



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
FACULDADE DE ITAITUBA - PA
CURSO DE BACHARELADO DE ENFERMAGEM

ALICE DA SILVA SOUSA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PESSOAS QUE SE SUICIDAM NO
MUNICÍPIO DE ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

Itaituba, PA

2020

ALICE DA SILVA SOUSA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PESSOAS QUE SE SUICIDAM NO
MUNICÍPIO DE ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

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

Orientador: Prof^o Dr. Jossehan Galúcio da Frota.

Itaituba, PA

2020

ALICE DA SILVA SOUSA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PESSOAS QUE SE SUICIDAM NO
MUNICÍPIO DE ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

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

Orientador: Profº Dr. Jossehan Galúcio da Frota.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Profº Doutor Jossehan Galúcio da Frota

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação.

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação.

Resultado: _____ Média: _____

Data: ____ de Março de 2020

Dedico este trabalho a todas as pessoas
que perderam alguém pelo suicídio, aos meus
pais e familiares, dedico também aqueles que
disseram que não conseguiria, pois os mesmos
foram minhas doses diárias de estímulo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todas as bênçãos que tem me proporcionado, por acalmar meu coração em momentos de desespero, em toda a circunstância da minha vida ele tem sido meu socorro bem presente, obrigada Deus porque sei que tu és verdadeiro e tem sido justo, estar hoje aqui só foi possível porque tu estiveste comigo segurou minha mão e me guiastes.

Ao meu querido e eterno Avô Jose Rodrigues de Sousa (in memoria) me ensinou que na vida não para, que deve sempre erguer a cabeça e seguir adiante, que sempre podemos, basta querer, á minha mãe Maricélia da Silva Sousa e ao meu pai Raimundo Pereira de Sousa, por terem acreditado que eu conseguiria, por lutarem junto comigo pelos meus sonhos, aos meus irmãos Alan da Silva Sousa, Tiago da Silva Sousa e Esmael Pereira de Sousa, por todo apoio, a Minha Tia Sandra Regina da Silva Bessa, por ser minha segunda mãe e sempre estar comigo nos momentos mais difíceis, e felizes também.

Aos meus colegas de classe, ao meu Orientador Dr. Jossehan Galúcio da Frota, por todo o incentivo, paciência, por ter estado do meu lado quando eu quis desistir.

Agradeço a Secretaria de Saúde em especial ao setor de epidemiologia, por terem concedido informações com os dados necessários para a construção da metodologia desse estudo. A todo meu muito obrigado, sem cada um de vocês não teria conseguido.

“O senhor é o meu pastor e nada me faltará”.

SALMO 123

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CCJ – Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania

CVV – Centro de Valorização da Vida

ENPS – Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LSMM – Laboratório de Saúde Mental e Medicina

ONG's – Organização Não-Governamental

OMS – Organização Mundial de Saúde

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUPRE – Suicide Prevention Program

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 -	Número de casos registrados de suicídio entre 2008 e 2019 no Município de Itaituba, Pará.....	29
Gráfico 02 -	Número de casos registrados de suicídio por faixa etária no Município de Itaituba, Pará.	30
Gráfico 03 -	Número de casos registrados de suicídio por gênero no Município de Itaituba, Pará.	32
Gráfico 04 -	Número de casos registrados de suicídio e os meios utilizados no Município de Itaituba, Pará.	33

RESUMO

O suicídio se tornou um problema mundial, uma vez que diante desse fator famílias são destruídos, sonhos interrompidos, em troca da desistência da vida, ou até mesmo por procurar uma forma de amenizar a dor sofrida por motivos julgados sem resolução. O presente estudo tem por objetivo descrever o número de pessoas suicidas e o seu perfil (gênero e faixa etária) entre 2008 e 2019 no Município de Itaituba, Pará. Além de relatar de que forma ocorreu o suicídio e qual a maneira que foi realizado a ação. Na região ainda não há estudos sobre o número de mortes suicidas e nem dados quanto ao perfil dos mesmos. A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de um levantamento de caráter exploratório, de natureza teórico-empírico, utilizando abordagem quantitativa de dados. Foram coletados dados de 96 casos de suicídios e estes mostram que tendência veem crescendo na região. A maioria dos casos de suicídio ocorre no gênero masculino entre a faixa etária de 20 a 29 anos. A maioria procura cometer o suicídio por enforcamento, utilizando o que se tem de mais fácil naquele momento, como as cordas, entre outros. O número de suicídios é alarmante e cada dia cresce mais, em sua maioria em pessoas jovens e adolescentes. Esse número expressivo relaciona-se a condições de classes sociais, uso de entorpecentes, estresse, fim de relacionamento, desestrutura emocional e outros fatores que intensificam os problemas.

Palavras-Chaves: Índice. Suicídio. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Suicide has become a worldwide problem, since in the face of this factor families are destroyed, dreams interrupted all in exchange for giving up life, or even for looking for a way to ease the pain suffered for reasons judged to be unresolved. The present study aims to describe the number of suicidal people and their profile (gender and age group) between 2008 and 2019 in the municipality of Itaituba, Pará. In addition to reporting on how suicide occurred and the way in which action. In the region, there are still no studies on the number of suicidal deaths and no data on their profile. This research was developed by means of an exploratory survey, of a theoretical-empirical nature, using a quantitative data approach. Data on 96 suicide cases were collected and data show who is growing in the region. The majority of suicide cases occur in males between the age group of 20 to 29 years. Most try to commit suicide by hanging, using what is easiest at that moment, such as ropes, among others. The number of suicides is alarming and growing every day, mostly in young people and adolescents. This expressive number is related to social class conditions, use of narcotics, stress, end of relationship, emotional disruption and other factors that intensify the problems.

Keywords: Index. Suicide. Nursing care.

Keywords: Index. Suicide. Nursing care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
.....	
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 HISTÓRICO DE SUICÍDIO.....	13
2.2 TIPOS DE SUICÍDIOS.....	14
2.3	16
EUTANÁSIA.....	
2.4 FATORES DE	17
RISCO.....	
2.5 POLÍTICAS E PROGRAMAS SOBRE	19
SUICÍDIO.....	
2.6 DADOS SOCIOEPIDEMIOLÓGICOS QUANTO AO SUICÍDIO.....	22
2.7 O SUICÍDIO E A ENFERMAGEM.....	24
3	27
METODOLOGIA	
3.1 TIPO DE	27
ESTUDO.....	
3.2 LOCAL DE ESTUDO E COLETA DOS DADOS.....	27
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	28
3.4 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	28
3.5 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS.....	28
4	29
RESULTADOS	E
DISCUSSÃO	
5	33
CONCLUSÃO	
	35
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

O suicídio possui definições que se alternam, se complementam, se contradizem, pois o destino do suicídio é ambíguo. O suicídio não é um gesto com mecanismos bem esclarecidos, são diversos os fatores de risco que requerem compreensão num complexo paradigma social e comportamental (ABREU; PIACHESKI; FACHINELLI, 2010). O modelo biomédico justifica o comportamento suicida como sendo o resultado final de um transtorno psiquiátrico com causas apenas biológicas (SOUZA; MINAYO, 2002).

Analisa o suicídio como resultado de uma doença/injúria, com enfoque fisiopatológico. Porém, é necessário ter o conhecimento de quanto o biológico contribui para o indivíduo, sua história de vida, circunstâncias e desenvolvimento (LOPES, 2008).

Cerca de mais de 800 mil pessoas no mundo morrem ao ano por suicídio, deste total 75% ocorrem em países de baixa e média renda, sendo considerada a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos (OMS, 2012).

De acordo com as informações contidas em Brasil (2006), o desafio chave para prevenção dos suicídios é a detecção precoce de comportamentos suicidas, e em seguida encaminhar o paciente às especialistas para que sejam tomadas as devidas providências.

Portanto, por ser uma decisão extremamente decisiva do indivíduo no momento que passa por esses problemas psicológicos, é necessário que ao se notar algum vestígio ou até mesmo vivenciar esse momento, é de suma importância que a equipe envolvida possa está influenciando assim para que se evite que o mesmo possa fazer contra sua vida (MINAYO; CAVALCANTE, 2006).

O suicídio é uma ação que está ligada a fatores biológicos e psicológicos associados ao contexto socioeconômico. Conforme a Organização Mundial de Saúde, o suicídio é responsável por 1,4% do total de mortes registradas anualmente (cerca de um milhão), esses dados correspondem a um suicídio a cada 45 segundos ocorre, o equivalente a 1.920 pessoas mortas diariamente em algum lugar do mundo (MENEGHELI-STELA; CESAR, 2003).

