



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE (UNI-RN)
CURSO DE ENFERMAGEM

ELIENE MORAIS PEREIRA

SAÚDE MENTAL: DOENÇAS COM MAIOR TENDÊNCIA AO SUICÍDIO

Natal/RN

2015

ELIENE MORAIS PEREIRA

SAÚDE MENTAL: DOENÇAS COM MAIOR TENDÊNCIA AO SUICÍDIO

Artigo científico apresentado no Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI RN, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira.

Natal/RN

2015

RESUMO

O processo saúde-doença está associado diretamente aos profissionais de saúde, principalmente quando relacionado ao ato do cuidar, pois este é um processo pelo qual se estende durante todo o ciclo de vida, desde seu nascimento até a sua morte. À vista disso, foram correlacionados alguns fatores indicativos associado à saúde mental que aumentam o risco do suicídio, dando ênfase a assistência de enfermagem, avaliando a complexidade e dinamicidade das questões voltadas aos aspectos humanísticos e culturais. O objetivo da pesquisa foi identificar na literatura científica a responsabilidade da atuação do enfermeiro diante do usuário que sofre de doença mental, destacando a prevenção como principal alvo da assistência. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, realizada através de levantamento de dados secundários, disponíveis em Bases de Dados científicas, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. A equipe de saúde necessita de conhecimentos científicos, habilidades técnicas e posturas éticas, para uma atuação adequada. Diante do paciente após tentativa de suicídio, não levando em consideração os aspectos psicológicos, emocionais e sociais. Conclui-se que o cuidado tem uma grande importância no processo de humanização, sendo um aspecto de fundamental para o agir de forma positiva no tratamento dos indivíduos que tendem a provocar o suicídio, reduzindo de maneira eficaz os índices de reincidência.

Palavras-Chave: Enfermagem. Doenças mentais. Suicídio.

ABSTRACT

The health-disease process is linked directly to the health professionals, especially when related to the act of caring, because this is a process that extends throughout the full life cycle, from the birth until its death. In view of this, some correlated predictors were associated with mental health that increase the risk of suicide, giving emphasis on the nursing care, assessing the complexity and dynamism of the issues directed to the humanities and cultural aspects. The objective of the research was to identify in scientific literature the responsibility of the role nurse perform in front of the user who suffer from mental illness, emphasizing prevention as the main target of assistance. It is a descriptive and exploratory research, conducted through a survey of secondary data, available in scientific Databases, obeying the inclusion and exclusion criteria that responded to the objective. The health team needs scientific knowledge, technical skills and ethical attitudes for proper operation. In front of the patient after suicide attempt, not taking into account the psychological, emotional and social aspects. It is concluded that the care has a great importance in the process of humanization, being an assistencial factor, acting in positive way in the treatment of individuals with mental disorders that tend to provoke suicide, in an effective manner reducing recidivism rates.

Keywords: Nursing. Mental disease. Suicide.

1. INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença está associado diretamente aos profissionais da área de saúde, principalmente quando referimos ao ato do cuidar, pois sabemos que o cuidado é um processo pelo qual se estende durante todo o ciclo de vida do ser humano, desde seu nascimento até a sua morte. Por outro lado, o adoecimento incorpora, de modo significativo, o papel dos fatores situacionais na construção dos significados pessoais que geram esse processo (FAVORET; CABRAL, 2009).

O transtorno mental e de comportamento estão ligados aos fatores da multicausalidade, como os fatores biológicos, sociais e psicológicos. O sociólogo Émile Durkheim (1858-1917), retrata em sua obra “*Le suicide*” que os fatores extras sociais estão relacionados aos ambientais, e conclui que tais explicações podem contribuir para o entendimento do fenômeno do suicídio, apresenta três tipos: o suicídio egoísta, que tende a se isolar da sociedade causando depressão; o altruísta, do qual acaba se adequando ao meio social levado por lealdade a uma causa; e por último o que melhor define a sua teoria e o que mais se adequa a atualidade, o suicídio anômico que é aquele que não consegue aceitar os limites morais que a sociedade impõe e facilmente cai em desespero (LUCENA, 2010).

Desse modo, ao descrever sobre a temática do suicídio, torna-se de extrema valia, definir que suicídio é “a ação de tirar a própria vida de maneira voluntária e intencional, iniciada e levada a cabo pela pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de resultado fatal” (VIANA, et al., 2008, p.39).

Contudo alguns elementos importantes devem ser destacados, principalmente quando relacionados ao suicídio, são a identificação dos fatores de risco, como: transtornos mentais; transtornos de personalidade e pacientes com condições clínicas incapacitantes, podendo encontrar-se em estado terminal e dependentes químicos, que proporciona o aumento do estímulo do indivíduo vir a cometer este ato.

Segundo Tuono et al (2007), Abreu et al (2010), Barbosa, Macedo, e Silveira (2011); diversas considerações podem ser feitas a partir da associação de estudos sobre a incidência de óbitos, do qual a estimativa é de 90% dos casos, quando correlacionados as disfunções de comportamento e aos fatores de risco que propagam a tendência ao suicídio.

