

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM



ANDREZA ALVES PESSOA

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA NA
PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA TERCEIRA IDADE: Uma revisão de
literatura**

Itaituba, PA
2019

ANDREZA ALVES PESSOA

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NA
PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA TERCEIRA IDADE: Uma revisão de
literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Enf^a Esp. Mestranda Karla
Santos da Silva.

Itaituba, PA

2019

ANDREZA ALVES PESSOA

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NA
PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA TERCEIRA IDADE: Uma revisão de
literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^o En^{fa} Esp. Mestranda Karla Santos da Silva.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Karla Santos da Silva Nota: 100
Prof^o En^{fa} Esp. Mestranda Karla Santos da Silva.

Avaliador: Bruna Santana de Souza Soares Nota: 95
Prof^o En^{fa} Esp. Mestranda Bruna Santana da Silva Soares.

Avaliador: Ivaneide de S. Furtado Nota: 95
Prof^o Dr.^a Ivaneide da Silva Furtado.

Resultado: **APROVADA Média: 97**

Data: 24 de janeiro de 2019

A Deus, por sempre me abençoar, para minha mãe, pai, avó e irmãos porque sempre acreditaram em mim e me incentivaram a melhorar e alcançar meus objetivos. Dedico-lhes essa conquista como gratidão.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me abençoado durante todos esses cinco duradouros anos, me dando muita força, fé e determinação, me permitindo a cada passo aprender mais e me guiando no caminho do profissionalismo e competência. Diante desta profissão que é muito delicada e gratificante.

Aos meus pais, **Maria Bethânia e Ademar Francisco**, por terem investido no meu futuro, pagando minhas mensalidades e demais necessidades, por me permitirem a oportunidade de seguir com meus estudos de maneira integral, sou eternamente grata pelos seus esforços em proporcionar a mim e meus irmãos esta escolha de ouro, e obrigada por serem os melhores e exemplares pais.

Aos meus irmãos, **Ana Paula, Maiza, Denilson, Fábio e Fernando**, por me motivarem, divertirem, atentarem, ouvirem e acreditarem nas minhas habilidades durante todos esses anos, bem como confiarem na excelente enfermeira que estou me tornando. Vocês são realmente companheiros, amigos e tudo.

A minha avó, **Benta Silva**, por me anima e me divertir quando falávamos sobre as doenças, demonstrando o seu conhecimento empírico e suas crenças, enquanto eu apresentava a parte científica, e também por sempre ter me apoiado nesses anos, acreditando em meu potencial.

Aos meus colegas de turma, pelo companheirismo nesses cinco anos. Em especial aos meus amigos, **Evanir, Dayane, Erica, Juliane, Taíres, Francylene, Dona Darlene, Alison**, que foram importantes nessa caminhada, tivemos muitas conversas divertidas, apresentações de trabalhos e estágios que passamos juntos, aprendemos a cada novo obstáculo que superamos. Vamos com tudo para campo de batalha, que é como considero o mercado de trabalho, desejo força e fé sempre, pois estamos sempre evoluindo a cada dia, obrigada pela amizade e companhia.

Aos meus professores do curso, sou grata pelas experiências repassadas, pois sempre ampliou meu campo de visão. Foram muitas aulas divertidas, aprendizados novos a cada dia e trabalhos desafiadores, como também os estágios que embora parecessem assustadores, vocês o tornaram maravilhosos e emocionantes. Cada um, seja professor de outra área ou professor enfermeiro, foi importante e contribuiu de alguma forma, diante disto sou grata.

A minha orientadora de TCC, **Karla Santos**, por fazer parte deste momento importante, me ajudando a dar mais um passo em busca do meu objetivo e futuro. Muito obrigada por acredita em mim e me orientar a realizar este tão trabalhoso TCC,

através da sua orientação e do meu desempenho, acredito que conseguiremos ter um excelente resultado.

A todos, obrigada pelo apoio e por contribuir direta ou indiretamente nesta minha conquista, espero ultrapassar suas expectativas e no futuro, caso sejam meus pacientes, proporciono-lhes uma assistência de qualidade. Me sinto lisonjeada e com orgulho pela oportunidade de seguir esta profissão belíssima que tanto respeito.

"A esperança é uma necessidade para a vida normal e a principal arma contra o impulso de suicídio."

Karl Augustus Menninge

RESUMO

No Brasil e na maior parte do mundo, a população com maior crescimento nos dias atuais é a população acima de 60 anos os quais apresentam maiores fatores de vulnerabilidade para o suicídio, como a solidão, a perda dos vínculos, envelhecimento fisiológico e patológico e o abandono. Dessa forma, os profissionais de saúde da atenção básica por terem um contato mais próximo com a comunidade, e serem mais disponíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde, conseguem reunir um maior apoio de outras organizações e familiares, permitindo assim uma assistência integral ao paciente nessas condições. Diante disto, destaca-se a necessidade da realização de intervenções preventivas destinadas aos idosos, que apresentam os fatores mais vulneráveis para o suicídio e uma acentuada incidência de suicídio a partir dos 70 anos. Nesta perspectiva, o presente estudo tem por objetivo identificar os fatores de risco e o comportamento desse idoso propenso ao suicídio, e analisar a atuação do enfermeiro da atenção básica na prevenção destes fatores. Como metodologia optou-se pela pesquisa bibliográfica e abordagem qualitativa, as bases de dados utilizadas foram os Manuais do Ministério da Saúde, Artigos Científicos, Guias, Manual do Conselho Federal de Psicologia, Manuais da ABP, OMS e Monografias com publicações entre os anos de 2010 a 2018. Foram selecionados somente 23 artigos que contemplaram os objetivos formulados, resultando nas seguintes análises: os suicídios dos idosos estão associados a fatores de risco como depressão, isolamento social, abandono familiar, doenças crônicas, envelhecimento, uso de bebida alcoólica ocorrendo com e sem apoio familiar, com e sem acompanhamento médico. É necessário reconhecer no comportamento suicida, os sinais de alerta dados por esses indivíduos que planejam cometer o suicídio. Quanto a atuação do enfermeiro da atenção básica nessas condições, fica evidente que eles possuem uma proximidade e vínculo com a comunidade permitindo a ele identificar mudanças negativas associadas ao suicídio no comportamento de quem recebe o atendimento, e atuar junto a família. Contudo, ainda é presente o despreparo do enfermeiro, para lidar com o sofrimento gerado pelo comportamento suicida e pelo suicídio propriamente dito, faltando preparação profissional para receber e encaminhar os sujeitos que tentaram o suicídio. Portanto, destaca-se a importância da atuação do profissional enfermeiro da atenção básica na prevenção do suicídio.

Palavras-chave: Suicídio. Idosos. Enfermeiro. Prevenir.

ABSTRACT

In Brazil and most of the world, the population with the greatest growth in the present day is the population over 60 years old, which present greater vulnerability factors for suicide, such as loneliness, loss of links, physiological and pathological aging and abandonment. In this way, health care professionals in basic health care have a closer contact with the community, and are more available, knowledge holders and committed to health promotion, are able to gather greater support from other organizations and families, comprehensive patient care under these conditions. In view of this, it is necessary to carry out preventive interventions aimed at the elderly, which present the most vulnerable factors for suicide and a high incidence of suicide from the age of 70. In this perspective, the present study aims to identify the risk factors and behavior of this elderly person prone to suicide, and to analyze the performance of the primary care nurse in the prevention of these factors. As a methodology the bibliographic research and qualitative approach were chosen, the databases used were the Manuals of the Ministry of Health, Scientific Articles, Guides, Manual of the Federal Council of Psychology, Manuals of the PBL, WHO and Monographs with publications between the years of 2010 to 2018. Only 23 articles were selected that contemplated the objectives formulated, resulting in the following analyzes: the suicides of the elderly are associated with risk factors such as depression, social isolation, family abandonment, chronic diseases, aging, use of alcoholic beverage occurring with and without family support, with and without medical supervision. It is necessary to recognize in suicidal behavior the warning signs given by those individuals who plan to commit suicide. As for the primary care nurse in these conditions, it is clear that they have a close relationship with the community, allowing them to identify negative changes associated with suicide in the behavior of those receiving care, and acting together with the family. However, it is still present the nurse's lack of preparation to deal with the suffering generated by suicidal behavior and suicide itself, lacking professional preparation to receive and refer the subjects who attempted suicide. Therefore, the importance of the nurse practitioner's role in basic prevention in suicide prevention is highlighted

Keywords: Suicide. Seniors. Nurse. Toprevent.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Mitos e Verdades a Respeito do Comportamento Suicida.....	22
Quadro 2 – Relação de Artigos.....	37

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AIVD – Atividade Instrumental da Vida Diária
APS – Atenção Primária a Saúde
AVDB – Atividades de Vida Diária Básicas
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Pessoa Idosa
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SIAB – Sistema de Informação da Atuação Básica
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1	DEFINIÇÃO, TENTATIVA E PENSAMENTO SUICIDA.....	14
2.2	SUICÍDIO NO BRASIL E MUNDO.....	15
2.3	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL.....	16
2.4	VULNERABILIDADES LIGADAS AO ENVELHECIMENTO DO IDOSO.....	17
2.5	FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO.....	20
2.6	MITOS COMUNS SOBRE COMPORTAMENTOS SUICIDAS.....	22
2.7	PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA TERCEIRA IDADE.....	25
2.7.1	Atenção Básica.....	25
2.7.2	Atribuição dos profissionais da atenção básica no atendimento à saúde pessoa idosa.....	26
2.7.3	Políticas públicas de relevância para a saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde – SUS.....	29
2.8	ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA TERCEIRA IDADE.....	30
2.8.1	Prevenção do suicídio nos sobreviventes.....	34
3	METODOLOGIA.....	36
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	36
3.2	COLETA E AMOSTRAGEM DOS ARTIGOS.....	36
3.3	ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	37
3.4	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	39
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
4.1	FATORES QUE INFLUENCIAM O SUICÍDIO NA POPULAÇÃO IDOSA.....	40
4.2	COMPORTAMENTOS SUICIDAS IDENTIFICADOS NOS IDOSOS.....	42
4.3	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PREVENÇÃO DA ADESAO AO SUICÍDIO PELOS IDOSOS.....	44
5	CONCLUSÃO.....	48
	REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

O suicídio consiste em um problema de saúde crescente a nível mundial, e de alta complexidade, devido as suas causas e/ou razões serem multifatoriais (SOUSA *et al.*, 2018). Sendo atualmente a segunda principal causa

de morte no mundo entre as pessoas de 15 a 29 anos, com uma acentuada incidência em pessoas com 70 anos ou mais (RIO DE JANEIRO, 2016).

Calcula-se que ocorra mais de 800 mil pessoas tirando a própria vida por ano (BRASIL, 2017a), com a cada 40 segundos uma pessoa cometendo suicídio no mundo, enquanto que a cada 3 segundos uma pessoa tenta contra a própria vida (OMS, 2000). Este ato é considerado um comportamento autodestrutivo ou qualquer forma de atividade cuja intenção final seja a morte (SILVA; CORRÊA, 2016).

Diante disto, o Brasil, em 2025, terá a sexta maior população idosa do mundo com cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (MORAES, 2012). Repercutindo devido à idade geralmente marcada por sentimento de perda, desorientação e solidão, no aumento nos índices de morte e suicídio nessa população (MARTINI; MELLO; XAVIER, 2013).