Porém, percebe-se que o suicídio é antes de tudo um ato que diz muito mais da particularidade do sujeito em sua subjetividade do que das causas alegadas para o ato. Diante desses fatores, surgem alguns questionamentos: Qual o índice de morte

decidida no Município de Itaituba? Qual é o perfil epidemiológico desses suicidas? De que forma ocorreu essa morte?

O presente estudo tem por objetivo descrever o número de pessoas suicidas e o seu perfil (gênero e faixa etária) no Município de Itaituba, Pará. Além de relatar de que forma ocorreu o suicídio.

Neste sentido, observa-se que o comportamento suicida é um tema tabu, tendo em vista a complexidade do gesto (MINAYO; CAVALCANTE, 2006). Entretanto, a despeito da abundante produção científica sobre o assunto, as pesquisas já realizadas parecem não estar contribuindo para a redução da incidência dos casos, pelo contrário, há uma tendência de aumento em vários países (MENEGHELI-STELA, CESAR 2003).

No Município de Itaituba, embora a mídia como principal influenciadora mostrar que pessoas se suicidam em um intervalo de tempo pequeno, ainda não há dados publicados sobre o número de mortes suicida no Município e nem o gênero ou faixa etária das pessoas que passaram por isso.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO DE SUICÍDIO

O suicídio tornou-se um acontecimento complicado desde tempos atrás, e isso cada vez mais causa interesse em descobrir o que leva o ser humano a chegar a esse meio, e preocupante no País e no mundo. E diante disso tudo ainda é considerado caótico as causas e fatos consideráveis, da falta de informações que deixam lacunas nos laudos médicos, diante dos dados pessoais dos mesmos sem clareza e isso dificultam de modo a esclarecer os fatos diante da ação (CASSORLA, 1991).

Outro agravante são os inúmeros casos que não se apuram com detalhes suas causas, por conta de falta de recursos e diante disso se refaz um relato somente com o que se tem de informações fornecidas por pessoas próximas ou familiares, mas que em muitos casos não se considera fatores verdadeiros (CASSORLA, 1991).

Ao se obter informações através de dados epidemiológicos são de grande relevância por contribuir com o estudo, pois quanto mais dados informativos for evidenciando melhor será a comparação existente em certo período, todos os detalhes são extremamente importantes de que forma são constatados, como é a procedência da equipe de saúde diante desses casos e como acontece o auxílio (BAPTISTA; BORGES, 2005).

De acordo com os relatos dos autores acima descritos, demonstram que a dificuldade está nos dados vagos e incompletos nos prontuários relacionados ao estado civil, escolaridade, nível social relacionado ao econômico, laudo que demonstram acompanhamentos de psicólogos ou profissionais especializados em saúde mental, consumo inadequado de medicação e entre outras (BAPTISTA; BORGES, 2005).

Por conta desse acontecimento torna-se um assunto de grande preocupação de nível mundial, fazendo com que as organizações mundiais se prontifiquem diante desse problema com o intuito de buscar informações que possam contribuir para intervenções que diminuam esse fato, ainda buscam elementos que demonstrem se esses ocorridos possuem relação com fatores psicológicos e biológicos com associação ao seu socioeconômico (MINAYO; CAVALCANTE, 2006).

Na visão da Organização Mundial de Saúde (OMS) suicídio está relacionado na ação de indivíduo ceifar sua própria vida. Para Durkheim (2000, p. 18) “[...] o suicídio descreve a um ato intencional ou não cometido pelo ser humano tendo a plena

convicção que causará um dano a si mesmo". Segundo Carvalho (2012), suicídio está ligado à morte voluntária autoinfligida e não uma situação acidental.

Para Diekstra e Garnffski (1995), em muitos países o suicídio é um caso de saúde pública, diante disso é de relevância para o seu combate através de intervenções de seu governo, pois está ligado com a situação econômica dessas pessoas ou sofrimento diante de uma vida que não concorda com o que queria isso é mais específico entre jovens e adolescentes.

Vários estudos intensificam cada vez mais um motivo que leve um indivíduo de ceifar sua própria vida, e assim verificar o que leva o mesmo cometer esse ato. No entanto as pesquisas seguem uma linha na atualidade e que elas estejam ligadas aos fatores que identifique quais seriam os mesmos, de um modo que mostrar as variáveis e quais seus níveis, diante de uma pesquisa da OMS através de levantamentos apontam que em 2003 o número chega próximo de 900 mil pessoas (MENEGBEL *et al.*, 2004)

Antes mesmo que uma pessoa cometa o suicídio é estimado através de colhimento de informações que o mesmo tenta de 10 a 20 vezes tornando-se decisões frustradas. É conhecido também que familiares mais próximos dessas vítimas lidam com implicações sociais e econômicas. Ainda se comenta sobre a cultura suicida que está ligada ao comportamento autodestrutiva (KALINA; KOVADLOFF, 1983).

Para Durkheim (2000), o suicídio referencia-se em uma ação particular, mas que para o autor isso não se relaciona somente ao ato individual, mas outras inúmeras causas relacionadas ao social, sendo ele um frequentador da sociedade que muitas vezes não demonstram nenhum sinal para aqueles que estão em seu convívio diário.

2.2 TIPOS DE SUICÍDIOS

De acordo com Turecki (1999), o comportamento suicida é comumente classificado em três diferentes categorias ou domínios: ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio propriamente dito. Apesar dos poucos dados disponíveis, estudos clínicos e epidemiológicos sugerem a presença de um gradiente e também de heterogeneidade entre estas diferentes categorias. Assim, em um dos extremos, teríamos a ideação suicida, ou seja, os pensamentos, ideias e desejos de estar morto e, no outro o suicídio completo ou propriamente dito, com as tentativas de suicídio entre ambos.

Segundo Carvalho (2012), os fatores de risco para o suicídio são: sexo, idade, estado civil, ocupação saúde mental e saúde física.

- sexo: os homens cometem suicídio três vezes mais que as mulheres, porém estas o tentam três vezes mais que os homens, aproximadamente. A explicação para este evento é a escolha do método, pois os homens frequentemente optam pelos mais letais, como armas de fogo, enforcamento ou precipitação de locais altos, enquanto as mulheres optam por ingestão excessiva de venenos ou medicamentos;

- idade: entre os 15 a 24 anos é a segunda causa principal de morte;

- estado civil: o casamento aparenta ser um fator de proteção, pois está entre menores taxas, quando comparado respectivamente com divorciados, viúvos e solteiros, principalmente se o cliente casado tiver filhos;

- ocupação: os índices são mais elevados entre desempregados do que entre indivíduos fora dessa condição. Nos períodos de recessão econômica, com altos níveis de desemprego, ocorre um aumento de sua incidência;

- saúde mental: há uma relação bem estabelecida entre o suicídio e os diversos transtornos mentais e a depressão é o transtorno psiquiátrico com maior fator de risco;

- saúde física: portadores de dor crônica.

Diante do exposto acima são demonstradas informações relacionadas que determinam o perfil desses indivíduos, o que levam eles a chegar a cometer esse ato, e quais são as características que são verificadas na hora do atendimento médico ou de enfermagem.

Segundo Gouvêa (2008), a estimativa da ação relacionada ao suicídio é complexa, abrange diversos fatores e aponta que a avaliação de intencionalidade pode ser feita pela avaliação de letalidade do método utilizado, métodos esses que são mais agressivos e indicam maior risco.

Através de estudos e informações levantadas, verifica-se uma legalidade nas taxas daqueles que cometem suicídio levando em consideração certa temporada. Isso ocorre pelos elementos através de um cruzamento realizado incluindo sexo, idade, local onde mora, religiosidade e estado civil. Depois dessa coleta é o momento de evidenciar e buscar explicações que levam a verificar o porquê desse ser humano cometer o suicídio, e quais são suas características. Deste modo, Botega; Santos e Marcondes (2004) descrevem três diferentes tipos de suicídios assim relaciona-se:

Suicídio egocêntrico: é a ação voltada ao individualismo extremo. Esse tipo de suicídio distinguir-se na sociedade moderna e é mais cometido por pessoas que não

possui uma boa relação social, que se restringem somente ao isolamento de poucos grupos sociais com ligação familiar, amizade e escolar.