A Organização Mundial da Saúde - OMS (2006), ressalta que pacientes que apresentam doenças com sintomas comportamentais, são facilmente identificados, podendo ser percebido inicialmente, através do surgimento de interferência nas funções pessoais e demonstrações de sofrimento, sendo esta a causa básica ou associada, de morte. Portanto, pacientes que apresetam

quadros clínicos relacionados diretamente aos elementos que promovem o desenvolvimento de fatores que tendem a possibilitar prejuízo à integridade física do indivíduo, merecem ter uma visão diferenciada quanto à questão do cuidar.

Logo, todos os profissionais ligados a saúde, poderão desenvolver métodos que irão auxiliar no tratamento dos riscos e das possibilidades de prevenção. A equipe que presta serviços de assistência aos usuários que apresentam distúrbios mentais necessita de conhecimentos científicos, habilidades técnicas, atitudes e posturas éticas, além de intuição, interação, sensibilidade, para uma atuação adequada em seu ambiente de trabalho (PIRES; CALDAS; RECENA, 2005).

Santos et al (2009), Abreu et al. (2010) e Heck et al (2012), referem-se a uma estimativa em relação ao aumento excessivo de casos de pessoas que cometeram suicídio nos últimos anos, aproximadamente 815 mil pessoas se suicidaram no mundo, ou seja, chegaram a conclusão que a taxa de mortalidade por suicídios varia entre 14,5 a 16/100.000 habitantes, sendo a média brasileira em torno de 4,3 óbitos por suicídio a cada 100.000 habitantes, isso representa uma morte a cada 40 segundos. Entretanto, o impacto do suicídio ainda é ofuscado pelos homicídios e pelos acidentes de trânsito, que excedem em seis e quatro vezes em média e respectivamente, o número de suicídios (DATASUS, 2009).

As doenças de foro psiquiátrico, estão diretamente ligados a determinantes onde descrevem que suas condições emocionais, tendem a manifestar o ato do suicídio, ou seja, torna-se um agente facilitador, havendo uma grande probabilidade de combinações entre essas doenças, podendo assim gerar uma situação de maior agravo quando o indivíduo passar a ter duas ou mais características, citando caso parecido, ter o diagnóstico de esquizofrenia e fazer uso compulsivo do álcool.

O indivíduo que se torna capaz de tirar sua vida, acaba sendo em diversos fatores um ser incapacitante, e discriminado socialmente. Assim, as questões religiosas, como norma geral, condenam enfaticamente a interrupção voluntária da vida. Contudo, afirma-se em sua grande maioria que este indivíduo poderá encontrar-se em um momento de instabilidade emocional, podendo assim executar o ato ou apenas tentar fazê-lo, sendo caracterizado como parassuicídio ou o suicídio consumado.

Pode-se ainda, salientar o conceito que ao levar esta informação de atentar contra sua vida de maneira subjetiva, ou seja, de acordo com o artigo 122 do código penal, referente aos crimes contra a pessoa, esse ato não constitui como infração, embora seja ato ilícito, porque a vida é considerada um bem jurídico indisponível (ACQUANIVA, 2010).

O objetivo da pesquisa foi identificar na literatura científica a responsabilidade da atuação do enfermeiro diante do usuário que sofre de doença mental, destacando a prevenção como principal alvo da assistência prestada aos indivíduos que acometem o suicídio.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A responsabilidade da equipe de enfermagem diante do usuário, que se encontra no âmbito de suas inaptidões facultativas está diretamente voltada ao cuidado, este sendo iniciado antes mesmo do diagnóstico ou do seu tratamento, dando uma maior ênfase a prevenção.

Desse modo, quando referimos a assistência de enfermagem direcionada à saúde, logo nos deparamos com os conceitos de que o cuidado deve ser voltado apenas, aos serviços de atenção básica, hospitalares e complementados com o uso de medicamentos específicos. No entanto, estes são apenas alguns componentes que contribuem para a melhora ou redução do controle deste processo.

Assim como as doenças mentais, o suicídio se caracteriza como um problema de saúde pública, tornando-se cada vez mais presente no cotidiano da população, onde os profissionais de saúde tentam prevenir as supostas tentativas e principalmente, procuram proporcionar uma diminuição nas reincidências ocasionadas pela não concretização do ato (AVANCI; PEDRÃO; COSTA, 2005).

O desejo de se matar está relacionado à frustração e componentes agressivos. O desejo de morrer parece submissão ao ato de punição contra si próprio. O indivíduo se entrega como se a morte fosse alívio, ou descanso de sofrimento intenso (SILVA; BOEMER, 2006).

Para Moreira e Gonçalves (2010), a terminologia de autoflagelação, permite reunir diversos conceitos de comportamentos resultantes de autolesões, estejam eles relacionados com atos que possam vir a influenciar as tentativas de suicídio ou suicídios propriamente consumados.

2.1 INDICATIVOS QUE PODEM LEVAR AO SUICÍDIO

De acordo com Borges, Werlang e Copatti (2008) e Abreu et al (2010), o comportamento suicida pode ser conceituado por três características bastantes comuns. A pessoa passa a demonstrar sentimentos conflitantes, tem episódios de impulsividade e rigidez ao lidar com questões de âmbito pessoal, fazendo com que o grau da intensidade de cada ação seja voltado aos pensamentos, ideias e desejos de se matar, sendo classificada como ideação suicida, tentativa de suicídio, e o suicídio consumado.