Esta prevalência é significativamente relacionada a fatores de risco tais como: patologias de ordem psíquica como depressão em maior evidência; doenças debilitantes, crônicas; uso de substâncias psicoativas; conflitos familiares; perda de autonomia; perdas financeiras; estar desempregado ou aposentado; perda de entes próximos; tentativas anteriores de suicídio; ansiedade; tristeza profunda; presença de desesperança e isolamento social (PEREIRA; ALVARENGA, 2018).

Dessa forma, são os homens que apresentam o maior índice de suicídios, em torno de três vezes mais do que as mulheres. Enquanto que inversamente, as tentativas de suicídio são, em média, três vezes mais frequentes entre as mulheres (ABP, 2014). O comportamento suicida inicia-se com o pensamento de que uma ação autoinfligida resulte em sua morte, seguida pelo planejamento, a tentativa e por último o próprio suicídio (RIO DE JANEIRO, 2016).

Tornado assim, o momento ideal para as intervenções de enfermagem. E a equipe de atenção primária como atuam diretamente com a comunidade, e por seu conhecimento com a mesma, lhes são permitido reunir apoio de outras organizações e apoio familiar, proporcionando uma assistência integral aos pacientes nessas condições (SOUSA *et al.*, 2018).

Neste sentido, é necessário que a equipe de enfermagem, que está inserida na atenção básica, esteja orientada e capacitada para que a atenção ao idoso ocorra de forma ampla, e identifique suas necessidades. Pois, diante desta população envelhecida, estes profissionais devem estar devidamente preparados para identificar problemas inerentes ao processo do envelhecimento, muitos deles podendo estar mascarados por outros problemas de saúde (ROSSO *et al.*, 2014).

A identificação do risco de suicídio, a ocorrência de tentativa, ou a efetivação deste ato, exigem da equipe de Atenção Primária a Saúde (APS), além da escuta atenta e acolhedora, a realização do manejo do caso e articulação de rede necessária para garantir suporte consistente (RIO DE JANEIRO, 2016), cabendo ao enfermeiro prevenir e recuperar a saúde da pessoa idosa. Realizando por meio da consulta de enfermagem a avaliação dos aspectos complexos e variados, de forma multidimensional, e contemplando várias dimensões de suas vidas (ROSSO *et al.*, 2014).

Diante de tais considerações, destaca-se a necessidade de realização de intervenções preventivas destinadas aos idosos, visto que, Moura *et al.*, (2011) apontam que este grupo apresenta os fatores mais vulneráveis para o suicídio, além de representarem a população que mais cresce no Brasil e no mundo, tornando assim, crucial estar atento para os problemas sociais e de saúde que os afetam (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

A escolha do tema se deve pela necessidade de saber quais os fatores de risco e comportamentos propenso ao suicídio. Já que, segundo ABP (2014), existem ainda, muitos erros e preconceitos relacionados ao suicídio, e uma acentuada incidência de suicídio em pessoas com 70 anos ou mais (RIO DE JANEIRO, 2016), sendo imprescindível, que o profissional enfermeiro da atenção básica esteja preparado para atender esse paciente, assegurando aos mesmos a informação e o acompanhamento adequado.

Logo, objetivou-se: identificar os fatores de risco e o comportamento desse idoso propenso ao suicídio, e analisar a atuação do enfermeiro da atenção básica na prevenção destes fatores que influenciam o suicídio nessa população.

A presente pesquisa é composta por quatro partes principais: a primeira diz respeito ao enquadramento teórico; a segunda refere-se à apresentação da metodologia, a terceira apresentação aos resultados obtidos e as discussões, e quarta as considerações finais, encerrando-se com as referências.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DEFINIÇÃO, TENTATIVA E PENSAMENTO SUICIDA

Suicídio é o ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, através de um meio que ele acredita que irá colocar um fim em sua vida (ABP, 2014). Podendo ser realizado por indivíduos de diferentes origens, classes sociais, idades, orientações sexuais e identidades de gênero (BRASIL, 2017c).

A tentativa de suicídio chega a ser semelhante ao ato consumado, porem incompleto, que deixa indícios, tanto implícitas ou explícitas de que a pessoa tinha intenção de morrer. Enquanto que o pensamento suicida consiste em várias atitudes que incluem, o próprio pensamento de que uma ação contra ela mesma resulte em sua morte, o planejamento, a tentativa e o próprio suicídio (RIO DE JANEIRO, 2016).

O suicídio é o ato de colocar fim a própria vida intencionalmente. Enquanto que o comportamento suicida pode ser compreendido em três categorias: ameaças de suicídio, ou seja, quando a pessoa demonstra sinais de que tem a possibilidade de se suicidar; tentativas de suicídio, que são as ações autodirigidas, realizadas pela própria pessoa que pode pôr um fim a sua vida, caso não haja intervenções e o suicídio que é o ato consumado (MEDEIROS-FILHO *et al.*, 2015).

Os sinais de pessoas propensas a cometerem o suicídio são confessar se sentirem sem esperanças, culpadas, com falta de autoestima, visão negativa do futuro, começam a escrever seus testamentos ou fazer seguro de vida e também procuram se isolar, parando de interagir nas redes sociais, não atendendo a telefonemas e cancelando todas as atividades sociais (BRASIL, 2017c).

A adesão ao suicídio não é aleatória, mas embasa em fuga da realidade atual do indivíduo, que se demonstra assombrosa, triste, solitária e muitas vezes abandonada, levando o a enxerga como uma “melhora” e forma de solução para seu sofrimento intenso (MEDEIROS-FILHO *et al.*, 2015).

Neste contexto, temos os idosos que constituem o grupo com fatores mais vulneráveis para o suicídio, como solidão, a perda dos vínculos, os maus-tratos, o abandono, entre outros (MOURA *et al.*, 2011). Além de representarem a população que mais cresce no Brasil e no mundo. Tornando assim, necessário estar atento para os problemas sociais e de saúde que os afetam (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

2.2 SUICÍDIO NO BRASIL E MUNDO

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que o suicídio é responsável por mais de 800 mil óbitos por ano, o que corresponde a uma morte a cada 40 segundos, sendo que a cada três segundos uma pessoa tenta pôr fim a própria vida (BRASIL, 2017a). Esta também é a segunda maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. Por isso, milhões de pessoas são afetadas por casos de suicídio a cada ano, incluindo o luto (ABP, 2016).

Os homens são os mais afetados pelo suicídio, especialmente aqueles com 70 e mais anos de idade. Os suicídios masculinos são duas a quatro vezes mais frequentes dependendo da faixa etária, enquanto a partir dos 70 anos o risco do homem se suicidar é seis vezes maior que o risco da mulher. Por outro lado, as tentativas de suicídio são 2,2 vezes mais frequentes entre mulheres comparadas aos homens (BRASIL, 2017d).

Somente no Brasil entre os anos de 2011 e 2016 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), um total de 176.226 lesões autoprovocadas, divididas em um total de 27,4% (48.204) somente de tentativas de suicídio. Com 65, 9% de casos de mulheres e 60.098 (34,1%) de caso de homens (BRASIL, 2017b).

Outros dados do SINAN abordam que entre 2011 e 2016, os três principais meios mais utilizados por ambos os sexos, foram o enforcamento, seguido pela intoxicação exógena, e por último a arma de fogo pelos homens, enquanto que as mulheres optaram mais por outras formas (BRASIL, 2017a).

Nos municípios do Brasil entre os anos de 2010 a 2015 foram registrados por regiões as maiores concentrações de suicídios, sendo divididos em região Sudeste com 38% dos suicídios e 42% da população, e a região Sul com 23% dos suicídios e 14% da população (BRASIL, 2017a).

A cada ano ocorre no Brasil cerca de 10 mil mortes por suicídio, sem regressão ao longo dos últimos anos, apresentando-se com uma taxa bruta de suicídio de 5,5/100 mil habitantes no ano de 2015 (BRASIL, 2017d).

Com o aumento de suicídio, pode acontecer de que até 2020 a incidência de mortes por suicídio sofra um acréscimo de 50% anualmente de mortes em todo o mundo, levando ao número de vidas perdidas, a cada ano, ultrapassa o número de mortes decorrentes de homicídio e guerra combinados (ABP, 2014).

Repercutindo assim, num gigantesco impacto na vida de pelo menos outras seis pessoas, tanto direto quanto indiretamente, que sofrerão com sentimentos como luto, raiva, tristeza e culpa em relação ao ente querido que faleceu de suicídio (ABP, 2016).

2.3 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL

O envelhecimento populacional está sendo definido como uma grande mudança na estrutura etária da população, em consequência do aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, e passando assim, a ser considerado como o início da velhice. A idade que está marcando no Brasil esse início é aos 60 anos, enquanto que para a Organização Mundial de Saúde, nos países desenvolvidos o idoso é aquele que tem 65 anos ou mais (BRASIL, 2010).

Ainda, entre este grupo de pessoas idosas, temos os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada", definido por idade igual ou maior que 80 anos, que vêm crescendo proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, 12,8% da população idosa e 1,1% da população total (BRASIL, 2006).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), afirmam que atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira (BRASIL, 2010).

A realidade atual das maiores sociedades, apresenta estimativa para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos a mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2006).

Esta acelerada transição demográfica no Brasil, ocorre devido à elevada diminuição na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Com estimativa para até o ano de 2025, o Brasil estará em sexto lugar como o país com maior número de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (MORAES, 2012).

Com o aumento do número de idosos, cresce também o número de doenças crônicas não transmissíveis que podem contribuir para o comprometimento da saúde dos idosos, alterando sua capacidade para autocuidado, independência e autonomia (ROSSO *et al.*, 2014).

O envelhecimento geralmente ocorre de maneira natural, apresentando apenas uma diminuição progressiva da reserva funcional, sem provocar qualquer problema no indivíduo. Contudo muitas vezes pode ocorrer uma condição patológica que requeira assistência direta, surgindo em consequências a condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional (BRASIL, 2006).

2.4 VULNERABILIDADES LIGADAS AO ENVELHECIMENTO DO IDOSO

A idade avançada é o momento ideal da manifestação de doenças, que podem gerar incapacidades e afetar a funcionalidade das pessoas idosas, dificultando ou impedindo a realização de atividades cotidianas de maneira independente, o que leva ao comprometimento significativo da qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2006).

A evolução de incapacidades na pessoa idosa e a perda da capacidade de execução das atividades cotidianas é relacionada a fatores como ter mais que 80 anos de idade, com autoavaliação negativa da saúde, históricos de internações, alterações cognitivas, déficit visual, multimorbidades, isolamento social, baixa escolaridade e baixa qualidade de vida (ROSSO *et al.*, 2014).

Quando comprometidas as atividades de vida diária básicas (AVDB), que são importantes para a auto preservação e sobrevivência do indivíduo, estando relacionadas ao autocuidado, o nível de dependência funcional do idoso pode ser classificar em independência, semi-dependência, dependência incompleta, onde ele vai apresenta comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), e a dependência completa que é o comprometimento de todas as AVD, inclusive a alimentação (MORAES, 2012).

Autonomia significa a liberdade para agir e tomar decisões, independência a capacidade de realizar atividades sem ajuda, ou supervisão de outra pessoa, enquanto que dependência constitui precisa da ajuda de outra pessoa para realizar as atividades cotidianas (ROSSO *et al.*, 2014).