Suicídio altruísta: é a ação cometida por aqueles indivíduos que se sujeitam pelo patriotismo e vivem em grupo através de uma obediência que leve até a morte, como exemplos temos a Segunda Guerra Mundial, onde os soldados japoneses lançavam suas aeronaves sobre os opositores, causando assim suas mortes em honra a aquele que é maior autoridade no País o Imperador visto como um deus. Em outros casos temos os terroristas que são compostos por indivíduos movidos pela religião ou política.

Suicídio anônimo: atos cometidos por indivíduos que passam por situações desagradáveis em uma fase da vida, como a perda do emprego, por não evoluírem conforme a modernidade do mundo atual, situação social, relacionamentos frustrados, problemas familiares como separação de pais e etc.

2.3 EUTANÁSIA

A palavra eutanásia tem significado de “boa morte”, isso porque está ligado a uma morte sem sofrimentos e dores. A mesma no século XX foi vista como um procedimento negativo, quando foi usado por Terceiro Reich que utilizava o método para ceifar vidas daqueles que era vistas como medíocres pelos nazistas. Logo após uns anos a palavra foi conceituada com outro significado que estaria ligada ao procedimento que levava os doentes de enfermidades incuráveis como um método livre de dor para o paciente (KIRKUP, 2016).

Samanta (2015) descreve que a eutanásia se classifica de duas formas, a primeira quando o paciente opta por ter uma morte por conta de um tratamento que pode vir a passar pela doença que possui, e segundo a chamada de não natural que esse paciente não concorda com a morte, portanto a família realiza os procedimentos assinando as responsabilidades pelas ações nesse tempo.

Tanto do ponto de vista médico quanto do legal, existe grande diferença entre matar e deixar morrer. Portanto, quanto ao ato, a eutanásia divide-se em ativa e passiva, sendo que a primeira denota o ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente utilizando, por exemplo, injeção letal, e a segunda refere-se à morte por omissão proposital em se iniciar ação médica que garantiria o prolongamento da sobrevida. Vale ressaltar a imprecisão da distinção entre eutanásia passiva, que se refere à morte no tempo certo, uma vez que não existe limite real

entre não intervir e deixar de fato morrer e deixar morrer no momento aparentemente correto (SAMANTA, 2015).

O método de morte assistida conglomerar a dimensão entre o significado de eutanásia e o suicídio assistido, os dois são temas bastante discutidos em estudos e reuniões na atualidade. Sua autorização já ocorre em países da Europa e também na sul-americana e norte-americana, ocorrendo assim a sua legalização, o que demonstra que a preocupação com aqueles necessitam desse processo, mas é bastante relevante frisar que as leis nesses lugares são diferentes (KIRKUP, 2016).

Para que se tenha autorização de um procedimento desse a família é informada de como deve ocorrer no momento, em sua maioria os métodos utilizados são injeção letal, no entanto é realizado um processo para aquele dia e assim realizar o método. Quando é o caso pedido do paciente o mesmo será informado de como será feito cada etapa, e assim haverá um processo de acompanhamento (KIRKUP, 2016).

2.4 FATORES DE RISCO

Nos países ricos e aqueles que estão em desenvolvimento encontra-se duas situações diferentes, relacionada ao suicídio, umas delas são indivíduos que cometem o mesmo por terem doença mental conforme diagnóstico médico, ou em um número maior aqueles pacientes que estão em tratamento psiquiátrico (OMS, 2000).

Segundo a OMS (2003), ainda é diagnosticado que esse ato é consensual pelo indivíduo, isso descrito por profissionais que estudam a suicidologia, pois não existe alguém que se responsabilize ou responda pelo ato, somente a pessoa mesma. No entanto, encontram-se muitos fatores que estão ligados ao acontecimento dessa ação.

A OMS descreve que para realizar levantamentos são necessários fatores ligados aos indivíduos como sexo, faixa etária que está entre 15 e 35 anos e aqueles com mais de 80 anos, ligando ao econômico se de renda mais alta ou baixa, localidade de sua moradia, estado civil diante de situações de separações ou por desilusões amorosas. Todos esses fatos são considerados de riscos que influenciam na decisão do indivíduo de cometer o suicídio, dentre eles estão relacionados a transtornos mentais como esquizofrenia, depressão e transtorno bipolar (MENEGBEL *et al.*, 2004).

O maior índice de suicídios está relacionado aos transtornos mentais, totalizando um quantitativo maior apresentado por indivíduos que possui o transtorno

do humor, outra incidência está no consumo exagerada de conteúdos psicoativos, dependente de bebidas alcoólicas e de entorpecentes foram bem demonstrado pelos autores que promoveram os estudos como os principais riscos relacionados ao suicídio (PIETRO; TAVARES, 2005).

O suicídio está relacionado a alguma perda, se trata de um acontecimento ocorrido com o suicida e que ele não sabe lidar, relacionado a exigências exageradas, mudança de status de uma hora para outra, afastamento de amigos e familiares. Ainda envolvem situações financeiras como desemprego contribui diretamente no agravamento da saúde mental, as consequências do desemprego quando o homem se sente menor diante de não cumprir com o papel do chefe de família ou até mesmo pelo fim do casamento ocasionando assim o divórcio (MARIN-LEON; BARROS, 2003).

Para Quental (2008), muitos são os fatos ligados ao suicídio ou diante de tentativas como solidão, rejeição afetiva, variação de financeiro ou de moradia, mudanças ocorridas por conta do início da puberdade em adolescente, que faz com que ele venha a ter responsabilidades impostas pelos pais e principalmente mudanças que são demonstradas por essas pessoas e que muitas vezes não são notadas.

De acordo com Messaggi (2009) e Nunes (1988), o suicídio é cometido por aquelas pessoas que tiveram traumas na infância e que não tiveram um acompanhamento profissional e com isso agrava a situação dessa pessoa, por lutos atuais, por situações que envolvem ser órfão por abandono, indivíduo com gênio forte impulsivo e agressivo, e problemas relacionados com a saúde como doenças crônicas, incapacidade, momentos de dores durante um tratamento e algum fato que venha deixar essa pessoa desfigurada fisicamente e principalmente por ter livre acesso há elementos mortais.

Botega; Riberio e Peres (2006) através de estudos verifica-se que há uma associação entre o suicídio e a depressão, pois há um aumento de vinte vezes em pessoas que possuem depressão de grau alto, com confirmação em laudo de um transtorno ou por conta de uma doença clínica.

Em sua totalidade os casos de suicídio, podem ser descobertos com laudo médico que demonstre que o indivíduo possui transtorno mental, e com isso nos laudos consta estado depressivo, transtorno afetivo bipolar, dependente químico e alcoólico também e quando diagnosticados recebem tratamento e acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde – SUS, disponível pelo Governo Federal (BRASIL, 2009).

Os fatores de risco evidenciados diante de pesquisas e estudos em busca de informações detalhadas que demonstrem o que ocorre com as pessoas que cometem o suicídio, quais são os traumas, posicionamento social, traumas de infância, transtornos mentais que estão ligados a esse momento de alívio para o mesmo e de dor para seus familiares que muitas vezes nem notam diferença de comportamento dessa pessoa.

2.5 POLÍTICAS E PROGRAMAS SOBRE SUICÍDIO

A OMS preparou um simpósio internacional no ano de 1998, com participações de estudiosos, equipes de enfermagem de modo geral, e principalmente daqueles que sobreviveram há uma tentativa de suicídio e lideranças comunitárias, no entanto criou-se um guia com referencial que continha informações necessárias para países, comunidades e outros que estivessem no papel de intervenções contra o suicídio. E após um ano houve a criação do documento *Suicide Prevention Program* (SUPRE) que seria o inicial mundialmente para a prevenção do suicídio (BRASIL, 2009).

O SUPRE é um guia criado para ajudar na prevenção do suicídio, nele encontra-se informações voltadas ao paciente e a família no geral, seu conteúdo inclui uma variedade de profissionais voltados para a melhoria e a intervenção frente a esse problema mundial neles está, equipe de enfermagem, profissionais da educação, serviço social, o governo no geral, meios de comunicação social dentre outros (BRASIL, 2009).

De acordo com Botega; Santos e Marcondes (2004), a criação desse programa se justifica por dados referentes ao suicídio, pois obteve um aumento de 60% nas taxas de mortalidade em um levantamento realizado durante 45 anos, dessa forma ocorrido em todo o mundo. Surpresa foi à verificação ocorrida diante da faixa etária que antes era mais comum suicídio entre os mais velhos, e nesse levantamento jovens entre 15 a 45 anos.

