídio**. 1<sup>a</sup> ED. São Paulo: Boitempo,2006.

LOVISI, G. M.; SANTOS, S. A., LEGAY, L., ABELHA, L., & VALENCIA, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, supl. 2, p. S86-S93, Oct. 2009.

MACHADO, M. F. S; LEITE, C. K. S; BANDO, D. H. Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 4, n. 2, p. 334-356, 2014.

**MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS** [recurso eletrônico] : **DSM-5** / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

MOURA, Anna Tereza Miranda Soares. Prevenção do suicídio no nível local: Orientações para a formação de redes municipais de prevenção e Controle do suicídio e Para os profissionais que a integram. **Universidade Estácio de Sá–RJ**, 2010.

PIRES, Dario Xavier; CALDAS, Eloísa Dutra; RECENA, Maria Celina Piazza. **Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil**. 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem-: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. Artmed Editora, 2016.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria:- Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Artmed Editora, 2016.

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.

SHEARER, A. Shearer, A., Russon, J., Herres, J., Wong, A., Jacobs, C., Diamond, G. M., & Diamond, G. S. Religião, sexual orientation, and suicide attempts among a sample of suicidal adolescents. **Suicide and life-threatening behavior**, 2017. (Traduzido por Tiago Zortea).

SILVEIRA, R. E; SANTOS, A. S; FERREIRA, L. A. Impacto da Morbimortalidade e gastos com suicídio no Brasil de 1998 a 2007. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 4, n. 4, p. 3033-3042, 2012.

TRIGUEIRO, A. **Viver é a melhor opção: a prevenção do suicídio no Brasil e no mundo**. Correio Fraternal, 2016.

VASCONCELOS, José J., Soares, A. R., Silva, F., Fernandes, M. G., & Teixeira, C. M. Níveis de ideação suicida em jovens adultos. **Estud. psicol.(Campinas)**, v. 33, n. 2, p. 345-354, 2016.

VIDAL, C. E. L., GONTIJO, E. C. D. M., & LIMA, L. A. **Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade**, 2013.

VIDEBECK, Sheila L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. Artmed Editora, 2016.

VIEIRA, R. G., ALMEIDA, C. F. R., RODRIGUES, G., GONÇALVES, S. D. S., FRANÇA, A. D. S., & OLIVEIRA, M. B. **Prevalência E Risco De Suicídio No Brasil E Na Cidade De Barra Do Garças (MT)**: Revisão De Literatura, 2017.

## **ANEXOS**



# CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_

APELIDO: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO: F( ) M( )

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

LOCAL: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: PAI: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ SSP: \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

PSF QUE FREQUENTA: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_

JUINA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

História do paciente (relatar a história e dados atuais):

Aferição dos sinais vitais:

PA: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Observação:

\_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ RACIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

Tabagista?

\_\_\_\_\_ SEXO: F ( ) M ( )

\_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

Drogas?

\_\_\_\_\_ LOCAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MÃE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ESP. QUE FREQUENTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ESP. QUE FREQUENTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ESP. QUE FREQUENTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ESP. QUE FREQUENTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ESP. QUE FREQUENTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ESP. QUE FREQUENTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ESP. QUE FREQUENTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

Historia do paciente (infância, adolescência e idade adulta):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Anotações do profissional que atendeu o paciente:

Assinatura:

JUINA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**CAPS – Centro de Atenção Psicossocial de Juína – MT**  
**SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem**  
**Saúde do Adolescente e ou Adulto**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Tabagismo: ( ) sim ( ) não Nº cigarros/dia: \_\_\_\_\_ Início/ Qdo \_\_\_\_\_ Parou/Tempo \_\_\_\_\_  
 Tabagismo em casa ( ) sim ( ) não Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Etilismo: ( ) sim ( ) não Dose/dia: \_\_\_\_\_ início/ Qdo \_\_\_\_\_ Parou/Tempo \_\_\_\_\_  
 Etilismo em casa ( ) sim ( ) não Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Próteses/Aparelhos ( ) sim ( ) não Tipo: \_\_\_\_\_  
 Gestação \_\_\_\_\_ Intercorrências: \_\_\_\_\_  
 Hábitos: \_\_\_\_\_  
 Antecedentes Familiares de Dependência Química e ou Transtorno: \_\_\_\_\_  
 Queixa atual: \_\_\_\_\_  
 Reside com quem: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos em uso atual: \_\_\_\_\_

**2. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

Patologias:

- ( ) HAS ( ) Diabetes ( ) Hanseníase ( ) TB ( ) Doença Cardíaca ( ) Doença Renal  
 ( ) Doença Pulmonar ( ) Doença Gastrointestinal ( ) Hepatites ( ) Câncer  
 ( ) Dist. Ósseo/Articular/Muscular ( ) Dist. Mental ( ) Alergias ( ) Internações  
 ( ) Outras \_\_\_\_\_

Infância: \_\_\_\_\_

Adolescência: \_\_\_\_\_

Idade Adulta: \_\_\_\_\_

**3. EXAME FÍSICO**

Escala de Dor: ( ) 00 ( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04 ( ) 05 ( ) 06 ( ) 07 ( ) 08 ( ) 09 ( ) 10  
 Órgão: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_

Aparência/ Legenda: ( S ) SIM ( N ) NÃO

- ( ) Medo ( ) Higiene ( ) Raciocínio ( ) Triste ( ) Alegre ( ) Boa Linguagem ( ) Atenção  
 ( ) Bom Humor ( ) Choro ( ) Angústia ( ) Boa Memória ( ) Delírio ( ) Confusão ( ) Ansiedade

Alucinação Visual     Alucinação Auditiva     Irritabilidade     Confusão Mental

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade                               | <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada         |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade relacionado a morte           | <input type="checkbox"/> Déficit do autocuidado:                 |
| <input type="checkbox"/> Intolerância a atividades cotidianas    | <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente                 |
| <input type="checkbox"/> Disposição para o autoconceito          | <input type="checkbox"/> Risco de contaminação                   |
| <input type="checkbox"/> Medo relacionado a fatores externos     | <input type="checkbox"/> Controle familiar de regime terapêutico |
| <input type="checkbox"/> Comportamento de saúde propenso a risco | <input type="checkbox"/> Deambulação prejudicada                 |
| <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada          | <input type="checkbox"/> Dificuldade de convívio social          |
| <input type="checkbox"/> Medo relacionado a fatores internos     | <input type="checkbox"/> Isolamento social                       |
| <input type="checkbox"/> Estilo de vida sedentária               | <input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais      |
| <input type="checkbox"/> Risco de Suicídio                       | <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada           |
| <input type="checkbox"/> Risco de déficit laboral                | <input type="checkbox"/> Enfrentamento familiar comprometido     |
| <input type="checkbox"/> Estilo de vida comprometido             | <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada          |
| <input type="checkbox"/> _____                                   | <input type="checkbox"/> _____                                   |
| <input type="checkbox"/> _____                                   | <input type="checkbox"/> _____                                   |

#### 5. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 6. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_ Data da Consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Elaborado por Enfermeira Anecarla da Silva Prado COREN/MT 96602*