Botega et al. (2009), conclui que as principais correlações para o suicídio durante alguma fase da vida, apresentam por meio da formação da ideia ou intenção do suicida prévio,

associados aos fatores de risco, como os transtornos psiquiátricos, o etilismo e a não satisfação das necessidades básicas, acarretando um estado depressivo.

Pacientes que se encontram em depressão, são os que mais ocasionam elevada taxa de morbidade e mortalidade, pois o risco de suicídio é considerado bem elevado. Incorpora assim fatores contribuintes como a falta de suporte social, sendo um dos principais fatores potenciais no progresso de pensamentos de autodestruição, a autoagressão, manifestada por gestos suicidas e tentativas de suicídio, e por último o próprio suicídio (CANDIDO; FUREGATO, 2005).

À vista disso os autores, Abreu et al. (2010), abordam em seu estudo que os fatores sociais e comportamentais são inseridos no contexto biomédico. Dessa forma, estes elementos causam ao indivíduo um comportamento suicida como sendo o resultado final de um transtorno psiquiátrico com causas apenas biológicas. Apesar disso, é indispensável compreender através da anamnese a história de vida dos doentes e familiares, avaliando as circunstâncias e desenvolvimento do seu quadro clínico.

A maioria das vítimas que acometem suicídio sofre de algum transtorno psiquiátrico. Os distúrbios psiquiátricos específicos associados ao suicídio são transtornos depressivos e doença afetiva, e psicoses como esquizofrenia. A junção envolvendo mais de um desses distúrbios implica em maior risco de suicídio.

Entre os transtornos mentais de elevada frequência, o alcoolismo destaca-se como um importante indicador para avaliar seus efeitos sobre a saúde. A frequência de sua ocorrência, tanto da psicose alcoólica como da síndrome da dependência ao álcool, é citada entre esses transtornos (ABREU; et al., 2010).

Assim o risco de suicídio situa-se frequentemente em um momento de ruptura, quando o paciente pede ajuda sem que seja afetivamente ouvido. Em vista disso, tanto na esquizofrenia como na dependência química, a depressão pode estar presente de modo variado e em diferentes momentos. Sabendo que estas são tidas como principais fatores indicativos para o risco de suicídio. Porém, nem sempre estes elementos de risco vão apresentar-se associados, irá depender de possíveis circunstâncias, fatores agravantes ou outros fatores de risco envolvidos.

2.2 VIAS DE IDENTIFICAÇÃO DE UM POSSIVEL SUICIDA

Schlösser, Rosa, More (2014) e Abreu et al. (2010), definem o comportamento suicida como a preocupação, desejo ou ato que busca, intencionalmente, causar dano a si mesmo, inflige-se dano autoagressão, não importando o nível ou a razão genuína da ação.

A intenção constitui através da fase pelo qual o paciente está começando a dar sinais de pensamentos de morte, ou seja, ele ainda não possui planos concretos. À medida que esta intenção aumenta, ele começa a formar planos e métodos para consumir o ato. Quando é executada a intenção, mas sem resultado letal fatal, se constitui a tentativa (SEMINOTTE; PARALHOS; THIERS, 2006).

O provável suicida é aquele que intencionalmente inicia um comportamento não habitual, sem a intervenção de outros, causando autolesão ou ingerindo intencionalmente excesso de medicamentos com a finalidade de provocar mudanças em decorrência das consequências físicas ocorridas ou esperadas (BORGES, WERLANG; COPATTI, 2008).

Segundo Costa (2008), a existência do preconceito social sobre o suicídio é notório. Em um estudo realizado de 72 casos que dispunham de registro, apenas 18 destes tiveram boletins de ocorrência policial. Esta prática deveria ser de caráter corriqueiro nas unidades de saúde, pois a veracidade da identificação do diagnóstico é de extrema importância, principalmente ao que diz respeito aos estudos epidemiológicos. Adentrando aos casos que não foram notificados, vale ressaltar que a ausência da grande maioria dos casos acaba, sendo omitidos por serem julgados diagnósticos de baixo risco, e em grande maioria terem procurado atendimentos em serviços particulares ou conveniados não passando as devidas informações. Em alguns casos, a omissão nos acidentes automobilísticos também acaba por ser ignorada a provável tentativa de suicídio (AVANCIR; PEDRÃO; COSTA, 2009).

2.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO SUICIDIO

Para Lins, Oliveira e Coutinho (2006), os usuários que sofrem de transtornos mentais e que manifestam elevado risco de realizar o suicídio, mostram aos profissionais de saúde o objetivo de organizar e implementar cuidados intensivos, com o propósito de modificar a assistência diante da qualidade de vida destes enfermos, que tenham por características somente encontrar como saída a aniquilação e a mortificação do estado vital.

Abreu et al. (2010), descrevem sobre a assistência a nível da atenção básica, ou seja, através do atendimento voltado as Estratégias da Saúde da Família (ESF). O Ministério da

Saúde (MS), apresentou no ano de 2006, a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio, pela Portaria GM nº 1.876, com a intenção de diminuir as taxas de suicídios e consequentemente suas reincidências, proporcionando o vínculo e acolhimento.

Porém Heck et al (2012), expressam que a equipe de saúde da família, começa a entender que o atendimento individual não dá vazão à complexidade de intervenções necessárias para minimizar ou eliminar os riscos relativos às tentativas de suicídio.