Os objetivos desse programa são que possibilite ampliar de forma consciente diante de problemas relacionados ao comportamento suicida, verificar quais são as chances de ocorrer à morte diante do comportamento suicida fatal e não fatal, diagnosticar e realizar o tratamento necessário, através de acompanhamentos médicos e de enfermagem para diminuir os números de suicídio (BOTEGA; SANTOS; MARCONDES, 2004).

O intuito desse sistema é possibilitar seu crescimento para conscientizar perante as dificuldades ligadas ao desempenho suicida, e com isso investigar quais são as oportunidades de um indivíduo ceifar sua vida de forma fatal ou não fatal, e com isso após a descoberta acompanhar no tratamento correto, com profissionais capacitados compostos pela equipe de enfermagem com o objetivo de baixar o quantitativo de suicídio (BOTEGA; SANTOS; MARCONDES, 2004).

OMS (2000) através do SUPRE recomenda em seu descrito três aspectos relevantes que são: ampliar e conscientizar a população de forma geral acerca do suicídio e principalmente os fatos de risco; intensificar planejamentos e prestação de serviço em conscientizar e prestar assistência, e por fim, alcançar o maior número de conhecedores através desse programa sendo um recurso que esteja em prevenir e ação contra o suicídio.

No Brasil a evolução ocorreu de forma lenta, no entanto em 2005 o Governo do País através do Ministério da Saúde institui uma equipe de trabalho com o objetivo da criação e elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, ainda representariam o governo em geral, entidades ligadas a sociedade e ONG's e faculdades (OMS, 2000).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde demonstrou a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio – ENPS, a partir da Portaria GM n. 1876, de 14 de agosto de 2006, dando ênfase no plano que estabeleceu as diretrizes nacionais no combate ao suicídio, isso ocorre por entender que o suicídio tornou-se um problema sério que afeta a população e buscam maneiras de prevenir essas pessoas diante desse fato (BRASIL, 2006).

Tal estratégia prevê a implantação em parceria com a Atenção Básica, buscando o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, proporcionando vínculo e acolhimento. A ideia é que as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sejam apoiadas por equipes matriciais para atender os casos de saúde mental no território de sua área adstrita (BRASIL, 2006).

A portaria 1.876 faz alusão também, à portaria 2.542/GM de 22 de dezembro de 2005 que instituiu o "Grupo de Trabalho" com o objetivo de elaborar e implantar a ENPS (BRASIL, 2006). A ENPS é coordenada por um Comitê Gestor, formado por especialistas e entidades da sociedade civil, como o Centro de Valorização da Vida (CVV). Envolve uma série de ações que vão desde a melhoria das condições de vida

(saúde, educação, cultura, lazer, trabalho) e dos vínculos familiares e comunitários, até a oferta de uma rede de serviços de saúde e de saúde mental que ofereçam tratamento e reabilitação psicossocial.

Para Varnik (2012), o intuito é tranquilizar a população quanto ao caos que é o suicídio, e demonstrar aos mesmos informações e atendimento nas redes de atenção básica a saúde, seja ela de atenção primária, saúde mental, urgência e emergência e hospitalar. Quanto à proteção social o que favorece a assistência social, educação e segurança pública, sempre com abordagem e principalmente a assistência dada a aqueles indivíduos que estão em atendimento secundário depois de uma tentativa de suicídio.

Após alguns anos da implantação dessas estratégias nacionais para a prevenção do suicídio, foi possível avaliar o impacto causado por essas ações em diferentes países, a partir do qual a OMS teve melhores condições de determinar algumas recomendações gerais para lidar com o problema (BOTEGA *et al.*, 2006), que são:

- identificação e redução do acesso aos meios que propiciam se cometer suicídio;
- melhoria dos serviços de atenção à saúde, reforço ao apoio social e promoção da reabilitação de pessoas com comportamento suicida;
- tentativas de suicídio; incentivo à pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a coleta de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registros estatísticos; e
- promoção de treinamento a indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente e que entram primeiro em contato com indivíduos sob risco de suicídio.

Em 28 de Maio de 2009, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ) da Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei 498/07, que obriga os hospitais da rede pública e privada a informar ao órgão público de saúde estadual ou municipal os casos de atendimento a pessoas com diagnóstico de tentativa de suicídio. Esta atitude permitirá levantar dados fidedignos sobre os casos de tentativas de suicídio, e a partir disso, permitir desenvolver estratégias mais adequadas à realidade do serviço e do território (BRASIL, 2006).

O Laboratório de Saúde Mental e Medicina LSMM, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp têm liderado várias iniciativas no campo da assistência, ensino e pesquisa visando à prevenção do suicídio. Conta com uma equipe coesa para tanto, composta por várias

categorias profissionais, pós-graduandos, especializados e alunos de graduação que se unem para a consecução dessas ações (BOTEGA; TEIXERIA; ALMEIDA, 2010).

A preocupação é mundial aceita pelos governos de estados, com a finalidade de buscar estratégias que possam auxiliar os indivíduos que passaram pela salvação depois de uma tentativa de suicídio, e elevando a eles a terem um acompanhamento de profissionais e outros que possam realizar intervenções auxiliando esse paciente na recuperação do seu bem estar.

2.6 DADOS SOCIOEPIDEMIOLÓGICOS QUANTO AO SUICÍDIO

De acordo com a OMS, o suicídio por ano por um milhão de mortes esse valor equivale a 1,4% total de mortes. Esse resultado não inclui as tentativas realizadas por pessoas o resultado chega até 20 vezes com frequência que o ato finalizado de suicídio, em uma escala ele se encontra na terceira principal causa de mortalidade com a variação de idade de 15 a 44 anos na faixa etária (OMS, 2014).

A cada 45 segundos ocorrem um suicídio em algum lugar do planeta. Há um contingente de 1.920 pessoas que põem fim à vida diariamente. Atualmente, essa cifra supera, ao final de um ano, a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis (VARNIK, 2012).

A despeito de possuir um número considerado relativamente baixo, por ser um país populoso, o Brasil figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, segundo dados compilados pela OMS. Em 2011, houve 9.852 suicídios oficialmente registrados no país, o que representa, em média, 27 mortes por dia. Enquanto a população aumentou 17,8% entre 1998 e 2008, o número de óbitos por suicídios cresceu 33,5%. Do total de óbitos registrados no Brasil, 1% decorre de suicídios. Em pessoas que têm entre 15 e 29 anos de idade, essa proporção atinge 4% do total de mortes (BRASIL, 2013).

Em certas localidades, bem como em alguns grupos populacionais como, por exemplo, o de indígenas do Centro-Oeste e do Norte, e o de lavradores do interior do Rio Grande do Sul os números aproximam-se dos de países do Leste Europeu e da Escandinávia, na casa dos 15 a 30 por 100 mil ao ano. Vários fatores socioculturais e econômicos parecem se associar a esses altos índices, bem como elevada frequência de sofrimento mental e de uso abusivo de bebidas alcoólicas (FARIA *et al.*, 2012).

Dados sobre mortalidade por suicídio no Brasil derivam de informações constantes de atestados de óbitos compiladas pelo Sistema de Informação de

Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Esses dados costumam estar subestimados. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao comparar suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros, estima que 15,6% dos óbitos não foram registrados em cartório (sub-registro). Em relação às estatísticas do Ministério da Saúde, o IBGE calcula que 13,7% dos óbitos ocorridos em hospitais, no mesmo ano, podem não ter sido notificados (subnotificação) (IBGE, 2006).

Em um estudo realizado na cidade de São Paulo (SP) sobre usuários do sexo masculino e de profissionais da saúde no atendimento de atenção primária, e as causas e os possíveis impactos na saúde da população masculina. Os profissionais de saúde tinham entre 29 e 65 anos, sendo que 74,0% ($n = 20$) são do gênero feminino; e apenas 26,0% ($n = 7$) do gênero masculino (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

Em uma clínica de Minas Gerais (MG) foi realizado um estudo do que dificultava o atendimento a pacientes, no entanto diante dos resultados demonstrou-se que segundo 75,0% dos enfermeiros atuantes que a lotação excessiva prejudica o trabalho, 25% relatado pelos técnicos de enfermagem indagaram que o quadro de colaboradores contribui para isso (SIMAN; BRITO, 2016).

Segundo Carvalho (2012), os fatores de risco para o suicídio são: sexo, idade, estado civil, ocupação saúde mental e saúde física. Sexo: os homens cometem suicídio três vezes mais que as mulheres, porém estas o tentam três vezes mais que os homens, aproximadamente. A explicação para este evento é a escolha do método, pois os homens frequentemente optam pelos mais letais, como armas de fogo, enforcamento ou precipitação de locais altos, enquanto as mulheres optam por ingestão excessiva de venenos ou medicamentos.