Outras atividades que podem ser afetadas são as instrumentais da vida diária (AIVD), sendo mais complexas e tratam da capacidade do idoso viver sozinho na comunidade e desempenhar atividades como utilizar meio de transporte, usa corretamente medicamentos, fazer compras e tarefas domésticas leves e pesadas, além de utilizar o telefone, preparar refeições e cuidar das finanças (ROSSO *et al.*, 2014).

E por último as atividades de vida diária avançadas que são as atividades direcionadas a convivência em grupo, interagir socialmente, participar de atividades religiosas, serviço comunitário, organização de eventos, uso de meios tecnológicos como internet, e-mail, adquirir hobbies, dentre outros (MORAES, 2012).

Este processo fisiológico do envelhecimento gera alterações nos mecanismos de equilíbrio, de defesa e de adaptação do corpo humano. Favorecendo a aparição de doenças, devido a vulnerabilidade do organismo a qualquer estímulo traumático, infeccioso ou psicológico (BRASIL, 2006).

As alterações funcionais originam as incapacidades, que resultam nas grandes síndromes geriátricas: a incapacidade cognitiva, a instabilidade postural, a imobilidade, a incontinência e a incapacidade comunicativa. Tornando assim, a família, essencial para o bem estar biopsicossocial do idoso, e a sua falta é principal agente desencadeador da perda de autonomia e independência (MORAES, 2012).

O idoso sofre com estas alterações, já que, repercutem nas suas atividades de vida diárias, como por exemplo, a diminuição das capacidades sensório-perceptivas, que afetam a comunicação das pessoas idosas e conseqüentemente sua interação social, levando-os a se isolar da sociedade. E também do convívio familiar (BRASIL, 2006).

A maioria dos idosos convive com os cônjuges e parentes, enquanto que 17,9% vivem sozinhos. Desse total são 67% mulheres, que tem como único meio de aproximação dos membros da família o contato por telefone. Elas vivem em média oito anos a mais que os homens, o que associado a viuvez, torna o sentimento de perda, a desorientação e a solidão fatores que contribuem para um aumento nos índices de morte e suicídio (MARTINI; MELLO; XAVIER, 2013).

A sociedade considera a aposentadoria como um indicador de envelhecimento, assim como a condição de avós, viuvez e ocorrência de doenças. Para os homens o marco é a saída do emprego, o que leva a sentimentos como a perda da função de chefe e provedor da família, refletindo num elevado estresse com a diminuição da renda familiar (MARTINI; MELLO; XAVIER, 2013).

A OMS (2000) alerta que são os homens que cometem mais suicídio que mulheres, enquanto que elas são as que mais tentam. E fatores como a perda do emprego, mais do que o fato de estar desempregado, as pessoas divorciadas, viúvas e solteiras, e as que vivem sozinhas ou são separadas são mais vulneráveis a cometerem o suicídio.

Os sentimentos como sensação de abandono, inutilidade, medo de envelhecer, da perda do funcionamento físico e mental, de uma doença crônica dolorosa e de uma condição progressivamente degenerativa, tornam-se preocupações comuns, na vida dos idosos. Levando a dependência e aceitação das limitações por parte do idoso, e a capacidade de permitir-se ser dependente quando necessário (MARTINI; MELLO; XAVIER, 2013).

As doenças crônico-degenerativa podem afetar a capacidade funcional, resultando na imobilidade que gera consequências, físicas e psíquicas, como perda de independência e autonomia, reduzindo o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos (ROSSO *et al.*, 2014). No maior grau de imobilidade, o idoso torna-se dependente completo e, apresenta déficit cognitivo avançado, contraturas generalizadas e múltiplas, incontinência urinária e fecal (MORAES, 2012).

A incontinência urinária afeta de 30 a 60% das pessoas idosas, sendo definida como: a perda de urina em quantidade e frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico. Apresentando consequências psicológicos que podem ser tão graves a ponto de levar a pessoa idosa a isolar-se socialmente, a sentir-se constrangida e até a desenvolver um quadro de depressão (ROSSO *et al.*, 2014).

A depressão faz parte das patologias psiquiátricas mais incapacitantes entre idosos, conhecida em todas as culturas, e que afligi uma parcela considerável da população. Sem distinção, acomete ambos os sexos e todas as etnias, aumenta sua prevalência com a idade e se constitui fator de maior prejuízo pessoal, funcional e social da atualidade (MARTINI; MELLO; XAVIER, 2013).

Tendo como maior prevalência no sexo feminino que no sexo masculino com proporção de 2:1. Além da prevalência de pessoas idosas doentes ou institucionalizadas também ser maiores. Já que, quanto mais grave o quadro inicial e a não realização de tratamento, pior o prognóstico, que tende a aumentar o comprometimento físico, social e funcional afetando sua qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Esta doença apresenta fatores psicossociais relacionados à depressão como o falecimento do cônjuge, o afastamento dos filhos, a diminuição de rendas, as limitações físicas, a aposentadoria e as modificações no contexto social, que devem ser considerados, pois podem afetar o idoso de diversas maneiras. Devendo ser tratada, pois é a doença psiquiátrica mais comum que leva ao suicídio (MARTINI; MELLO; XAVIER, 2013).

2.5 FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Segundo a OMS (2006) são comuns os comportamentos suicidas em certas circunstâncias devido a fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais. E calcula-se que 90% das pessoas que cometeram suicídio tinham alguma perturbação mental e que, 60% deles estavam deprimidos. O que demonstra existir uma associação entre os tipos de perturbações do humor e os comportamentos suicidas.

É importante conhecer as situações que atuam como fatores de risco para o suicídio, para assim, ajudar os profissionais de saúde na identificação de situações de risco e de crise (RIO DE JANEIRO, 2016).

Os principais fatores de risco para o suicídio, são a tentativa previa de suicídio, que tem como fator preditivo, ter cinco a seis vezes mais chance de tentar suicídio novamente, com dados estimando que 50% dos que já se suicidaram já aviam tentando anteriormente (ABP, 2014).

E alguma doença mental, não tratada, não diagnostica ou com tratamento incompleto, como depressão, transtorno bipolar, alcoolismo e abuso/dependência de outras drogas e transtornos de personalidade e esquizofrenia. Sendo que quanto mais diagnósticos de comorbidades psiquiátricas, maior o risco de cometer suicídio (ABP, 2014).

A prevalência da esquizofrenia situa-se ao redor de 1% da população do mundo. E aproximadamente 10 a 15% desses doentes comentem suicídio, o que tornar está a mais comum causa de morte entre os indivíduos que sofrem com a psicose (BRASIL, 2011). Devido a própria compreensão quanto a perturbação mental, poucos anos de tratamento e sintomas severos de depressão, que associados aumentam o risco de suicídio desta população (OMS, 2006).

A depressão afeta entre 10% e 25% das mulheres ao longo da vida e entre 5% a 12% os homens (BRASIL, 2011). Sendo diagnosticada na maioria dos casos de suicídios consumados, devido a manifestação de sintomas comuns de depressão, que interferem na vida normal da pessoa, como: se sentirem tristes durante a maior parte do dia, inúteis, com perda diariamente do interesse em atividades rotineiras (OMS, 2000).

Além de apresentarem perda ou ganho de peso, dormem demais ou de menos ou acordam muito cedo, sentem-se cansados e fracos o tempo todo, culpado e sem esperança, com dificuldade em concentrar-se, tomar decisões ou lembrar-se das coisas e ter pensamentos frequentes de morte e suicídio (OMS, 2000).

Esta doença é um fator importante associado ao suicídio pela população idosa, apresentando-se em sua sintomatologia própria ou ligada a questões de sofrimento físico-crônico ou, ainda, a problemas de ordem social e cultural (MEDEIROS-FILHO, 2015). E todo fator de risco em conjunto com o humor depressivo, aumenta a probabilidade de suicídio, inclusive quando o sentimento de desesperança decorrente de circunstâncias difíceis da vida, e constitui um indicador ainda mais potente do risco de suicídio do que a depressão por si mesma (OMS, 2006).

Outros exemplos de fatores ligados diretamente aos idosos, são a perda de parentes, sobretudo do cônjuge; solidão; existência de enfermidades degenerativas e dolorosas; sensação de estar dando muito trabalho à família e ser um peso morto para os outros (ABP, 2014). Onde o suicídio, passa a ser a forma de lidar com o sofrimento, uma fuga da dor de existir. Podendo ser considerado ainda, uma carta na manga, e que deve ser usada quando a vida for sentida pelo indivíduo como insuportável (RIGO, 2013, p. 31).

A ideação persistente sobre fazer-se mal e planos definidos e preparações para cometer suicídio. Que é quando o indivíduo tem os meios, a oportunidade, um plano específico para consumir o suicídio, e a falta de algo ou alguém que o detenha, constitui outro fator importante de risco (OMS, 2006). Esta ideação suicida passa por estágios, iniciando pela imaginação da ideia suicida, segundo do um plano de como se matar, que pode ser implementado por meio de ensaios realísticos, e por fim, a ação destrutiva completa (BRASIL, 2011).

Porém, o resultado de um ato suicida depende de uma multiplicidade de fatores que nem sempre envolve planejamento. Sendo três as características próprias do modo em que se encontra o estado mental da maioria dos indivíduos sob risco de suicídio: ambivalência, é o predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte; impulsividade, é suicídio por um ato impulsivo, desencadeado por eventos negativos e a rigidez/construção: passam a ter pensamentos, sentimentos e as ações sobre o suicídio como única solução e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema (BRASIL, 2011).

Sendo demonstrado por aqueles que idealizam o suicido, seus pensamentos e intenções, por meio de sinais e comentários, do tipo “quero morrer”, está sendo inútil, entre outros (BRASIL, 2011). Um total de 70% dos idosos, são os que partilham as suas ideações suicidas com um membro da família ou com outros indivíduos antes de realizarem o suicídio (OMS, 2006).

2.6 MITOS COMUNS SOBRE COMPORTAMENTOS SUICIDAS

Muitos desconhecem, mas a pessoa que tem intenção de tirar a própria vida, busca falar sobre, e até mesmo dão indícios de que planejar pôr fim a vida. Através de sinais que podem ser encontrados na história de vida desses indivíduos, e que expressam risco de comportamento suicida (BRASIL, 2017c).

Como por exemplo Brasil(2011): comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos, pouca rede social, alguma doença psiquiátrica, alcoolismo, ansiedade ou pânico, mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia, mudança no hábito alimentar e de sono, tentativa de suicídio anterior, odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha, uma perda recente importante, morte, divórcio e separação.

Enquanto que outros também apresentam, história familiar de suicídio, desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, e sentimentos de solidão, impotência, desesperança, pensar em cartas de despedida, tem alguma doença física crônica, limitante ou dolorosa e menção repetida de morte ou suicídio (BRASIL, 2011).

Porém, nem sempre a pessoa consegue dizer abertamente seus pensamentos suicidas, o que torna necessário ser receptível para reconhecer a existência da vontade de morrer, e assim permitir que a pessoa fale sobre o que se passa com ela, seus sentimentos, sem ser julgada ou mal interpretada (RIO DE JANEIRO, 2016).

Este assunto é ainda complicado, cheio de tabus, e até muitos profissionais encontram dificuldades na hora de abordar o tema para o público em geral (RIO DE JANEIRO, 2016). Existindo muitos erros e preconceitos relacionados ao suicídio, que acabam por leva as pessoas a se sentirem desconfortáveis, envergonhada e discriminadas, além de contribuir para criação de um estigma em torno da doença mental e do comportamento suicida (ABP, 2014).