As consultas na Estratégia Saúde da Família (ESF) são realizadas, inicialmente, através do acolhimento, o qual é destinado aos usuários e seus familiares. Geralmente são realizadas de forma individual, com a participação da chamada equipe de saúde mental, formada por: médicos, psicológicos, serviço social, além de contar com a equipe de enfermagem. Desse modo, possibilita a formação de uma rede interdisciplinar que proporciona cuidado, atenção e solidariedade nesse momento do sofrimento psíquico (HECK; et al 2012).

Outros cuidados também são fornecidos, como o suporte através de oficinas terapêuticas e visitas domiciliares, onde os profissionais de enfermagem das unidades básicas em conjunto com os agentes comunitários (ACS) identificam os grupos, e famílias dos indivíduos expostos a riscos de vulnerabilidades, através do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação destas.

De acordo com Avanci, Pedrão e Costa (2005), os casos que são classificados como atendimentos de urgência e emergência hospitalar, necessitam de cuidados rápidos da equipe de enfermagem, e tem como prioridade o dever de recuperar em curto prazo a vida destes pacientes. Quanto à qualidade da assistência oferecida por estes profissionais aos usuários, torna-se claro o preconceito. O que é mais citado pelos pacientes são as agressões verbais feitas através de comentários entre os próprios cuidadores.

A importância da detecção precoce aos fatores de risco ainda é um tema bastante discutido. Abreu et al (2010), identificaram em seu estudo que mais de 75% dos pacientes que praticam a tentativa de suicídio procuram a atenção primária. Consequentemente, no mês que se contabiliza através de dados estatísticos o número de óbitos, os índices caem para 45%. Dessa forma torna-se claro a importância do acolhimento adequado nas unidades de serviços de atenção básica, sendo possível prevenir as tentativas de suicídio.

A família é um fator de proteção aos agravos em saúde mental, e, portanto, as ações da equipe de enfermagem precisam ser direcionadas não somente ao indivíduo, mas também ao grupo familiar (ABREU; et al, 2010).

3 METODOLOGIA

A pesquisa é do tipo exploratória, descritiva, realizada através de levantamento de dados secundários de abordagem qualitativa, a partir de uma revisão integrativa.

A pesquisa exploratória é utilizada quando há pouco conhecimento científico a respeito do problema que irá ser estudado, objetivando assim a familiarização com este, ou ainda a obtenção de novas percepções acerca deste assunto. Este tipo de pesquisa não necessita de elaboração de hipóteses, restringindo-se a realização de descrições precisas sobre o objeto de estudo, além de identificar a existência, ou não, de relações entre os diversos elementos que compõem este objeto (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

As fontes de dados utilizadas neste estudo foram da Base de Dados LILACS, e SCIELO, através dos artigos científicos relacionados ao tema. O período de publicação delimitado para investigação foi de 2005 a 2014.

Os termos aplicados na pesquisa foram escolhidos a partir das palavras-chave: enfermagem, doenças mentais, e suicídio. Previamente lidos de forma não sistemática e posteriormente foi realizada a consulta destes termos. Dessa forma, foram utilizados os seguintes descritores: suicídio e enfermagem, ideação suicida, suicídio assistido, tentativa de suicídio, suicídio e doenças mentais.

Os critérios de inclusão foram artigos nacionais, que disponibilizam o texto na íntegra, e que tem relação com o objetivo de estudo. Os de exclusão foram os publicados anteriormente aos anos mencionados, internacionais e os que disponibilizam apenas o resumo ou não tem relação com o objeto do estudo, além de artigos repetidos nas Bases de Dados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados foi reunida em um quadro sinóptico, resumindo a amostra final dos estudos, descritivamente. O quadro destaca informações referente a: título do estudo, autores, objetivos e resultados. Os descritores foram: suicídio e enfermagem com 10 artigos, ideação suicida com 46 artigos, suicídio assistido com 06 artigos, tentativa de suicídio com 82 artigos, suicídio e doenças mentais com 3 artigos. Após leitura dos textos, foram excluídos 124, pois não ofereceram informações relevantes, restando 22 artigos para a amostra final.