Ainda para Carvalho (2012), idade entre os 15 a 24 anos é a segunda causa principal de morte; estado civil: o casamento aparenta ser um fator de proteção, pois está entre menores taxas, quando comparado respectivamente com divorciados, viúvos e solteiros, principalmente se o cliente casado tiver filhos; ocupação: os índices são mais elevados entre desempregados do que entre indivíduos fora dessa condição.

Nos períodos de recessão econômica, com altos níveis de desemprego, ocorre um aumento de sua incidência; saúde mental: há uma relação bem estabelecida entre o suicídio e os diversos transtornos mentais e a depressão é o transtorno psiquiátrico com maior fator de risco; saúde física: portadores de dor crônica (CARVALHO, 2012).

De acordo com Botega; Santos e Marcondes (2004), a depressão está como o segundo índice de mortes no Brasil e no mundo, perdendo apenas para os acidentes de trânsito, diante disso demonstra-se que é considerada a doença do século atual que traz inúmeras rejeições, afastamento das rotinas diárias e principalmente de um elo afastado da vida que leva.

Ainda para o autor relações amorosas possui um pequeno índice em relação a outras questões, diante disso busca-se compreender de que forma esses fatores podem ser restaurados e evidenciado para que seja diagnosticado algum sinal e intervir diante de uma situação de suicídio, levando essa pessoa para um tratamento ou acompanhamento médico, psicológico ou terapêutico (BOTEGA; SANTOS; MARCONDES, 2004).

2.7 O SUICÍDIO E A ENFERMAGEM

O indivíduo ao não conseguir cometer o suicídio e somente passar pela tentativa, não consegue se auto cuidar e é aí que busca ajuda ao sistema de saúde, no entanto, é em emergências que encontrará profissionais qualificados para esse atendimento. Nesse momento esse indivíduo passará pelos cuidados do enfermeiro, e assim ter atendimento necessário para seu problema. É necessário que esse enfermeiro tenha uma cautela na hora do atendimento, buscar tranquilizar o mesmo, demonstrar que se pode resolver seus problemas pessoais sem ceifar a vida, e assim encaminha-lo para o lugar correto para o atendimento especializado (AUGUSTO *et al.*, 2010).

O atendimento que os pacientes recebem ao buscar um hospital ou Unidade Básica de saúde para um problema ocorrido depois da autolesão ou conforme a necessidade desse indivíduo, determina seu estado e é nesse momento que o enfermeiro deverá se posicionar de forma a tratar esse paciente com cautela e principalmente demonstrando importância pela vida do mesmo (KISHI *et al.*, 2011).

A preocupação está em um atendimento prestado de forma incorreta a esses pacientes pela equipe de enfermagem, isso tornará um recebido por esse paciente de forma negativa, se sentirá ainda mais para baixo e assim isso influenciará na decisão de não ceifar sua vida. Alguns estudos mostram que há uma discriminação existente entre médicos e a equipe de enfermagem diante desses pacientes, referindo-se aos mesmos como aqueles que só querem chamar a atenção e de manipuladores (AUGUSTO *et al.*, 2010).

O trabalho do profissional de enfermagem é rodeado por sentimentos e emoções, às vezes difíceis de classificar e identificar, que têm suas origens tanto no paciente como no próprio profissional. O conjunto de cargas psíquicas presente no cotidiano da enfermagem afeta a qualidade de vida e do trabalho desses profissionais. Identificar essas emoções e aprender a gerenciá-las supõe a aquisição de novas ferramentas para realizar o trabalho de enfermagem com sucesso (AUGUSTO *et al.*, 2010).

A inteligência emocional é a capacidade de reconhecer, compreender e regular as emoções próprias e das outras pessoas, distingui-las e utilizar a informação para orientar o pensamento e as ações. Os benefícios da inteligência emocional têm sido demonstrados em diferentes âmbitos da vida cotidiana e em nível profissional (KISHI *et al.*, 2011).

As pessoas emocionalmente inteligentes têm melhor saúde física e mental, níveis superiores de bem-estar e satisfação vital, menos condutas de risco, tais como o consumo de drogas, e melhores relações interpessoais e sociais, tanto no contexto profissional como pessoal. Através das relações humanas, o profissional de enfermagem presta atenção ao paciente, participando das emoções que ocorrem entre eles, seja de dor, mal-estar, tristeza, alívio ou esperança, obrigando o profissional a ser emocionalmente inteligente (KISHI *et al.*, 2011).

Para Botega; Santos e Marcondes (2004), torna-se um trabalho diferenciado atender pacientes que estejam em situação de risco ou até mesmo com problemas relacionados a tentativas de suicídio, pois nesse momento o paciente demonstra uma agitação sem igual, dificuldades em falar, em colaborar com o atendimento já que está certo de não querer mais viver. Com isso, o enfermeiro deverá soluções que possa tranquilizar e fazer com que esse paciente ajude no atendimento prestado.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é do tipo exploratório, de levantamento, teórico-empírico e qualitativo.

Esta pesquisa tem característica exploratória, pois, tem como vertente favorecer conhecimento a respeito do fenômeno investigado que ao seu final oportunizará a realização de novas pesquisas. Então a pesquisa exploratória, “trata-se de uma pesquisa preparatória acerca de um tema pouco explorado e que servirá como base para pesquisas posteriores [...]” (CASARIN; CASARIN, 2012, p. 40).

Segundo Gil (2002), o levantamento bibliográfico demonstra através de referenciais teóricos de autores que publicam para assim analisar e discutir de forma que sirva como contribuição científica. Diante disso ao descrever esse tipo de pesquisa será escrito conhecimentos através do que foi pesquisado focando sempre a literatura científica e a relevância que o pesquisador realizou todo seu planejamento diante do estudo com a finalidade de construir um trabalho que possa demonstrar clareza na sua publicação e finalização.

Para Lakatos e Marconi (2015), a pesquisa empírica refere-se a uma pesquisa de campo, com entendimento da necessidade de comprovar prática de alguma coisa, relacionado a experimentações ou observações de algo para assim coletar informações em campo.

De acordo com Oliveira (1997), a pesquisa quantitativa demonstra através de números resultados que evidenciem algum fato de interesse pessoal ou público, para que assim demonstre precisão e que evite erros ou distorções na interpretação de dados. E a pesquisa qualitativa demonstra também que é possível demonstrar resultados sem o uso de estatísticas para se obter respostas dos entrevistados, sendo o processo que vale como significância.

3.2 LOCAL DE ESTUDO E COLETA DOS DADOS

O estudo foi realizado no Município de Itaituba, Estado do Pará, pertencente à Mesorregião do Sudoeste Paraense, cortado pela Transamazônica (BR-230), é considerada de médio porte, ocupando a posição de décimo quinto município mais populoso do estado, com aproximadamente 101.097 habitantes (IBGE, 2018).

A pesquisa foi realizada por meio de um levantamento de dados fornecido pela SEMSA com um histórico com o quantitativo de 96 pessoas que cometeram suicídio

entre 2008 e 2019 no Município de Itaituba. A coleta dos dados foi realizada entre os meses de setembro a dezembro de 2019. Buscando informações sobre os principais meios utilizados pelas pessoas que cometeram suicídios.

Para melhor entendimento e discussão dos resultados, algumas informações foram sinonimizadas, como: medicações (comprimidos de paracetamol, dipirona em quantidade excessiva), venenos (chumbinho para rato, veneno para formiga), e produtos químicos (produtos de limpeza como q-bon).

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão, foram selecionadas todas as mortes por suicídio de ambos os gêneros ocorridas no ano de 2008 a 2018.

Foram excluídas da amostra todas as morte que não foram por suicídio e aquelas que estão fora desse período.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS

O presente estudo obedeceu as diretrizes e critérios convencionados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que considera: respeito pela dignidade do homem e pela proteção aos envolvidos nas pesquisas tratando-se de seres humanos, desenvoltura e o engajamento ético; toda a evolução e desenvolvimento devem, sempre, demonstrar acatamento a honra, independência e soberania do ser humano (BRASIL, 2012).

Após a coleta dos dados a análise foi realizada por meio de planilhas e gráficos com auxílio do programa excel (versão 2010).

3.5 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

As análises de risco a resolução 466/96 em seu artigo V diz que toda pesquisa deve ter análise das possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coleta (BRASIL, 2012).