Quadro 1 – Mitos e Verdades a Respeito do Comportamento Suicida

Mitos	Verdades
Mito 1: As pessoas que falam sobre o suicídio não farão mal a si próprias, pois querem apenas chamar a atenção.	FALSO. Todas as ameaças de se fazer mal devem ser levadas muito a sério.
Mito 2: O suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso.	FALSO. Morrer pelas suas próprias mãos pode parecer ter sido impulsivo, mas o

	suicídio pode ter sido ponderado durante algum tempo. Muitos indivíduos suicidas comunicam algum tipo de mensagem verbal ou comportamental sobre as suas ideias da intenção de se fazerem mal.
Mito 3: Os indivíduos suicidas querem mesmo morrer ou estão decididos a matar-se.	FALSO. A maioria das pessoas que se sentem suicidas partilham os seus pensamentos com pelo menos uma outra pessoa, ou ligam para uma linha telefónica de emergência ou para um médico, o que constitui prova de ambivalência, e não de empenhamento em se matar.
Mito 4: Quando um indivíduo mostra sinais de melhoria ou sobrevive a uma tentativa de suicídio, está fora de perigo.	FALSO. Na verdade, um dos períodos mais perigosos é imediatamente depois da crise, ou quando a pessoa está no hospital, na sequência de uma tentativa. A semana que se segue à alta do hospital é um período durante o qual a pessoa está particularmente fragilizada e em perigo de se fazer mal. Como um preditor do comportamento futuro é o comportamento passado, a pessoa suicida muitas vezes continua em risco.
Mito 5: O suicídio é sempre hereditário.	FALSO. Nem todos os suicídios podem ser associados à hereditariedade e estudos conclusivos são limitados. Uma história familiar de suicídio, no entanto, é um fator de risco importante para o comportamento suicida, particularmente em famílias onde a depressão é comum.
Mito 6: Os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre alguma perturbação mental.	FALSO. Os comportamentos suicidas têm sido associados à depressão, abuso de substâncias, esquizofrenia e outras perturbações mentais, além de comportamentos destrutivos e agressivos. No entanto, esta associação não deve ser

	sobrestimada. A proporção relativa destas perturbações varia de lugar para lugar e há casos em que nenhuma perturbação mental foi detectada.
Mito 7: Se um conselheiro falar com um cliente sobre suicídio, o conselheiro está a dar a ideia de suicídio à pessoa.	FALSO. Um conselheiro obviamente não causa comportamento suicida simplesmente por perguntar aos clientes se estão a considerar fazer-se mal. Na verdade, reconhecer que o estado emocional do indivíduo é real, e tentar normalizar a situação induzida pelo stress são componentes necessários para a redução da ideação suicida.
Mito 8: O suicídio só acontece “àqueles outros tipos de pessoas,” não a nós.	FALSO. O suicídio acontece a todos os tipos de pessoas e encontra-se em todos os tipos de sistemas sociais e de famílias.
Mito 9: Após uma pessoa tentar cometer suicídio uma vez, nunca voltará a tentar novamente.	FALSO. Na verdade, as tentativas de suicídio são um preditor crucial do suicídio.
Mito 10: As crianças não cometem suicídio dado que não entendem que a morte é final e são cognitivamente incapazes de se empenhar num ato suicida.	FALSO. Embora seja raro, as crianças cometem suicídio e, qualquer gesto, em qualquer idade, deve ser levado muito seriamente.

Fonte: OMS (2006, p. 9.).

Diante desses mitos falsos, elencados no Quadro 1, torna-se importante, deixarem de ser interpretados como ameaças ou chantagens emocionais, mas se tornarem avisos de alerta para um risco real (BRASIL, 2017c). Visto que ter pensamentos de morte não é algo raro, mas que pode se torna patológico quando eles passam a ser considerados como a única solução possível para o sofrimento. A ideação suicida inicia-se com ideias e pensamentos ligados ao desejo de se matar, que podem evoluir para a tentativa de suicídio e por fim para o suicídio consumado (MOURA *et al.*, 2011).

Já que o paciente que tenta suicídio apresenta cinco a seis vezes mais chances de retornar o ato novamente, exigindo do profissional o reconhecimento deste provável risco e a partir disso vim a determinar as possíveis estratégias para reduzi-

lo (ABP, 2014). Sendo relevante que a pessoa que escuta seja compreensiva, e esteja disposta a conversar sobre o porquê de tal comportamento, criando um ambiente tranquilo, sem julgar a pessoa afetada (BRASIL, 2017c).

Pois de maneira oposto a crença popular, falar sobre o suicídio não incentiva a pessoa a autoagressão, como a maioria pensa. Na verdade isso as deixam aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e as questões com as quais estão se debatendo, reduzindo a ansiedade e ajuda a pessoa a se sentir compreendida e aceitar ajuda (BRASIL, 2011; RIO DE JANEIRO, 2016).

2.7 PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA TERCEIRA IDADE

2.7.1 Atenção Básica

A atenção básica é a porta de entrada e contato preferencial do sujeito com o sistema de saúde, tendo como objetivo realizar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de prover cuidado, garantindo acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção a pessoas e famílias residentes em sua área de atuação (RIO DE JANEIRO, 2016).

Por ser a porta de entrada do SUS, é o modelo de saúde que mais se aproxima da realidade de vida dos indivíduos, permitindo uma visão holística do ser biopsicossocial, facilitando identificar o comportamento suicida. Auxiliando na percepção por parte do profissional, e funcionando como uma ferramenta facilitadora para o acolhimento, escuta qualificada e na criação do vínculo. Constituindo instrumentos de grande valor no processo saúde e doença (VABO *et al.*, 2016).

A partir dessa proximidade e territorialidade com o paciente e com a comunidade, é possível propiciar uma nova abordagem e uma nova compreensão acerca do suicídio. Quebrando o tabu que dificulta a prevenção, e expondo o quanto é imprescindível que existam programas educativos para formação de médicos e profissionais de cuidados da saúde primária para a efetiva e rápida identificação, avaliação e manejo de situações de risco (ABP, 2014).

Pois, neste ambiente a atenção a saúde da pessoa idosa, é realizada através de um processo de diagnóstico multidimensional, ou seja, abrange diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde e pessoa idosa e com os familiares, a história clínica, os aspectos biológicos, psíquicos, funcionais, sociais, e exame físico (BRASIL, 2006).

Além de segundo a Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, ser destinada a realização de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Exigindo assim, que a equipe de saúde que atua nesta unidade, esteja bem atenta e treinada para identificar qualquer tentativa ou intenção, por mais ingênua que se mostre, de possível suicídio. Visto que a identificação e a avaliação do risco suicida são competências que dizem respeito a toda a rede de saúde, sendo fundamental que todos estejam capacitados para realizá-la, por se tratar de uma grande questão de saúde pública mundial (ABP, 2014).

2.7.2 Atribuição dos profissionais da atenção básica no atendimento à saúde da pessoa idosa

Entre as funções das equipes da Atenção Básica, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários constituem alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social (BRASIL, 2006).

A maioria das pessoas que apresentam risco de cometer suicídio tendem a ter algum transtorno mental, e não procurar um profissional de saúde mental, mesmo em países desenvolvidos. Tornando a equipe de atenção básica, o acesso principal a essa população (OMS, 2000).

A equipe da atenção básica por está diretamente ligada a comunidade e oferecer cuidado continuado são bem aceitos pela população, conseguindo assim através do conhecimento oferecer os serviços de saúde para os que deles necessitarem, além de reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações (OMS, 2000).

Cabendo a eles identificar os idosos que apresentem risco em sua comunidade segundo a Organização Mundial da Saúde, aqueles acima de 80 anos ou mais; que vivem sozinhos; as mulheres idosas viúvas ou solteiras; os que vivem em instituições de longa permanência; os socialmente isolados; sem filhos; que têm limitações sérias ou disfunções; os casais de idosos quando um deles é incapacitado ou está muito doente e também os que contam com poucos recursos econômicos (MARTINI; MELLO; XAVIER, 2013).

Todos os profissionais da atenção básica tem a responsabilidade de assegurar a continuidade dos cuidados e a adesão ao tratamento, garantindo a integração com a saúde mental sobre os avanços e os problemas enfrentados pelos pacientes ao longo do tratamento. Acompanhando mesmo aqueles que já estão sob supervisão de profissionais de saúde mental (MOURA *et al.*, 2011).

A equipe multiprofissional que compõem a atenção básica são um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos e auxiliar ou técnico em saúde bucal, dentre outros, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais (ROSSO *et al.*, 2014).

Tendo com atribuições comuns a todos os profissionais da equipe (BRASIL, 2006):

- a) Planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência, conforme orientação deste Caderno.
- b) Identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização.
- c) Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - e outros para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa.
- d) Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade.
- e) Acolher a pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito.
- f) Prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal – ao longo do tempo.
- g) Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme Manual de Preenchimento específico.
- h) Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da pessoa idosa.
- i) Desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe.

E atribuições específicas do enfermeiro (BRASIL, 2006) são:

- a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.

- b) Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- c) Realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.
- d) Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem.
- e) Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe.
- f) Orientar o idoso, os familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.

Como profissional da atenção básica, o enfermeiro tona-se extremamente importante, já que, tem a oportunidade de manter um contato muito próximo ao cuidado prestado ao cliente, possibilitando a utilização de ferramentas que favoreçam abordagens assertivas na prevenção ao comportamento suicida (VABO *et al.*, 2016).

E o agente comunitário de saúde, durante suas visitas tem a possibilidade de identificar situações de vulnerabilidade para o suicídio, podendo trazer o problema para discussão com sua equipe (MOURA *et al.*, 2011). Exercendo um papel importante na união com a unidade, no monitoramento da situação e no suporte emocional, auxiliando inclusive a pessoa em sofrimento a buscar forças para comparecer nos grupos, nas consultas e demais atividades oferecidas pela unidade (RIO DE JANEIRO, 2016).

Na consulta de enfermagem o propósito é a avaliação da pessoa idosa e identificar os aspectos positivos e as limitações, de modo que possam ser realizadas intervenções efetivas e apropriadas, visando promover o funcionamento mais satisfatório e prevenir a incapacitação e a dependência (ROSSO *et al.*, 2014).

Cabendo ainda aos profissionais de saúde acompanhar as alterações que o envelhecimento causa no idoso, e compreendendo como o idoso se sente junto aos outros e consigo mesmo ao longo de todo esse processo; e avaliando junto com ele os aspectos que se relacionam com a sua interação com familiares, aspectos íntimos, sociais; com as ocupações, atuais e do passado; com a situação financeira, moradia e ambiente; com a espiritualidade, a sexualidade, o isolamento social, com as perdas e com a morte (MARTINI; MELLO; XAVIER, 2013).

Ressaltando ainda que a equipe de enfermagem da ESF, deve atua de forma sistematizada, com registro de todas as ações planejadas e desenvolvidas para o

indivíduo, família e/ou comunidade. Unindo as teorias e terminologias em enfermagem, para ser capaz de contemplar a realização do processo de enfermagem e sistematizar sua assistência (ROSSO *et al.*, 2014).

Visto que, na ESF é prestado uma assistência integral e contínua de boa qualidade à população, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde. E sua intervenção associa os fatores de risco a que essa população está exposta, humanizando as práticas de saúde por meio da relação de vínculo de confiança e contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença (ROSSO *et al.*, 2014).