TÍTULO DO ESTUDO	AUTORES	OBJETIVOS	RESULTADOS
1. COMPORTAMENTO SUICIDA: FATORES DE RISCO E INTERVENÇÕES PREVENTIVAS.	ABREU, K. P.; ET AL.	O objetivo é discorrer sobre fatores de risco para o comportamento suicida e as possíveis intervenções utilizadas para sua prevenção na atenção primária à saúde.	O foco de implementação do cuidado deve ser direcionado àqueles que se enquadram em situações de agravos que dispunham às tentativas de suicídio. Por isso, o conhecimento dos fatores de risco e intervenções preventivas para o comportamento suicida pode trazer benefícios para a comunidade e profissionais de saúde, garantindo um cuidado seguro e tecnicamente orientado.
2. TENTATIVA DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: CONSIDERAÇÕES SOBRE A DIFICULDADE DE REALIZAÇÃO DIAGNÓSTICA E A ABORDAGEM DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.	AVANCI, R. C.; PEDRÃO, L. J.; COSTA, M. L. J.	O objetivo é tecer considerações sobre tentativas de suicídio entre adolescentes relacionados com os preconceitos existentes e a atual abordagem dos profissionais de enfermagem frente à questão.	Teve como resultados a dificuldade da realização do diagnóstico de tentativa de suicídio relacionados ao preconceito da sociedade e do papel do profissional de enfermagem frente a esse paciente.
3. RELAÇÃO DE AJUDA ENFERMEIRO-PACIENTE PÓS-TENTATIVA DE SUICÍDIO.	AVANCI, R. C.; et al.	Este estudo objetivou apresentar a análise de uma relação terapêutica enfermeiro paciente, após tentativa de suicídio de paciente internada em Unidade de Emergência por ingestão de soda cáustica.	A análise apresentou quatro etapas: 1) O <i>exame</i> - a enfermeira escutou a paciente, estimulou a expressão, esclarecendo os procedimentos técnicos. Iniciou-se um processo empático, de confiança; 2) <i>Saudade de casa</i> - a paciente expressou sentimentos sobre a casa e familiares; 3) <i>Tentativa de suicídio</i> - verbalizou sua experiência (tentativa de suicídio), percebendo sua participação, realizando uma autoreflexão; 4) O <i>cotidiano</i> - expressou outros sentimentos em suas atividades no cotidiano.
4. DEPRESSÃO E O SUICÍDIO.	BARBOSA, F. O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C.	O objetivo geral deste trabalho é revisar as contribuições recentes acerca das características clínicas da depressão que se encontram vinculadas ao desfecho suicídio.	Discussão: Suicídio é uma das maiores causas de mortalidade no mundo todo, em sua maioria acometendo adultos jovens. No Brasil, pessoas cometem suicídio por dia. A literatura mostra que a associação entre suicídio e transtornos mentais é de mais de 90%. Aponta também que há uma relação estreita entre quadros psicopatológicos e o suicídio, com prevalência dos quadros de Depressão Maior (cerca de 43,2% dos casos). Também são relatadas que características de personalidade como agressividade e impulsividade têm papel relevante no desencadeamento de atos suicidas. Diante deste panorama, onde o suicídio ainda é tratado como tabu, surge à necessidade de desmistificar o tema, levando em consideração o trauma que o suicídio acarreta ao meio social.

5. PREVALÊNCIAS DE IDEIAÇÃO, PLANO E TENTATIVA DE SUICÍDIO: UM INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL EM CAMPINAS, SÃO PAULO, BRASIL.	BOTEGA, N. J; et al.	Tem por objetivo fornecer estimativas de prevalência do comportamento suicida (ideação, plano e tentativa de suicídio) na área urbana da cidade de Campinas, São Paulo, Brasil.	Abordamos 538 indivíduos. Houve 23 recusas de participação, perfazendo-se então 515 entrevistas. Ao longo da vida, tomando-se a amostra como um todo, as prevalências foram de 17,1% para a ideação suicida; 4,8% para os planos e; 2,8% para as tentativas de suicídio. Nos últimos 12 meses, as prevalências foram de 5,3% para a ideação suicida; 1,9% para os planos e; 0,4% para as tentativas de suicídio.
6. IDEIAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES DE 13 A 17 ANOS.	BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G.; COPATTI, M.	Esta pesquisa objetivou identificar a presença de ideação suicida e sua possível associação com intensidade de depressão em adolescentes da cidade de Erechim, com idades entre 13 e 17 anos.	Verificou-se que depressão leve, moderada e grave, estão associadas à presença de ideação suicida em nível estatisticamente significativo. A análise de regressão logística demonstrou que um adolescente com pontuação para depressão tem uma razão de chance de 12 vezes de desenvolver ideação suicida quando comparado com um adolescente que não pontuou depressão.
7. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS DE INDIVÍDUOS QUE TENTARAM SUICÍDIO.	BURIOLA, A. A.; et al.	Objetivou conhecer a assistência de enfermagem oferecida aos familiares de indivíduos que tentaram suicídio, durante o atendimento inicial da ocorrência.	Na análise emergiram duas categorias: “A prática profissional e o cuidado à família do indivíduo que tentou suicídio” e “Emergindo as emoções no viver profissional”, as quais revelam que as famílias normalmente são procuradas para informações sobre o caso, mas raramente constituem foco da assistência. Os profissionais mostram-se descontentes com esta situação, contudo percebem-se limitados, embora acreditem que maior atenção instituiria medidas eficazes para um cuidado humanizado. Estes resultados podem subsidiar a atuação dos enfermeiros com vistas a uma assistência que considere a pessoa e a família de forma holística.
8. ATENÇÃO DA ENFERMAGEM AO PORTADOR DE TRANSTORNO DEPRESSIVO: UMA REFLEXÃO.	CANDIDO, M. C. F. S.; FUREGATO, A. R.	Objetiva divulgar conhecimentos sobre a atenção ao portador de transtornos depressivos.	A literatura enfatiza que a doença diagnosticada e tratada precocemente evita prejuízos sociais e pessoais, aumentando a responsabilidade dos profissionais em todos os níveis de atenção.
9. TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: CARGA DA DOENÇA E CUSTOS RELACIONADOS.	COSTA, A. M. N.	Revisar aspectos clínicos, de carga da doença e consequentes desfechos financeiros do transtorno afetivo bipolar - TAB.	O TAB apresenta alta comorbidade com outros transtornos, o que agrava seu prognóstico e eleva os custos com os serviços de saúde. Os indivíduos com TAB apresentam mais fatores de risco cardiovascular e, consequentemente, maior risco de morte por evento cardíaco. O atraso e o erro diagnóstico no TAB elevam consideravelmente a carga e os custos da doença.
10. NARRATIVAS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: EXPERIÊNCIAS EM GRUPOS OPERATIVOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.	FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C.	Identificar as narrativas formadas a partir de uma experiência que visa promover a elaboração coletiva de novos significados para o adoecimento e integrar as vivências e saberes pessoais com o conhecimento biomédico e a prática clínica.	Identificouse que as pessoas, mediante troca, valorização e legitimação de significados e saberes desenvolvidos a partir das vivências individuais e coletivas no grupo, produzem mudanças nas suas concepções sobre o processo saúde-doença que transcendem a perspectiva medicalizante da biomedicina.
11. AÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DIANTE DE USUÁRIOS COM TENTATIVA E RISCO DE SUICÍDIO.	HECK, R. M.; et al.	Objetivou-se conhecer a visão e a atuação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial, acerca do acolhimento de pessoas com tentativa ou risco de suicídio.	Foi observada a existência de equipe multiprofissional comprometida, que procura realizar um acompanhamento humanizado, unindo esforços com diferentes sistemas e setores da sociedade civil, com a finalidade de implementar um plano de cuidado e eliminar o risco de suicídio do usuário.
12. ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: INTERVENÇÃO	LINS, C. E.; OLIVEIRA, V.	Objetivo é abordar a atuação do acompanhamento terapêutico em	São investigados protocolos de avaliação do risco de suicídio e intervenções pertinentes ao campo do