O presente estudo apresenta riscos mínimos como: o espanto da população quando souber dos dados obtidos. E será benéfico para a população, pois fica uma alerta para as autoridades governamentais em realizar mais medidas preventivas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 96 casos registrados de suicídio no Município de Itaituba, o maior número foi observado em 2019 com 18,0% ($n = 17$) dos casos, seguido de 2017 e 2018 com 14,0% cada ($n = 13$). O menor registro foi em 2008 e 2011 com 2,0% ($n = 2$) cada dos casos (Gráfico 01). A linha de tendência linear mostra que o número de casos está crescendo na região.

Saraiva *et al.* (2009) realizaram um estudo em Manaus entre 1986 e 2005, encontrando 407.435 casos positivos. Eles acreditam que o número de casos foi elevado, devido o aumento demográfico progressivo de Manaus neste período. Machado; Moraes e Lima (2016) descreveram entre 1980 a 2006, que houve um aumento de 30,0% de suicídios, com especificações que sobem de um valor de 4,4 para 5,7 de mortes em um quantitativo de 100.000 habitantes nesses anos na região sudeste.

O presente estudo é semelhante ao trabalho de Machado; Moraes e Lima (2016). O aumento expressivo no índice de suicídios relaciona-se a condições de classes sociais, uso de entorpecentes, estresse, fim de relacionamento e outros fatores que intensificam problemas de abrangência pessoal (SANTOS *et al.*, 2009).

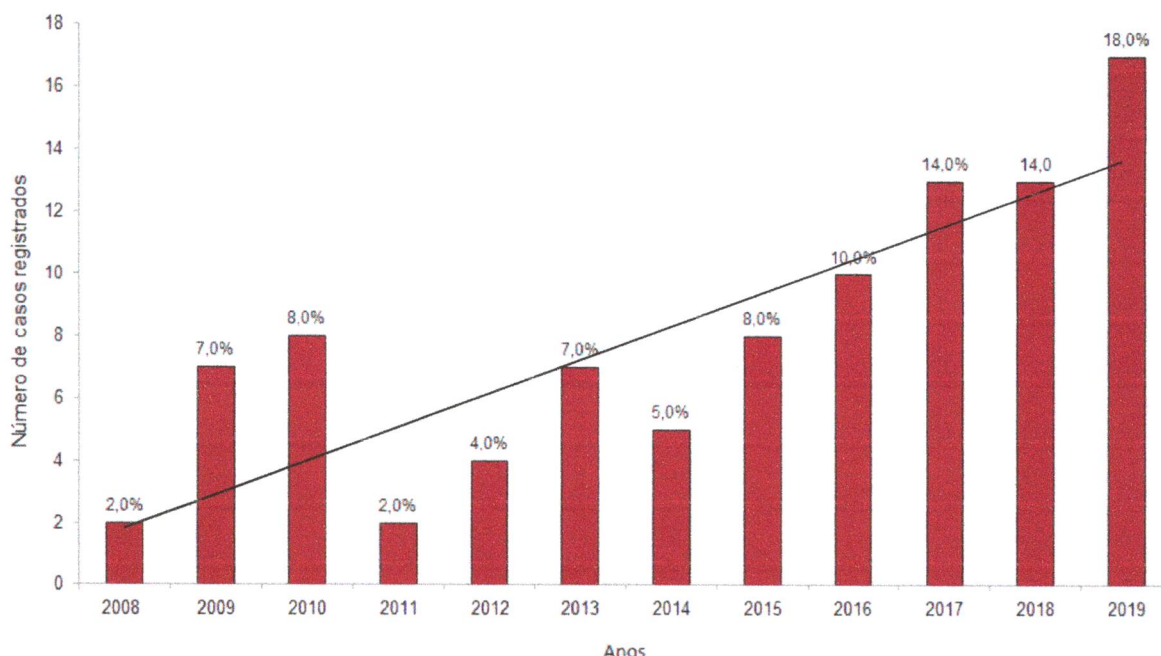


Gráfico 01 – Número de casos registrados de suicídio entre 2008 e 2019 no Município de Itaituba, Pará.

A faixa etária dos suicídios variou de 10 a 80 anos. Do total, cerca de 32,3% (n = 31) ocorreram entre 20 e 29 anos; 18,8% (n = 18) dos suicídios estão na faixa etária entre 40 e 49 anos; 15,6% (n = 15) entre de 30 e 39 anos; 10,4% (n = 10) entre 15 e 19 anos; 10,4% (n = 10) entre 60 e 69 anos; 7,3% (n = 7) entre 50 e 59 anos; 2,1% (n = 2) entre 10 e 14 anos; 2,1% (n = 2) entre 70 e 79 anos; e 1,0% (n = 1) entre acima de 80 anos (Gráfico 02).

De acordo com Santos *et al.* (2015), no Brasil entre os anos de 2000 a 2012, cerca de 55,0% estavam na faixa etária de 25 a 59 anos; 35,0% tinham entre 10 a 24 anos; e 10,0% acima de 60 anos.

Machado; Moraes e Lima (2016) evidenciou em um estudo entre os anos de 2000 a 2012 pelas regiões do Brasil, que a Região Norte apresentava 55,0% dos casos na faixa etária de 25 a 59 anos, 30,0% tinham entre 10 a 24 anos e 15,0% idade acima dos 60 anos.

O suicídio no Brasil entre 2011 a 2016 encontrou-se com 25,0% entre 10 a 19 anos, 25,0% de 20 a 29 anos, 22,0% tinham entre 30 e 39 anos, 14,0% de 40 a 49 anos, 8,0% com idade de 50 a 59 anos e 6,0% acima de 60 anos (BRASIL, 2017).

O presente estudo mostra que a principal faixa etária em que ocorre os suicídios é de 20 a 29 anos. É alarmante os números de suicídios, que cada dia cresce mais, em sua maioria em pessoas jovens e adolescentes (BOTECA; SANTOS; MARCONDES, 2004).

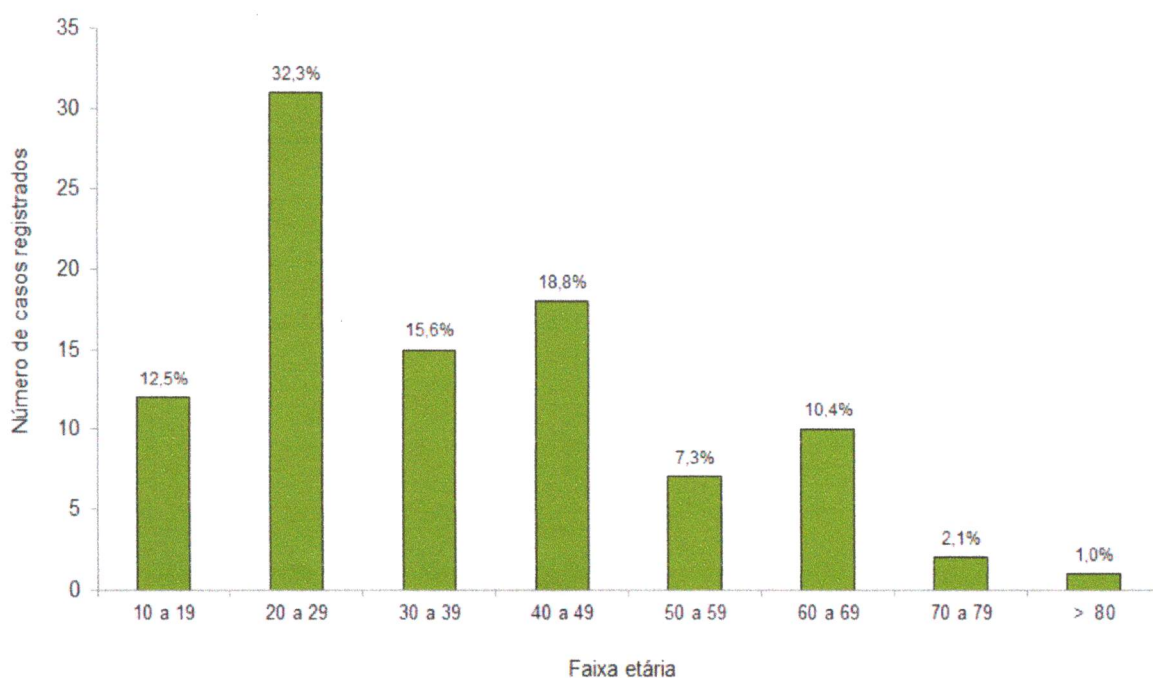


Gráfico 02 – Número de casos registrados de suicídio por faixa etária no Município de Itaituba, Pará.