2.7.3 Políticas públicas de relevância para a saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde – SUS

É importante ressaltar que no Brasil, o direito a saúde foi conquistado através da Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 2010).

E como objetivo as políticas públicas de saúde, visam garantir a toda população, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2010).

Diante disto, temos a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que define que a atenção à saúde dessa população será realizada através da Atenção Básica/Saúde da Família, e terá como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

Esta política, destinada pessoa idosa com 60 anos ou mais de idade, assegura a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

Neste contexto, ainda temos o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 10 de outubro de 2003, considerado uma das maiores conquistas da população idosa brasileira, devendo o Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2013).

Sendo especificado sobre o papel do SUS no capítulo Capítulo IV da referida Lei, sobre a garantia da atenção à saúde dessa população de forma integral e em todos os níveis de atenção, iniciado no seu artigos 15. Onde é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2013).

2.8 ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA TERCEIRA IDADE

A prevenção do suicídio envolve desde o atendimento e tratamento adequado das pessoas em sofrimento psíquico, como o controle ambiental dos fatores de risco, e o aumento da sensibilidade dos profissionais para percepção da presença do risco e a divulgação de informações apropriadas (RIO DE JANEIRO, 2016).

Sendo importante a integração da pessoa nas decisões clínicas, considerando sua história, e favorecendo o acolhimento e o vínculo entre quem cuida e quem é cuidado. Proporcionado uma abordagem que ofereça condições para que as pessoas com risco de suicídio, familiares e os cuidadores se envolvam nas decisões terapêuticas (RIO DE JANEIRO, 2016).

Expressões como “eu estou cansado da vida” ou “não há mais razão para eu viver”, podem ser indícios de risco de suicídio, tornando o contanto inicial fundamental para a avaliação e identificação pelo profissional da suspeita que exista a possibilidade de um comportamento suicida, e os seguintes aspectos necessitam ser avaliados: estado mental atual, plano suicida atual e sistema de apoio social da pessoa como a família, os amigos, e demais (BRASIL, 2011).

Não são todos que expressam claramente seus pensamentos ou sentimentos relacionados ao suicídio, por isso, é necessário estar sensível para reconhecer que a vontade de morrer pode estar presente e abrir um espaço para o diálogo, permitindo que a pessoa fale sobre o que se passa com ela durante o atendimento, sem julgamentos ou interpretações (RIO DE JANEIRO, 2016).

Tornando necessário que o profissional saiba avaliar o risco que o paciente apresente, como o baixo risco onde a pessoa teve alguns pensamentos suicidas, como “eu não consigo continuar”, “eu gostaria de estar morto”, mas não fez nenhum

plano. O Médio risco a pessoa tem pensamentos e planos, mas não tem planos de cometer suicídio imediatamente. E o alto risco em que pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente (BRASIL, 2011).

Neste contexto, deve-se tomar uma conduta a cerca deste risco, realizando uma escuta acolhedora para compreensão e amenização de sofrimento, ter total cuidado com possíveis meios de cometer suicídio que possam estar no próprio espaço de atendimento, nunca deixar a pessoa sozinha abordando a família e realizar o contrato de “não suicídio”, e em último caso encaminha-lo para o serviço de psiquiatria para avaliação, conduta e, se necessário, internação do mesmo (ABP, 2014).

O contrato de não-suicídio serve como uma abordagem implementada com o objetivo de prevenir o suicídio, onde as pessoas próximas podem ser incluídas e a negociação deve promover a discussão de vários aspectos relevantes, além de fornecer ao paciente apoio, esperança, e o encorajamento da independência que ele necessita para aprender a lidar de maneiras diferentes com os fatores estressores da vida (RIO DE JANEIRO, 2016).

Em relação ao trabalho das enfermeiras, as ações que desempenham quando realizam atendimento aos usuários com comportamento suicida se conjugam em prevenção e encaminhamento. Entre as atividades de prevenção realizadas pelas enfermeiras estão: escuta e acolhimento; orientação aos familiares da vítima de tentativa de suicídio e agendamento de consultas médicas; realização de acompanhamento por meio de visitas domiciliares e/ou consultas de enfermagem; identificação do risco para o suicídio e auxílio no uso das medicações (KOHLRAUSCH *et al.*, 2008).

Além de orientações sobre a importância de manter o usuário sempre acompanhado; conscientização da comunidade sobre problemas de saúde mental; verificação de história prévia de comportamento suicida e incentivo à socialização; estudo de caso, analisando quais são as possíveis causas do alto índice de suicídio e planejando grupos de saúde mental para usuários e familiares e orientação aos agentes comunitários de saúde sobre o problema (KOHLRAUSCH *et al.*, 2008).

Neste contexto, a família pode atuar junto ao profissional, fornecendo informações relevantes para compreensão da situação do paciente e compartilhando a responsabilidade do cuidado. Pois, mediante a relação do profissional com a comunidade e com os usuários, ele estará em vantagem para conhecer os recursos locais disponíveis para a rede de proteção e controle do suicídio (MOURA *et al.*, 2011).

Pois, entender as dificuldades das pessoas no seu contexto de vida e incluir a família no tratamento aponta para uma perspectiva mais complexa de intervenção, que cria uma rede afetiva para a pessoa com risco de suicídio. Auxiliando, nos casos mais complexos, que serão importante discutir com a equipe e solicitar o apoio dos profissionais de saúde mental do NASF e das equipes de saúde mental do território (ABP, 2014).

Dado que, muitos casos exigem um tempo maior de atendimento ao paciente, criação de vínculo e principalmente capacitação do profissional para a identificação dos transtornos mentais, como a depressão, que está presente na maioria das situações de suicídio. Tonando, importante está articulação da rede e interação das equipes de Saúde da Família, bem como das equipes matriciais (MOURA *et al.*, 2011).

Os quadros depressivos com risco de suicídio, dependendo da gravidade, podem ser acompanhados na atenção primária. Exceto, aqueles pacientes que apresentam sintomas psicóticos (pensamentos, sensações e experiências fora da realidade), que deverão ser manejados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mantendo ainda o vínculo com a APS (RIO DE JANEIRO, 2016).

Pois à alta prevalência, faz esta doença mental receber grande atenção por parte dos profissionais, além de fazer parte das estratégias de prevenção ao suicídio de alguns países, já que através do tratamento rápido e efetivo das depressões, resulta na garantia de vida de muitas pessoas (ABP, 2014).

Cabendo ao profissional da atenção primária estar atento e procurar suporte das equipes do NASF e dos CAPS nos casos em que o paciente corre o risco eminente de realizar atos contra si. Já que, os CAPS são responsáveis pela intervenção de crise em tempo hábil, adequada e dotada de efetividade. Além de que, esta ação conjunta é que dá forma a rede de vigilância, prevenção e controle do suicídio (RIO DE JANEIRO, 2016; MOURA *et al.*, 2011).

Sendo divididas em primeiro nível está na área da saúde, com profissionais de vigilância epidemiológica, serviços de urgência, de saúde mental e da atenção primária, que juntos vão criar os planos de cuidado para cada caso e o segundo nível que abrange integrantes de outros setores, públicos ou não, que vão definir e aplicar medidas de apoio às pessoas e suas famílias nestas situações de vulnerabilidades (RIO DE JANEIRO, 2016).

Como a abordagem do risco de suicídio e sua prevenção é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, independente em qual nível de atenção trabalhem

e não apenas nos centros com foco em saúde mental. Uma vez que a identificação e a avaliação do risco suicida são competências que dizem respeito a toda a rede de saúde, sendo fundamental que todos estejam capacitados para realizá-la, por se tratar de uma grande questão de saúde pública mundial (ABP, 2014).

Tonando necessário que os serviços de saúde estejam cada vez mais bem estruturados e capazes de promover resolutividade no que se refere a agravos, tais como tentativas de suicídio. Desse modo, torna-se relevante que o enfermeiro da atenção básica seja capaz de identificar precocemente os sinais e sintomas inatos do paciente, dedicando a atenção merecida ao mesmo, tendo em vista que, por meio do acolhimento adequado, é possível promover a garantia da qualidade do atendimento direcionado e eficácia do tratamento (SILVA *et al.*, 2017).

Pois devido as diversas problemáticas possíveis que a equipe de enfermagem pode-se deparar, exige a necessário que ela esteja devidamente qualificada para melhor identificar e compreender o paciente e sua família como um todo, adotando medidas assistenciais pertinentes à situação e estabelecer, assim, uma linha de cuidado humanizado (REISDORFER *et al.*, 2015).

Visto que as pessoas que tentaram os suicídio vão necessitar de tratamento continuado e serão acompanhadas pela atenção primária, ainda que sob a supervisão de profissionais de saúde mental. Sendo eles que asseguraram a continuidade dos cuidados e a adesão ao tratamento, garantindo a integração com a saúde mental e os avanços nos problemas enfrentados pelos pacientes ao longo do tratamento (MOURA *et al.*, 2011).

Tendo no âmbito da atenção primária a terapia de resolução de problemas, com objetivo de reduzir sintomas depressivos e ansiosos, e auxiliar os profissionais a apoiar pessoas no enfrentamento de situações de estresse. Ocorrendo através de quatro a seis encontros com duração de 30 minutos, com o objetivo de acolhe a pessoa em sofrimento ajudá-la a organizar seus pensamentos e pensar em estratégias práticas para o enfrentamento de seus problemas (RIO DE JANEIRO, 2016).

Com atuação dos profissionais de saúde, nesse nível de atenção, na realização de intervenções seguras, tecnicamente fundamentadas, que estimulem a proteção à vida. O que implica proximidade com os indivíduos e suas famílias, atenção voltada para a prevenção e habilidade para exercer suas funções profissionais, pelo fato de

estarem na mesma área em que convivem as pessoas que são atendidas (MACHADO, 2011).

E como ações estratégicas para a promoção da saúde, vigilância, prevenção do suicídio o profissional saúde realiza a notificação de todas as tentativas de suicídio ocorridas no município, preenchendo a de forma adequada e oportuna, de maneira imediata em até 24h. Sempre atualizado para facilitar e explicitar o registro da tentativa do suicídio com inclusão de novos campos e/ou ajustes em campos já existentes, elaborando materiais instrutivos para qualificação dos registros de notificações relacionadas ao suicídio (BRASIL, 2017d).

2.8.1 Prevenção do suicídio nos sobreviventes

Após um suicídio, inicia-se o luto que corre por meio de um período de ajustamento à uma morte que é experimentado por membros da família, amigos e outros contatos do falecido (ABP, 2014). Sendo conhecidos quem vive esse processo de “sobrevivente”, e apresentarem sentimentos que levem ao risco futuro de suicídio (TAVARES, 2013. p. 48).

Como sentimentos de luto do tipo negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, e também de vergonha, rejeição, culpa e abandono, entre tantos outros, relacionados à pessoa que morreu. Necessitando a família de suporte e assistência pela equipe de saúde (RIO DE JANEIRO, 2016).

Eles precisam de um espaço em que possam falar das suas emoções, do seu sofrimento. A interação social com pessoas que estão vivendo a mesma situação, proporcionar ajuda mútua e a quebra do silêncio em torno do problema, fortalecendo-os para enfrentar a vida (MOURA *et al.*, 2011).

Entre as estratégias que a APS pode desenvolver para acolher o luto daqueles que ficam, e experimentam uma das primeiras reações à dor pela perda vivenciada, temos os atendimentos individuais pela equipe da ESF, a abordagem familiar, o atendimento conjunto com NASF, os grupos na atenção primária, os grupos de suporte para familiares e se necessário o encaminhamento para outros níveis de atenção (RIO DE JANEIRO, 2016).