SOBRE A DEPRESSÃO E O SUICÍDIO.	M.; COUTINHO, M. F. C.	casos de depressão grave com risco de suicídio.	acompanhamento terapêutico, visando a implementação de ações específicas em saúde mental.
13. O PENSAMENTO EDUCACIONAL DE ÉMILE DURKHEIM.	LUCENA, C.	Este artigo analisa os principais pressupostos de pensamento de Émile Durkheim sobre a sociedade e a educação.	Demonstrando os elementos para a construção de uma teoria do consenso social. Proporciona o debate sobre como estas teorias influenciam a educação nos dias atuais.
14. PERTURBAÇÃO MENTAL E IDEIAÇÃO SUICIDA ENTRE RECLUSOS PREVENTIVOS.	MOREIRA, N. A. C.; GONÇALVES, R. A.	Objetivo explorar a incidência de ideação suicida e de perturbação emocional em presos preventivos em dois momentos distintos da execução da pena, durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena.	A divisão da amostra foi feita em dois grupos, permitiu constatar que os reclusos que experienciaram maior ideação suicida são os que continuam perturbados emocionalmente após seis meses de reclusão e que os reclusos com níveis baixos de ideação suicida deixam de se encontrar perturbados e conseguem retomar o seu normal funcionamento, facto que, à semelhança de outros estudos, deixa transparecer que a perturbação psicológica não seja o único fator de risco a concorrer para a ideação suicida.
15. INTOXICAÇÕES PROVOCADAS POR AGROTÓXICOS DE USO AGRÍCOLA NA MICRORREGIÃO DE DOURADOS, MATO GROSSO DO SUL, BRASIL, NO PERÍODO DE 1992 A 2002.	PIRES, D. X., CALDAS, E. D.; RECENA, M. C. P.	O objetivo de subsidiar um futuro estudo de campo com os agricultores dessa região.	Foram notificadas 475 ocorrências no período, sendo 261 intoxicações (acidental ou ocupacional), 203 tentativas de suicídio e 11 eventos de causa indeterminada. O Município de Dourados apresentou a maior prevalência de intoxicações, por 100 mil habitantes, considerando a população rural, e Fátima do Sul a segunda maior prevalência de suicídios na microrregião.
16. PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS NAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA NO RIO DE JANEIRO, BRASIL.	SANTOS, S. A.; et al.	Objetivo principal de estimar a prevalência dos transtornos mentais nos casos de tentativas de suicídio atendidos em um hospital de emergência público no Rio de Janeiro, Brasil, no período de abril de 2006 a março de 2007.	Um total de 118 casos de tentativas de suicídio foi admitido no setor de emergência do HMSA. Desses, dez evoluíram a óbito e dois foram reincidentes, considerando-se apenas a primeira admissão. Não conseguimos realizar a entrevista em dez casos, os quais evadiram-se antes da abordagem (seis homens e quatro mulheres), sendo excluídos da pesquisa.
17. REVISÃO: COMPORTAMENTO SUICIDA AO LONGO DO CICLO VITAL. ISSN	SCHLOSSE R, A., ROSA, G. F. C., MORE, C. L. O. O.	Objetiva revisar estudos sobre o comportamento suicida ao longo do ciclo vital, identificando os possíveis fatores de risco e proteção característicos de cada etapa.	Como resultados, observaram-se generalidades quanto a fatores de risco e protetivos, uma vez que estão presentes em todas as etapas do desenvolvimento humano, bem como fatores específicos, que se apresenta particularmente em cada fase do ciclo vital.
18. TAXA DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO E INDICADORES SOCIOECONÔMICOS NAS CAPITAIS BRASILEIRAS.	SCHNITMAN, G.; et al.	O objetivo deste artigo é avaliar o componente social nas mortes por suicídio, pela análise de indicadores socioeconômicos.	Os resultados apontam que a taxa de mortalidade por suicídio variou de 0,77 / 100 mil habitantes em Salvador (BA) a 14,04 / 100 mil habitantes em Boa Vista (AC). O sexo masculino apresenta risco relativo 3,7 vezes maior de cometer suicídio do que o feminino. A faixa etária de 15 a 29 anos apresentou menor risco relativo de cometer suicídio, enquanto o maior risco relativo foi encontrado na população com idade igual ou superior a 60 anos. Ambos os indicadores de desigualdade social (Índice de Gini e Índice L de Theil) apresentaram correlação negativa com a taxa de mortalidade por suicídio, com significância estatística.
19. O SUICÍDIO EM SEU MOSTRAR-SE A PROFISSIONAIS DE SAÚDE.	SILVA, V. P.; BOEMER, M. R.	O presente trabalho que se propõe a desvelar como o suicídio se mostra, em sua essência, a profissionais que atuam neste setor específico.	Da análise dos depoimentos, foi possível compreender que o estudo evidencia necessidade de se introduzir, na área de saúde mental, profissionais especializados. A especialização possibilita aos profissionais lidar melhor com os preconceitos e dificuldades, abrindo assim, perspectivas para um