Em relação ao gênero, cerca de 78,0% (n = 75) dos casos observados são do sexo masculino e 22,0% (n = 21) do sexo feminino (Gráfico 03).

Segundo um estudo realizado por Brasil (2017), o gênero masculino se destacou em número de ocorrência em Roraima (85,0% em homens e 15,0% em mulheres), Rio grande do Sul (80,0% em homens e 20,0% em mulheres), Mato Grosso do Sul (78,0% em homens e 22,0% em mulheres).

Segundo Machado (2016), o índice de crescimento por suicídio no Estado do Pará vem aumentando, tanto no gênero masculino com 7,0%, quanto no gênero feminino com cerca de 5,0%.

O presente estudo se assemelha aos trabalhos de Machado (2016) e Brasil (2017), pois, a maioria dos casos de suicídio ocorre no gênero masculino. Para Messaggi (2009), muitas são as evidências para aqueles que cometeram suicídio, e esses fatores estão ligados ao desemprego, fim de relacionamento, desestrutura emocional, alcoolismo e outros. No entanto indivíduos do sexo masculino estão entre os maiores números, o que ocorre é que o mesmo por ser homem não procura ajuda de forma que possa tirá-lo dos índices de morte autoprogramada.

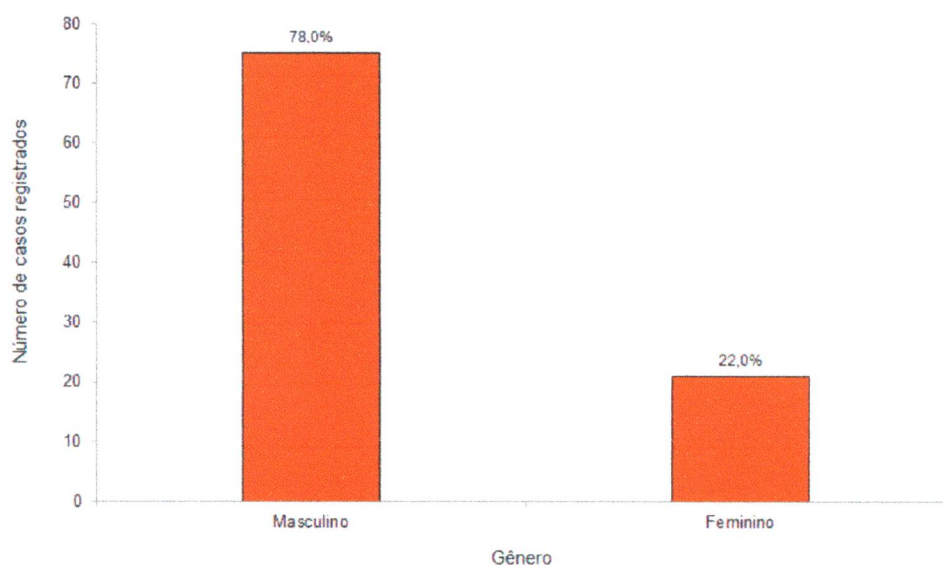


Gráfico 03 – Número de casos registrados de suicídio por gênero no Município de Itaituba, Pará.

Entre os meios utilizados para cometer o suicídio, destaca-se o enforcamento com 67,0% (n = 64); seguida de pesticida com 13,0% (n = 12); remédios com 8,0% (n = 7); arma de fogo com 7,0% (n = 6); produtos químicos com 2,0% (n = 2) e o álcool, fumaça e faca com 1,0% (n = 1) cada (Gráfico 04).

Pereira *et al.* (2014) em seu estudo realizado na cidade de Santa Catarina aponta que 38% dos suicídios ocorridos foram através de arma de fogo, 22% enforcamento, 18% de objetos cortantes, 12% remédios e 10% pesticidas.

Machado; Moraes e Lima (2016) relataram que no Brasil os principais métodos para a realização do suicídio é o enforcamento com 52,0%, seguido de arma de fogo com 15,0%, raticidas com 13,0%, objetos cortantes e bebida alcoólica com 10,0% cada.

Brasil (2017) observou que os suicídios são realizados principalmente por enforcamento com 45,0%, seguido de raticida com 22,0%, objetos cortantes com 15,0%, produtos de limpeza 10% e 8% de arma de fogo.

O presente estudo se assemelha as pesquisas de Pereira *et al.* (2014), Machado; Moraes e Lima (2016) e Brasil (2017) quanto aos métodos utilizados para a realização do suicídio, que é o enforcamento. Esses buscam sempre tirar suas vidas da forma rápida e usam o que se tem de fácil acesso naquele momento, como medicamentos, armas de fogo e entre outros (BOTEAGA; SANTOS; MARCONDES, 2004). O suicídio vem ser o segundo nos índices de mortes no Brasil, perdendo apenas para os acidentes de transito. Esses indivíduos normalmente estão com problemas pessoais e buscam diferentes meios para acabarem com essa dor (PERES, 2013).

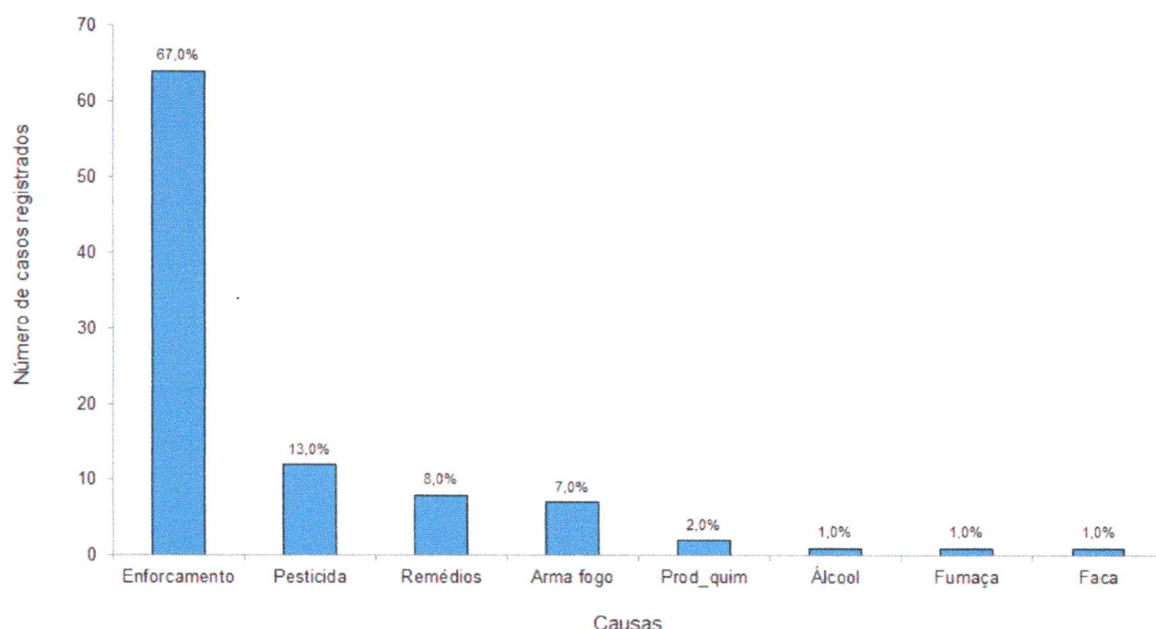


Gráfico 04 – Número de casos registrados de suicídio e os meios utilizados no Município de Itaituba, Pará.

5 CONCLUSÃO

Foram registrados entre 2008 e 2019 96 casos de suicídios e dados mostram quem tendência ao crescendo na região. A maioria dos casos de suicídio ocorre no gênero masculino entre a faixa etária de 20 a 29 anos. A maioria procura cometer o suicídio por enforcamento, utilizando o que se tem de mais fácil naquele momento, como as cordas, entre outros.

São alarmantes os números de suicídios, que cada dia cresce mais, em sua maioria em pessoas jovens e adolescentes. Esse número expressivo relaciona-se a condições de classes sociais, uso de entorpecentes, estresse, fim de relacionamento, desestrutura emocional e outros fatores que intensificam os problemas.

É notório o desejo dos sujeitos alcançarem melhores condições de vida, tendo um emprego, uma qualificação profissional e podendo realizar sonhos de consumo, uma das características da nossa sociedade. Refletimos sobre a “absolvição do sujeito individual”, pois outros estigmas sociais são criados, como o tabu, culpa, vergonha acompanhando famílias e comunidades que escondem os casos de tentativas e consumação de atos suicidas dos seus entes queridos. A punição é para com a sociedade e esta para com o comportamento moral do sujeito. Ao tentar o suicídio, o indivíduo é considerado moralmente insano, louco, e socialmente desajustado.