A realização destes grupos pelo profissional da atenção primária, visa proporcionar um espaço onde as questões ligadas ao suicídio possam ser faladas e compreendidas por esses sobreviventes. Estabelecendo assim, uma rede de suporte social para um atendimento integral ao grupo (MOURA *et al.*, 2011).

Principalmente pelo fato da tentativa de suicídio não ser considerado um crime, já que, o Estado não pretende aumentar o sofrimento daquele que tentou o suicídio. Pois é somente crime, segundo o Código Penal, art. 122, induzir ou instigar alguém a suicidar-se, ou seja, prestar auxílio para que o faça, implantando, quando o sujeito não pensava nisso, ou colaborando materialmente (BRASIL, 1941).

Sendo assim, está a melhor maneira de ajudar uma pessoa que fez ou está considerando fazer uma tentativa de suicídio, pois é realmente ouvindo que se desenvolve uma maior sensibilidade para o seu sofrimento (TAVARES, 2013, p.48).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com o propósito de encontrar na literatura quais os principais fatores de risco para o suicídio na terceira idade, os comportamentos demonstrados por eles e analisar como o profissional enfermeiro da atenção básica realiza ações de prevenção nesses fatores de suicídio dessa população, utilizando-se de uma abordagem qualitativa.

A pesquisa bibliográfica constitui um estudo que explica um problema a partir de referências teóricas publicada em artigos, livros, dissertações e teses promovendo o conhecimento das diferentes contribuições científicas acerca de um determinado tema, subsidiando suporte a todas as fases da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Nas palavras de Gil (2002) esta pesquisa é aquela fundamentada por material já elaborado, e encontrado em livros e artigos científicos. Permitindo ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Sendo indispensável nos estudos históricos, pois em muitas situações, não há outra maneira de conhecer os fatos passados se não com base em dados bibliográficos.

A pesquisa qualitativa é aquela em que o pesquisador tende a analisar os dados indutivamente, e considera que há um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Sendo o ambiente natural a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador o instrumento-chave. Além do processo e seu significado como os focos principais de abordagem (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

3.2 COLETA E AMOSTRAGEM DOS ARTIGOS

Para a preparação da presente pesquisa, foram utilizados diversos artigos publicados no período de 2010 à 2018, os quais respondiam aos objetivos propostos. Optou-se por esse período de tempo, por serem artigos referentes aos últimos oito anos, representando dessa forma um referencial com dados considerados atuais acerca da temática estudada.

Como bases de dados foram utilizadas o Manuais do Ministério da Saúde, Artigos Científicos, Guias, Manual do Conselho Federal de Psicologia, Manual da

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Organização Mundial de Saúde, Monografias. A busca dos artigos ocorreu no período de 01 a 30 novembro de 2018.

Durante a pesquisa os artigos encontrados foram analisados de maneira simples e rápida como forma de descobrir se poderiam ou não fazer parte da pesquisa. Os artigos selecionados obedeceram aos critérios de inclusão: estarem disponíveis na íntegra; ter sido publicado entre os anos de 2010 a 2018; aborda o tema em questão e os objetivos propostos. E como critérios de exclusão foram excluídos estudos que não tratavam especificamente do tema abordado, estavam incompletos ou que se mostravam repetidos.

Após pesquisa criteriosa nos bancos de dados acima mencionados e por meio de uma pesquisa mais direcionada aos objetivos, os quais abordavam a atuação do enfermeiro da atenção básica na prevenção dos fatores que influenciam o suicídio na população idosa, decidiu-se utilizar somente 23 artigos. Dos artigos utilizados 4 correspondiam ao ano de 2011, 2 ao ano 2013, 5 ao ano 2014, 3 ao ano de 2015, 4 ao ano de 2016, 1 ao ano de 2017, 4 ao ano de 2018.

3.3 ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Com a seleção dos artigos concluída, resolveu-se novamente observar quais foram os objetivos inicialmente propostos e através destes foram redigidos os resultados e discussões. A maneira escolhida para facilitar a discussão, foi realizar o fichamento dos artigos, de forma que foram separados em fichas as principais ideias apresentadas pelos autores em cada artigo. Os 23 artigos que foram encontrados e utilizados como amostra para a elaboração dos resultados e discussões são expostos no quadro 2.

Quadro 2 – Relação de Artigos

Ano	Título do artigo	Autores
2011	Motivos associados ao suicídio de pessoas idosas em autópsias psicológicas.	MINAYO <i>et al.</i>
2011	Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.	BRASIL.
2011	Prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e	MOURA <i>et al.</i>

	controle do suicídio e para os profissionais que a integram.	
2011	A Organização das Políticas e Gestão da Rede de Assistência na Atenção Primária à situação de risco para o suicídio.	MACHADO.
2013	Atenção integral à saúde do idoso: medicina, Eixo 3 A Assistência na Atenção Básica.	MARTINI; MELLO; XAVIER.
2013	Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos.	CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS.
2014	Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas.	SOUSA <i>et al.</i>
2014	Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás.	ROSSO <i>et al.</i>
2014	SUICÍDIO: informando para prevenir.	ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria).
2014	Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital.	SCHLÖSSER; ROSA; MORE.
2014	Orientações de condutas aos enfermeiros diante de um caso de ideação suicida: uma revisão narrativa.	AVELINO.
2015	A clínica do idoso em situação de vulnerabilidade e risco de suicídio.	CAVALCANTE <i>et al.</i>
2015	Fatores que influenciam o suicídio na população idosa: Uma revisão sistemática.	MEDEIROS-FILHO <i>et al.</i>
2015	Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida.	REISDORFER <i>et al.</i>
2016	Ações Do Enfermeiro Frente A Prevenção Do Suicídio: Uma Revisão De Literatura.	SILVA; CORRÊA.
2016	Comportamento suicida: um olhar para além do modelo biomédico.	VABO <i>et al.</i>
2016	Coleção Guia de Referência Rápida: Avaliação do Suicídio e sua Prevenção.	RIO DE JANEIRO.
2016	Suicídio: problema de saúde pública.	FERREIRA.
2017	Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio.	SILVA <i>et al.</i>

2018	SUICÍDIO: um estudo sobre os fatores de risco.	PEREIRA; ALVARENGA.
2018	A depressão como causa do desenvolvimento da ideação suicida na pessoa idosa e as consequências no âmbito familiar.	BARROSO <i>et al.</i>
2018	O Papel do Cuidador na Identificação dos Fatores Relacionados ao Suicídio de Idosos.	ALCÂNTARA <i>et al.</i>
2018	O suicídio de idosos em Teresina: fragmentos de autópsias psicossociais.	TEIXEIRA; MARTINS.

Fonte: Dados da pesquisa

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os aspectos éticos da pesquisa foram mantidos intactos, os direitos autorais foram preservados e todos os autores abordados na pesquisa foram referenciados na lista de referências. Sendo assim, esta monografia considerou em sua elaboração o respeito aos princípios éticos do trabalho científico.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 FATORES QUE INFLUENCIAM O SUICÍDIO NA POPULAÇÃO IDOSA

Em estudo realizado por Minayo *et al.* (2011) obtiveram que os suicídios em idosos ocorrem na maior parte das vezes, associando depressão, adoecimentos físicos, mentais ou limites funcionais, fatores situacionais e sociais, perdas, aposentadoria e queda no padrão de vida, revelando múltiplos fatores.

Isso ocorre, segundo Pereira e Alvarenga (2018), porque o envelhecer promove transformações que geram modificações sociais, biológicas e psíquicas que atuam com maior impacto, na vulnerabilidade da pessoa idosa, em especial de sua condição física.

Sousa *et al.* (2014) trazem à tona que no contexto social e cultural, em determinadas fases de vida, como aposentadoria, impossibilidade de exercer a profissão por dependências físicas e psicológicas e surgimento de doenças crônicas, os idosos se deparam com mudanças negativas e perdas que, frequentemente, lhes causam uma espécie de morte social e subjetiva.

Cavalcante *et al.* (2015) discutem em seus estudos sobre as formas de violência contra os idosos causadas pela família, como a negligência e o abandono, alertando que o efeito pode ser devastador, direcionando a vítima a um estado de tristeza profunda e, sobretudo a sensação de desvalor. Tornando o suicídio como uma opção para interromper o sofrimento vivido.

Na visão de Barroso *et al.* (2018), o idoso, perde sua identidade, assim como o sentido da vida, passando despercebidos pelos membros da família; apesar de possuírem forte e íntima relação, inclusive quando vão morar com os filhos, e são obrigados a se adaptar a rotina de vida que não é a sua, ocorrendo para eles, uma perda de autonomia, que abrange tanto seus bens, quanto seu espaço.

Neste contexto Alcântara *et al.* (2018) relatam que sem o apoio familiar, os idosos são deixados de lado e em seu convívio não são percebidos de modo particular, assim seus problemas não são ouvidos, sua expectativa de vida diminui e em alguns casos seu grito de socorro é ignorado, sendo encontrado no suicídio a única forma de amenizar esse sofrimento.

Do ponto de vista existencial, segundo Minayo *et al.* (2011), é presente a dificuldade diante do envelhecer e das famílias para tirar os idosos do lugar de provedor e os colocar no lugar de quem é cuidado. Constatando em seu estudo sobre suicídio em idosos no Estado do Rio de Janeiro entre 2004 e 2007, que este ato pode

atingir idosos com ou sem apoio familiar, com ou sem acompanhamento médico especializado, bem como pode afetá-lo na solidão ou no isolamento.

A depressão, segundo Teixeira e Martins (2018) representa o fator de risco para o suicídio mais relevante, pela literatura. Evidenciando nos cinco casos de suicídio de idosos ocorridos na cidade de Teresina, a ligação com os abandonos; solidão; vida tediosa; conflitos familiares; tristeza e negatividade profunda e percepção estigmatizada do envelhecer. Cavalcante *et al.* (2015) dizem que esta relação se dar por um único fator não ser capaz de explicar tentativas de suicídio.

Martini; Mello e Xavier (2013) explicam que a depressão faz parte das patologias psiquiátricas mais incapacitantes entre idosos, conhecida em todas as culturas, e que afligir uma parcela considerável da população. Sem distinção, acomete ambos os sexos e todas as etnias, aumenta sua prevalência com a idade e se constitui fator de maior prejuízo pessoal, funcional e social da atualidade.

Com isso Cavalcante; Minayo e Mangas (2013), abordam que o risco de suicídio está diretamente relacionado a maior a soma de doenças associadas à depressão e quanto mais grave for o limite funcional real ou imaginado. Além de quanto mais incisivas as pressões sociais ao longo de um ciclo de vida, mais grave o risco de suicídio, pois as defesas dos idosos tendem a estar mais fragilizadas.

Neste contexto Sousa *et al.* (2014) explicam que as doenças crônicas fazem parte da realidade de muitos idosos e costumam provocar alterações emocionais. Causando impacto na vida do idoso que passa de saudável e ativo à condição de doente, principalmente quando se soma a outros tipos de mudanças, como: saída do mundo do trabalho, afastamento dos companheiros de profissão, perda de entes queridos, deixando-o num não-lugar social.

Rosso *et al.* (2014) dizem que isso é resultado das doenças crônico-degenerativa afetarem a capacidade funcional, resultando na imobilidade que gera consequências, físicas e psíquicas, como perda de independência e autonomia, reduzindo o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos.