			melhor cuidado às pessoas que não vêm sentido na própria vida.
20. INTERVENÇÃO E CRISE E SUICÍDIO: ANÁLISE DE ARTIGOS INDEXADOS.	SEMINOTTI, E. P.; PARANOS, M. E.; THIERS, V. O.	O artigo propõe a investigação aos estudos conduzidos sobre intervenção em crise e suicídio.	Os artigos foram agrupados de acordo com os tipos de população direcionada no estudo, tipo de estudo realizado e intervenção relatada. As intervenções foram divididas entre intervenção e intervenção preventiva. A intervenção se caracteriza por um caráter de técnicas de tratamento ou apoio após o evento ocorrido no caso o suicídio.
21. TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS NAS MORTES DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL.	TUONO, V. L. et al.	Os objetivos deste estudo foram os de resgatar informações sobre os TM nessas mulheres, conhecer a distribuição de mortes por transtornos mentais de acordo com as idades e descrever sua presença em casos de suicídio e mortes por causas maternas.	Investigaram-se 7.332 óbitos de mulheres de dez a 49 anos de idade, residentes nas capitais brasileiras. Analisaram-se os casos em que os TM estavam referidos, seja como causa básica ou associada. No primeiro caso, corresponderam a cerca de 1% do total de mortes; das 70 mortes por TM, 64% foram devidas ao uso de substâncias psicoativas. Episódios depressivos foram mencionados em 13% dos óbitos. Como causa associada, houve uma média de 0,12 menção de TM por óbito (total de 869 menções). Em grande número dos casos de suicídio, foi mencionada depressão.
22. PREVALÊNCIA DE SUICÍDIO NO SUL DO BRASIL, 2001-2005.	VIANNA, G. N.; ZENKNER, F. M.; SAKAE, T. M.; ESCOBAR, T. B.	Descrever e avaliar a incidência de suicídio em indivíduos procedentes da Associação dos Municípios da Região de Laguna (Amurel), no período de 2001 a 2005.	A idade média dos suicidas pesquisados ficou em 44 anos, com predomínio do sexo masculino (79,6%). A maioria dos casos não tinha união estável (38,8%) e utilizou com mais frequência o enforcamento como método, com 68,4% dos óbitos. As profissões mais comuns entre os suicidas foram os serviços gerais e agricultores. A cidade com mais incidência foi Grão Para com coeficiente de 20,2.

Quadro 1- Distribuição de título, autor, objetivo e periódico e resultados, 2015.

A análise dos dados obtidos na pesquisa, mostram que os profissionais vinculados aos serviços de saúde consideram a tentativa ou risco de suicídio como situação de emergência. Desse modo, o conteúdo exposto é caracterizado como um caso de agravo em saúde, oferecendo risco de morte iminente, que carece da detecção dos fatores que possivelmente estejam associados a esse comportamento auto agressivo, a fim de reduzi-lo.

Uma vez que tornar-se nítido a questão da relevância de se debater, dentro dos parâmetros de saúde pública, os autores Heck et al (2012), afirmam que a enfermagem, juntamente com a equipe, necessita estar atenta à complexidade nos modos de viver, pois o suicídio é um tema desafiador que demanda a união de esforços, a fim de realizar um trabalho compartilhado, com apoio matricial.

Portanto, estudos científicos relacionados a saúde, evidenciam ao longo dos tempos que vem sendo planejado e debatido, várias alternativas de prevenção direcionada as equipes de enfermagem e aos usuários (ABREU et al, 2010).

A análise realizada mostra a importância nas ações de prevenção e vigilância em saúde mental, voltadas para essa população específica. Desse modo Buriola et al (2011), aborda que tanto as doenças mentais como o surgimento de vínculos agregados aos fatores de risco associadas à depressão, que é responsável por 30% dos casos, ao alcoolismo, com 18%, à esquizofrenia, com 14%, e aos transtornos de personalidade, com 13%, elevam o aumento de casos resultantes em óbitos por suicídio.