Atender o paciente potencialmente suicida e seus familiares é uma responsabilidade multiprofissional, que suscita abordagens compreensivas e solidárias com o pedido de socorro daquele que atentou contra sua própria vida, e respeito pela dor e sentimento de culpa que acompanham a família. Estudos mais aprofundados sobre o tema são uma necessidade, pois as tentativas e as consumações de atos suicidas são uma realidade na prática do profissional de saúde que desempenha suas atividades em setores de emergências.

Os profissionais da enfermagem, ao realizarem o primeiro contato com pacientes de tentativas de suicídio, devem buscar tranquilizá-los e aos poucos realizando o procedimento conforme a necessidade. No entanto, os cuidados nesse primeiro momento são essenciais para que esse paciente possa confiar nesse profissional diante de sua resistência em viver.

Em fase do exposto, é importante também abordar sobre a qualificação do enfermeiro diante desse atendimento, esta é de grande importância, pois ele deve seguir as normas estabelecidas, possuindo conhecimento adequado dos

procedimentos a serem realizados naquele momento, o qual deve ser repassado para outros profissionais por meio de ações de capacitação.

Portanto, acredita-se que este estudo contribuiu acima e tudo, para uma reflexão sobre a atuação do profissional de enfermagem no atendimento principalmente daquelas pessoas que tentaram cometer suicídio, pois deste profissional é exigido à prestação de um cuidado que contemple a educação em saúde para os essas pessoas que estão em uma fase crítica da vida.

REFERÊNCIAS

ABREU, S. T; PIACHESKI, M. P; FACHINELLI, R. **Suicídio a doença do século**. Santa Catarina. FTD, 2010.

AUGUSTO, L. P.; MOURA, U. J.; CORRÊA, W. M. **A dor do suicídio**. Rio de Janeiro: Atlas, 2010).

BAPTISTA, M. N.; BORGES, A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. **Estudos de Psicologia Campinas**, Minas Gerais, v. 22, n. 4, p. 425 – 431, 2018.

BOTEGA, N. J.; SANTOS, I. T; MARCONDES, R. M. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BOTEGA, N. J.; RIBEIRO, R. N.; PERES, T. H. **A dor que se transforma em suicídio**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BOTEGA, N. J.; TEIXERA. P. L.; ALMEIDA. R. S. **Suicida e suas Características**. Porto Alegre: Artmed, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde Mental e de Uso de Substâncias. Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros**, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health> Acesso: 20 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 16 Dez 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde Mental e Tratamentos Psiquiátricos. Secretaria de Saúde. **O suicida e suas características**, 2013. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/conceitos/documentos/portaria-1914>> Acesso em: 05 jan 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde Mental e Tratamentos Psiquiátricos. Secretaria de Saúde. **Os Atos Cometidos por um Suicida**, 2017.

Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/conceitos/documentos/portaria-1914>> Acesso em: 05 jan 2020.

CARVALHO, T. K. Perfil de indivíduos que cometem suicídio. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 151-158, 2012.

CASARIN, H. C. S.; CASARIN, S. J. **Pesquisa Científica [recurso eletrônico]: Da teoria à prática**. Curitiba: InterSaberes, 2012.

CASSORLA, R. M. S. **Do Suicídio: estudos Brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991.

DIEKSTRA, R. F. W; GARNFFSKI, W. On the nature, magnitude and casuality of suicidal behavior on international perspective. **Suicide Life Threat Behav**, n. 25, p. 36-57, 1995.

DURKHEIM, E. **O suicídio, estudo de sociologia**. Tradução Monica Stetel. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FARIA F. C. V.; MELO, S. B. S.; CHAVES, N. N.; SILVA-JUNIOR, F. J. G. S.; SOUSA, C. M. M.; ALVES, E. L. M. Intervenções para aqueles pacientes que tentaram suicídio. **Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, p. 63-69, 2012.

FIGUEIREDO, P. L.; SCHRAIBER, A. S. Suicídio e a Enfermagem: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

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

GOUVÊA, M. L. Conhecimento sobre as causas do suicídio, em Anápolis-Goiás. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 40, 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados quantitativos de suicídios no Brasil 2006**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/itaituba/panorama>> Acesso em: 05 jan 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População no último censo. Município de Itaituba.** 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/itaituba/panorama>> Acesso em: 05 jan 2020.

KALINA, J. G.; KOVADLOFF, H. M. A. Suicídio e as condições sociodemográficas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-48, 1983.

KIRKUP, A. E. **Os Índices de Suicídio no Brasil.** Dissertação (Mestrado em Educação Sexual), Programa de Pós-Graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras– Unesp. Araraquara, 2016.

KISHI, D. C.; SARDINHA, L. M. V.; BRITO, I.; GOMES, M. R. O.; RABELO, M.; MORAIS-NETO, O. L.; PENNA, G. O. Orientações de saúde reprodutiva recebidas na escola-uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2009. **Serviços de Saúde sobre Suicídio**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 481-490, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 270 p.

LOPES, R. F. O jovem e o suicídio. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.155-168, 2008.

MACHADO, M. K. O que leva um Indivíduo ao Suicídio. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p.583-589, 2016.

MACHADO, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Medica Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 67-73. 2016.

MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 62, 2003.

MENEGHEL, S. N.; VICTORIA, C.G.; FARIA, N. M. X.; CARVALHO, L. A.; FALK, J.W. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, Ceará, v. 38 n. 6, p. 804-810, 2004.

MENEGHELI-STELA; CESAR. T. P. Idosos que cometem suicídio, **RBCEH: Passo Fundo**, v. 5, n. 2, p. 132-140, 2003.

MESSAGGI, G. **Suicídio: uma revisão bibliográfica.** (Monografia). Curso de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNSC. Criciúma, SC, 2009.

MINAYO, V. X. L.; CAVALCANTE, A. P. O. As causas mais comum daqueles que cometem suicídio. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 171-180, 2006.

NUNES M. **Em paz com o tempo.** Ribeirão Preto: Revide RS. 1988. Disponível em: <<http://www.reviders.com.br/edicoes/editoria/capa/em-paz-com-o-tempo/>>. Acesso em: 20 jun 2017.

OLIVEIRA, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 23. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio:** um recurso para os clínicos gerais. Departamento de Saúde Mental, Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2000. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/54550891/Suicidio-Na-Terceira-Idade-de-Simone-Caetano>>. Acesso em: 11 jan 2020.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **O relatório mundial de saúde:** moldando o futuro. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2003. Organização Mundial da Saúde; 2003. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>> Acesso: 20 nov 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. UNICAMP. **Prevenção do suicídio:** manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2012. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>> Acesso: 20 dez 2019.

PEREIRA, D.; NOVO, R. F.; CASTRO, O. P.; VION-DURY, K.; RUSCHEL, A.; COUTO, M. C. P. P.; COLOMBY, P.; GIAMI, A. Tratamento para aqueles com doenças mentais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, p. 413-419, 2014.

PERES, R. Em busca de uma assistência adequada para aqueles que tentam o suicídio: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-15, 2013.

PRIETO, R. A.; TAVARES, S. I. Suicídio: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1140-1146, 2005.

QUENTAL, A. L. M. Conhecimento de adolescentes sobre o suicídio. **Cenarium Farmacêutico**, Brasília, 2008.

SAMANTA, A. C. F. A. Práticas preventivas para aqueles que tentaram o suicídio. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto alegre, v. 36 n. 4 p. 70-76, 2015.

SANTOS, S. A.; LOVISI, G.; LEGAY, L.; ABELHA, L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2064-2074, set, 2009.

SARAIVA A.; ARAÚJO, A. C.; DOHER, M. P.; HADDAD, M. A. Revisão sobre o suicídio. **Diagn. Tratamento**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 123-125, 2009.

SIMAN; R. L.; BRITO, M. N. Conhecimentos de adolescentes sobre o suicídio: subsídios para prevenção. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 786-792, 2016.

SOUZA, M. C. F. O.; MYNAIO, C. A. Sexualidade na terceira idade: análise dos comportamentos sexuais de idosos cadastrados em uma estratégia saúde da família. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 3, p. 474 – 474, 2002.

TURECKI F. O. B. Prevenção ao suicídio: visão e prática do enfermeiro. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 131-140, 1999.

VARNIK, G. E. C. P.; Limitações funcionais e incapacidades daqueles que tentaram suicídio. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 488-493, 2012.