Teixeira e Martins (2018) identificaram seu estudo, os seguintes fatores psicossociais associados ao suicídio de idosos, como, a vida desprovida de sentidos, depressão, relações afetivas fragilizadas, comportamentos autodestrutivos como uso abusivo de álcool, traços de personalidade impulsivo-agressiva e ocorrência de tentativas de suicídio anteriores.

O idoso, retrata a fuga da realidade por meio do uso de bebida alcoólica, abalando as interações sociais e os vínculos afetivos, fragilizando o seu lugar no mundo (SOUSA *et al.*, 2014). Pois, segundo Teixeira e Martins (2018), este sofrimento é decorrente da união de diversos eventos estressores que marcaram a vida desses sujeitos os conduzindo a antecipar o próprio fim como forma de se livrar de uma dor intensa.

Barroso *et al.* (2018) complementam que para os idosos, ter que suportar dores físicas, diminuição da capacidade cognitiva, solidão e problemas sexuais, criam-se uma situação impraticável, quase insuportável. Portanto, é evidente uma maior vulnerabilidade, em razão dos aspectos socioculturais, biológicos e psicológicos que atualmente vivenciam, possuindo, dessa forma, mais predisposição a um potencial desejo suicida.

4.2 COMPORTAMENTOS SUICIDAS IDENTIFICADOS NOS IDOSOS

Medeiros-Filho *et al.* (2015) identificam que o comportamento suicida pode ser compreendido em três categorias: ameaças de suicídio; tentativas de suicídio, traduzidas por quaisquer ações autodirigidas, empreendidas pela própria pessoa e que poderá culminar em morte, caso não sejam interrompidas e suicídio, ou seja, a execução da intenção suicida.

Dito isso, Minayo; Figueiredo e Mangas (2017) alertam em estudo com idosos em instituições de longa permanência no Estado do Rio de Janeiro, que a idade dos que tentaram suicídio ou revelaram ideações suicidas variam entre 60 e 88 anos. Sendo a faixa etária entre 60 e 69 anos, concentrando os que têm comportamento de risco, vindo a seguir a de 80 anos e mais e, em terceiro lugar, a de 70 a 79 anos.

Barroso *et al.* (2018) relatam que, havendo a presença da tendência suicida no idoso, ou mesmo uma tentativa, é preciso bastante atenção, pois isso indica uma efetivação da ideologia autocida, ou seja, quem tira a própria vida, sendo necessário manter uma vigilância mais ativa nesses casos.

Para a OMS, isto ocorre devido ao estado mental dos suicidas apresentarem três características psicopatológicas, como ambivalência o desejo de viver e de morrer se confundem no sujeito, impulsividade o suicídio, por mais planejado que seja, parte de um ato que é gerado por eventos negativos e a rigidez, o pensar constante no suicídio sem conseguir perceber maneiras de enfrentar ou de sair do problema (ABP, 2014).

Salienta Ferreira (2016), que a ambivalência é o que a maior parte das pessoas em certos momentos de sua vida já pensou, são sentimentos confusos para cometer o suicídio. Em que os desejos de morrer ou viver alternam nos indivíduos suicidas, em concordância com o momento e a motivação que está passando.

Segundo Brasil (2011) a maioria das pessoas com ideias de morte comunica seus pensamentos e intenções suicidas. Dando, frequentemente sinais e fazem comentários sobre “querer morrer”, expressando “sentimento de não valer pra nada”. Sendo exclusivamente quatro os sentimentos principais de quem pensa em se matar, começando com “D”: depressão, desesperança, desamparo e desespero.

Contudo Rio de Janeiro (2016) aborda que nem sempre, isso ocorre, e a pessoa não consegue dizer abertamente seus pensamentos suicidas. ABP (2014) diz que isso, se dar pela existência de muitos erros e preconceitos relacionados ao suicídio, que acabam por leva as pessoas a se sentirem desconfortáveis, envergonhada e discriminadas, além de contribuir para criação de um estigma em torno da doença mental e do comportamento suicida.

Na visão da ABP (2014), o funcionamento mental gira em torno de três sentimentos: intolerável, inescapável e interminável. Existindo uma distorção da percepção da realidade com avaliação negativa de si mesmo, do mundo e do futuro. O passado e o presente reforçam seu sofrimento e o futuro é sombrio, sem perspectiva e com ausência de planos. Surgindo a ideação e a tentativa de suicídio, que pode culminar com o ato suicida.

Teixeira e Martins (2018) destacam que a falta de significado e de sentido entedia o ser humano e produz desconforto, tornando necessário que sua vida seja preenchida com algum tipo de contentamento. Desse modo, o tédio assemelha-se à depressão pelo idosos, especialmente pelo desinteresse e apatia manifestados em relação à própria vida.

Barroso *et al.* (2018) abordam que são diversos os fatores que podem dar ensejo ao desenvolvimento de um estágio depressivo, em que os principais sintomas são: tristeza profunda, forte desânimo, apatia, insônia, ausência de apetite, fadiga e dores corporais. Quando presente a percepção da vida de uma forma negativa, acompanhado de maus pensamentos, sentimento de culpa e inutilidade, perda do gosto de viver, podem ser dar o início de um sentimento suicida.

Segundo Brasil (2011) os sinais que indicam que determinada pessoa tem risco para o comportamento suicida, são: história familiar de suicídio, depressão ou apatia,

mudança no hábito alimentar e de sono, tentativa de suicídio anterior, odiar-se, sentimento de culpa, organizar documentos, escrever um testamento, e sentimentos de solidão, impotência, desesperança, pensar em cartas de despedida, doença limitante e menção repetida de morte ou suicídio.

Schlösser; Rosa e More (2014) consideram que mesmo que o comportamento suicida seja um ato consciente que vem dar um fim à própria vida, nem sempre este é o objetivo. Podendo ser uma forma de chamar atenção, cuidado ou como forma de castigar alguém emocionalmente, assim como forma de “pedido de socorro”. Necessitando, reconhecer os sinais de alerta dados por esses indivíduos que planejam cometer a consumação do ato.

Ferreira (2016) relata que cada um lida com suas particularidades à sua maneira, porém alguns escolhem e passam a ter ideações que acreditam ser a resolução de suas maiores dificuldades, sustentando assim a ideação suicida. Estas pessoas geralmente costumam ficar isoladas, não mantêm muito contato familiar, ou com grupos de amizades, o pessimismo é elevado e existe baixa autoestima e em alguns casos existem comportamentos autodestrutivos.

Na visão de Schlösser; Rosa e More (2014), o suicídio representa uma consequência final de um leque maior de situações que põem em risco a vida, considerando-as como comportamentos suicidas. Sendo o comportamento suicida definido pelos autores, como a preocupação, desejo ou ato que busca, intencionalmente, causar prejuízo a si mesmo.

4.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PREVENÇÃO DA ADESÃO AO SUICÍDIO PELOS IDOSOS

De acordo com Vabo *et al.* (2016), a atenção básica representa a porta de entrada do SUS, pois é o modelo de saúde que mais se aproxima da realidade de vida dos indivíduos, permitindo uma visão holística do ser biopsicossocial e facilitando a identificação do comportamento suicida.

Neste sentido Silva *et al.* (2017) explicam que o enfermeiro da atenção básica precisa ser capaz de identificar precocemente os sinais e sintomas inatos do paciente, dedicando a atenção merecida ao mesmo, tendo em vista que, por meio do acolhimento adequado, é possível promover a garantia da qualidade do atendimento direcionado e eficácia do tratamento.

Avelino (2014) traz à tona que a melhor maneira de identificar se a pessoa tem ideação suicida é perguntar para ela, ou seja, realizando uma adequada entrevista clínica. Estabelecendo assim, um relacionamento positivo com o paciente, por meio de uma conversa em um lugar tranquilo, reservado e com privacidade e dedicar tempo suficiente ao paciente, para que este possa se abrir adequadamente.

Rosso *et al.* (2014) complementam que, a consulta de enfermagem tem o propósito de avaliar a pessoa idosa e identificar os aspectos positivos e as limitações, de modo que possam ser realizadas intervenções efetivas e apropriadas, visando promover o funcionamento mais satisfatório e prevenir a incapacitação e a dependência.

Nas palavras de Reisdorfer *et al.* (2015) as intervenções da equipe de enfermagem frente a situações de risco para o suicídio consistem em acolher o paciente em local seguro para ambos, fazer a anamnese, o exame do estado mental, avaliar e classificar o risco para o suicídio, construir uma rede de apoio juntamente com serviços especializados, familiares/cuidadores e administrar terapia medicamentosa, se houver necessidade. Além de revisões periódicas do tratamento.

Segundo Moura *et al.* (2011) a família é essencial e pode atuar junto ao profissional, fornecendo informações relevantes para compreensão da situação do paciente e compartilhando a responsabilidade do cuidado. Mediante a relação do profissional com a comunidade e com os usuários, ele estará em vantagem para conhecer os recursos locais disponíveis para a rede de proteção e controle do suicídio.

Silva e Corrêa (2016) aprovam essa conduta, pois, o processo de cuidar precisa apresentar postura de compreensão e não de julgamento pelo comportamento de atentar contra sua própria vida. Este profissional deve ser o elo que irá estabelecer confiança e segurança com todas as pessoas envolvidas no cenário, para resultar de maneira positiva no tratamento e reabilitação do indivíduo que apresentou desejo de morte.

Contudo Machado (2011) aborda que mesmo considerando a forma de organização e planejamento das ações na Atenção Primária, estruturadas de acordo com territorialidade e adstrição, é possível perceber que nem sempre as equipes de saúde sentem-se preparadas para intervir em relação ao comportamento suicida, supostamente por acharem ser esse problema para os especialistas.

Vabo *et al.* (2016) corroboram ao constata em seu estudo de revisão de literatura de 17 artigos com resultado unânime, que é presente o despreparo do

enfermeiro, em sua grande maioria, para lidar com o sofrimento gerado pelo comportamento suicida e pelo suicídio propriamente dito, levando à banalização do problema. Sendo feita distinção entre problemas mentais e físicos, que levam à dicotomia do cuidado e à desvalorização das necessidades dos pacientes, com preconceito que desvaloriza as queixas dos pacientes.

Silva *et al.* (2017) relatam ao entrevistar seis enfermeiras da ESF do município de Teresina, que além da falta de preparo para lidar com essa situação tão delicada e complexa, existem incógnitas relacionadas ao tema pelo próprio profissional que, por não saber lidar com a situação, finda por vivenciar o sentimento de angústia, que pode ser reflexo da dificuldade de enxergar possíveis soluções para o problema. Isso ocorre segundo Vabo *et al.* (2016), porque este tema ainda é um tabu, cercado de preconceitos e juízos de valor por parte daqueles profissionais que se deparam com os casos em suas unidades de saúde.

De acordo com Silva e Corrêa (2016) é evidente que o indivíduo que tenta o suicídio apresenta desesperança, desespero, desamparo e impulsividade nesse processo de desenvolvimento do comportamento suicida. Portanto é fundamental que o enfermeiro durante a construção da sua formação, detenha de conhecimentos e estudo aprofundado sobre o tema, afim de compreender o ser subjetivo que existe por trás do sofrimento, com intuito de desenvolver ações de prevenção frente ao suicídio.

Apesar disso, Silva *et al.* (2017) dizem que embora a equipe da ESF e, particularmente, o enfermeiro como membro da equipe, tenha atribuições ampliadas de cuidados às necessidades da população específica, em relação às ações para prevenção do suicídio, ainda não se verificam ações organizadas no processo de trabalho desse profissional que possibilitem a identificação de riscos e vulnerabilidades relacionadas ao suicídio.

Segundo Machado (2011), os profissionais de saúde, em muitos casos, ainda não possuem uma preparação humanística adequada e profissional para receber e encaminhar os sujeitos que tentaram o suicídio, a fim de atendê-los na sua integralidade e encaminhar aos setores que possam tratar de seus problemas. Sendo necessário mais conhecimento, informação e formação aos profissionais que atuam na área, para melhor desempenharem suas atribuições e propiciarem melhores resultados para a sociedade, com um trabalho de qualidade.

Diante disto, Vabo *et al.* (2016) afirmam a relevância dos enfermeiros, que trabalham na Atenção Básica, em possuírem a adequada informação a respeito da

dinâmica do fenômeno suicida e dos comportamentos diretamente relacionados ao suicídio, para que a intervenção terapêutica possa ser elaborada de maneira mais apropriada para aqueles que apresentem características ao comportamento suicida.

Bem como segundo Reisdorfer *et al.* (2015) é necessário que eles estejam devidamente qualificados para melhor identificar e compreender o paciente e sua família como um todo, adotando medidas assistenciais pertinentes à situação e estabelecer, assim, uma linha de cuidado humanizado. Pois, quanto maior o conhecimento acerca do tema, maiores as possibilidades de implantação e aprimoramento de intervenções que visam a redução de danos, além do bem-estar desses indivíduos.

5 CONCLUSÃO

A partir deste estudo, pode-se constatar que o idoso precisa ser notado em sua multidimensionalidade, visto que o suicídio se apresenta oculto em um sofrimento pessoal, no qual estão inseridos os relacionamentos interpessoais, o ambiente social, político e cultural dos idosos.

Dentre os fatores de risco que levam o idoso ao suicídio, evidenciados pelos autores, as principais temos a depressão, isolamento social, abandono familiar, doenças crônicas, envelhecimento, uso de bebida alcoólica, que geram sofrimento intenso ao idoso. Além de afetarem qualquer pessoa idosa, independente do suporte familiar ou acompanhamento médico especializado.

Quanto ao comportamento suicida desses idosos, na percepção dos autores, é necessário reconhecer os sinais de alerta dados por esses indivíduos que planejam cometer o suicídio, principalmente quando o propósito, em alguns casos, seja, chamar atenção, já que nem todos, consegue dizer abertamente seus pensamentos suicidas, por se sentirem desconfortáveis, envergonhados e discriminados. Isolam-se, sem manter contato familiar, ou com grupos de amigos e manifestam uma avaliação negativa de si mesmo, do mundo e do futuro.

Neste contexto, perceber-se no estudo que o enfermeiro da atenção básica possui forte relação com o paciente em virtude do estabelecimento do vínculo, que é fortalecido a cada nova consulta de enfermagem. Permitindo a ele identificar mudanças negativas associadas ao suicídio no comportamento de quem recebe o atendimento, e atuar junto a família obtendo informações relevantes para compreensão da situação do paciente e compartilhando a responsabilidade do cuidado.

Entretanto, no que se refere especificamente ao suicídio, a maioria dos autores concordam que, é presente o despreparo do enfermeiro, para lidar com o sofrimento gerado pelo comportamento suicida e pelo suicídio propriamente dito, eles não possuem uma preparação profissional para receber e encaminhar os sujeitos que tentaram o suicídio. Considerando um tabu, cercado de preconceitos e juízos de valor ao se deparam com os casos em suas unidades de saúde, desvalorizado as necessidades dos pacientes, ao acharem que esse problema é somente dos especialistas.

Portanto, baseado nos resultados deste estudo, confirma-se a relevância do profissional enfermeiro da atenção básica na prevenção do suicídio, bem como da

capacitação para o atendimento dos referidos casos, levando assim, a diminuição da morbimortalidade. O profissional deve desenvolver habilidades para promover atividades preventivas com os usuários, com o objetivo de identificar e manejar adequadamente os portadores de fatores de riscos que possam desenvolver o comportamento suicida.

Deste modo, esta pesquisa foi importante para focar na temática e realizar mais estudos sobre o assunto, para detectar as formas de intervenções e proporcionar meios nas ações de cuidado e conseqüentemente melhorar o atendimento à população idosa que apresenta comportamento suicida. Além de reforçar que os profissionais que atuam na atenção devem ser capacitados para o cuidado na área, ressaltando a relevância da implantação de políticas de saúde que favoreçam um envelhecer saudável e o devido envolvimento e compromisso de gestores, profissionais de saúde e comunidade.

REFERÊNCIAS

ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). **SUICÍDIO: informando para prevenir**. Brasília: ABP/CFM, 2014. 52 p.

ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). **COMPORTAMENTO SUICIDA: conhecer para prevenir**. Rio de Janeiro: ABP/CFM, 2016. 26 p.

ALCÂNTARA, M. R. O.; MARANHÃO, T. L. G.; MARINHO, A. O. O.; MACEDO, L. C. O Papel do Cuidador na Identificação dos Fatores Relacionados ao Suicídio de Idosos. **Id onLine Rev. Mult. Psic.**, Araripina, v. 12, n. 39, p. 1981-1179, 2018.

AVELINO, J. A. **Orientações de condutas aos enfermeiros diante de um caso de ideação suicida: uma revisão narrativa**. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização), Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

BARROSO, M. L.; SILVA, S. B. F.; NEVES, F. P. B.; BRAGA, I. B. A depressão como causa do desenvolvimento da ideação suicida na pessoa idosa e as consequências no âmbito familiar. **Id onLine Rev. Mult. Psic.**, Pernambuco, v. 12, v. 41, p. 66-76, 2018.

BRASIL. **Decreto Lei Nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal, 119º da Independência e 52º da República, Rio de Janeiro, 1941.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Cadernos de Atenção Básica, n. 19, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12 Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde Mental, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3 ed., 2. Reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Setembro Amarelo: Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Perfil Epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Entendendo o suicídio.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil:2017 a 2020.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2985-2994, out. 2013.

CAVALCANTE, A. C. S.; SÉRVIO, S. M. T.; FRANCO, F. R. A.; CUNHA, V. P.; CACALCANTE, F. V.; NASCIMENTO, C. E. M. A clínica do idoso em situação de vulnerabilidade e risco de suicídio. **Revista Trivium Est. Interd.** Ano VII, 1 ed., p.74-87, 2015.

FERREIRA, G. S. Suicídio: problema de saúde pública. **Revista Conversatio**, Xaxim, v. 1, n. 2, p. 533-546, dez. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KAUARK, F.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: guia prático.** Ita- buna: Via Litterarum, 2010.

KOHLRAUSCH, E.; LIMA, M. A. D. S.; ABREU, K. P.; SOARES, J. S. F. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, Porto Alegre, v. 7, n. 4, p. 468-475, dez. 2008.

MACHADO, Á. C. **A Organização das Políticas e Gestão da Rede de Assistência na Atenção Primária à situação de risco para o suicídio.** 46 f. Trabalho de

Conclusão de Curso (Especialização), Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, 2011.

MARCONI, M. DE A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª Edição. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINI, J. G.; MELLO, A. L. S. F.; XAVIER, A. J. **Atenção integral à saúde do idoso: medicina**, Eixo 3 A Assistência na Atenção Básica, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

MEDEIROS-FILHO, J. A.; MACÊDO, E. L.; SILVA, E. C.; PEREIRA, E. F.; AGRA, G. Fatores que influenciam o suicídio na população idosa: Uma revisão sistemática. **Anais CIEH**, Campina Grande, v. 2, n. 1, 2015.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.

MINAYO, M. C. S.; CAVACANTE, F. G.; MANGAS, R. M.; SOUZA, J. R. A. Motivos associados ao suicídio de pessoas idosas em autópsias psicológicas. **Revista Trivum - Estudos Interdisciplinares**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, jun. 2011.

MINAYO, M. C. S.; FIGUEIREDO, A. E. B.; MANGAS, R. M. N. O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 981-1002, dez. 2017.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOURA, A. T. M. S.; ALMEIDA, E. C.; RODRIGUES, P. H. A.; RODRIGUES, P. H. A.; NOGUEIRA, R. C.; SANTOS, T. H. H. **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**. Porto Alegre: CORAG, 2011.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Transtornos mentais e comportamentais, Departamento de saúde mental, Genebra: OMS, 2000.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Prevenção do Suicídio: manual para conselheiros**. Departamento de saúde e abuso de substâncias, Gestão de perturbações mentais e de doenças do sistema nervoso. Genebra: OMS, 2006.

PEREIRA, A. C. R.; ALVARENGA, V. C. **SUICÍDIO: um estudo sobre os fatores de risco. Revista Educação, Saúde e Meio Ambiente**, Cerrado, 2018.

RIGO, S. C. Suicídio: Uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: Conselho Federal de Psicologia (Org). **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013, p. 30-40.

RIO DE JANEIRO. Coleção Guia de Referência Rápida: Avaliação do Suicídio e sua Prevenção. **Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2016.

REISDORFER, N.; ARAUJO, G. M.; HILDEBRANDT, L. M.; GEWEHR, T. R.; NARDINO, J.; LEITE, M. T. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. **Ver. Enferm. UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 2, p. 295-304, jun. 2015.

ROSSO, C. F. W.; CRUVINEL, K. P. S.; SILVA, M. A. S.; ALMEIDA, N. A. M.; PEREIRA, V. M.; PINHEIRO, D. C. S. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014.

SCHLÖSSER, A.; ROSA, G. F. C.; MORE, C. L. O. O. Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital. **Temas em Psicologia**, Joinville, v. 22, n. 133, p. 1-145, 2014.

SILVA, M. C. D.; CORRÊA, S. S. S. **Ações Do Enfermeiro Frente A Prevenção Do Suicídio: Uma Revisão De Literatura**. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização), Faculdade São Lucas, Porto Velho, 2016.

SILVA, N. K. N.; CARVALHO, C. M. S.; MAGALHÃES, J. M.; CARVALHO-JUNIOR, J. A. M.; SOUSA, B. V. S.; MOREIRA, W. C. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 71-77, jun. 2017.

SOUSA, G. S.; SILVA, R. M.; FIGUEIREDO, A. E. B.; MINAYO, M. C. S.; VIEIRA, L. J. E. S. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. **Interface Comunicação e Saúde Educação**. Fortaleza, 2014.

SOUSA, J. G.; SILVA, D. R. F.; OLIVEIRA, L. B. F.; DIÓGENES, K. I. A.; SILVA, M. O. Prevenção do suicídio na atenção primária: uma revisão integrativa. Juazeiro do Norte, IX Semana de Iniciação Científica, **Ética Política e Competências para reconstruir uma Nação**, Cariri, 2018.

TAVARES, M. S. A. Suicídio: o luto dos sobreviventes. In: Conselho Federal de Psicologia (Org). **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013, p. 45-58.

TEIXEIRA, S. M. O.; MARTINS, J. C. O. O suicídio de idosos em Teresina: fragmentos de autópsias psicossociais. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p. 262-270, ago. 2018.

VABO, A. S. R. R.; CONRAD, D.; BAPTISTA, C.; AGUIAR, B. G. C.; FREITAS, V. L.; PEREIRA. Comportamento suicida: um olhar para além do modelo biomédico. **Revista ACRED**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 66-83, 2016.