No que se refere a prevenção do suicídio, outros aspectos a serem debatidos são os serviços de saúde oferecidos aos usuários, e a assistência dos profissionais de enfermagem que prestam serviços aos indivíduos que acometeram a tentativa de suicídio. Por esse motivo, em sua grande maioria essa equipe não têm a prática de acompanhar os pacientes pós-evento, omitindo a continuidade do tratamento fora das unidades de apoio, como o direcionamento para os serviços de atenção em saúde mental para tratamento e orientação também dos familiares, que estes de forma direta ou indireta tendem a ser um facilitador na recuperação e interação deste usuário aos seguimentos de convívios sociais e familiares.

Atentando assim a falta de capacitação técnica e profissional das equipes que compõem as unidades de saúde, direcionando com mais evidência a equipe de enfermagem pois a detecção de sinais e sintomas podem ser feitas através de uma investigação mais cuidadosa tanto nas avaliações da anamnese como no histórico daquela pessoa que adentra as unidades de saúde. Inclusive com a adoção de instrumentos de rastreamento para casos de depressão, esquizofrenia e elitismo, que são consideradas fatores contribuintes para que ocorra um processo de agravo relacionadas aos suicidas (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011).

O surgimento dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), propõem um novo olhar aos pacientes que sofrem de doenças mentais, principalmente aqueles que desencadeiam um ou mais fatores associados ao risco de atentar contra sua própria vida, dessa forma eles têm por objetivo proporcionar uma atenção qualificada aos enfermos.

Desse modo, Botega, et al (2009) descreve que cerca de 15 a 25% das pessoas que tentam suicídio, tentarão se matar no ano seguinte e 10% efetivamente conseguem se matar nos próximos 10 anos.

O cuidado deve ser voltado também aos familiares dos pacientes que tentaram suicídio, podendo assim construir através de parâmetros de apoio emocional, e psicológico durante o tratamento e recuperação dos mesmos. Com estas práticas o enfermeiro pode ir além de suas rotinas assistenciais estabelecendo assim uma linha de cuidado humanizado a todos os indivíduos participantes deste momento aflitivo, além de ajudar a minimizar o sofrimento e angústia presentes com frequência nestas famílias (BURIOLA et al, 2011).

De acordo com a OMS (2006), as variações encontradas referentes as taxas de suicídio entre os diversos países podem ser consequências das faltas de semelhanças durante os procedimentos de notificações. Porém não existe uma única regra, do qual possa se aplicar aos países, para a verificação de uma morte que supostamente tenha sido causada ou não por suicídio.

Em vista disso, Schnitmana, et al (2010), referem-se em seu estudo a existência da complexidade, em analisar as taxas oficiais de mortalidade por suicídio no país. Devido as alterações provocadas nos dados e informações, ofuscados pelos parentes e da dificuldade, e as associações vistas quanto as diferenciações dos casos de suicídios, por acidentes ou por homicídio, ou ainda dos eventos cuja intenção não pode ser determinada.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que o paciente com doença mental tem sentimentos, pensamentos, reações próprias e deverá ser compreendido como um ser humano que necessita de cuidado. Consequentemente deve-se readquirir valores voltados ao estímulo da importância do processo do cuidado humanizado na assistência de enfermagem, do qual se faz um fator colaborativo, agindo de forma positiva para que o cuidado tanto aos pacientes com doenças mentais que tendem a cometer o suicídio, quanto aos seus familiares, sejam efetivos na diminuição dos índices de reincidência.

Seguindo estes parâmetros acima, deve-se observar que a equipe multidisciplinar de saúde, ainda se encontra bastante resistente no que diz respeito ao tratamento dos usuários que sofrem de transtornos mentais, e principalmente aqueles que tendem a consumir a prática do suicídio. Em vista disso, os profissionais de enfermagem, mais especificamente, por acabarem participando de todo o processo de prevenção, admissão, e acompanhamento do indivíduo durante a evolução ou regressão do quadro clínico, e especialmente participar dos quadros clínicos dos reincidentes que intensificam as suas internações. Estes assessores em grande maioria, necessitam de maturidade para identificar todos os sinais e sintomas que necessitem de atenção e assistência; fornecendo um atendimento de forma holística aos indivíduos que se tornam inábil diante de suas capacidades mentais.

Estes cuidadores precisam vencer qualquer preconceito para atender os enfermos, de forma integral e sobre tudo garantido a dignidade de ambos. Porém, em prática sabe-se que estes muitas vezes não estão capacitados para detectar componentes suicidas em usuários que sofrem de distúrbios mentais, demonstram posturas preconceituosas e discriminadoras, por não estarem devidamente capacitados, estes tendem a proporcionar um tratamento inadequado, tornando-o complexo, e dificultado no quadro de avaliação e reabilitação.

Determinando assim, através do embasamento científico a dificuldade encontrada dentro da equipe de saúde ao atender esses pacientes. Trazendo à tona medos e conflitos que surgem do íntimo de cada ser baseada através de princípios voltados a religião e a cultura. Por vez a tentativa de suicídio, acaba não sendo aceita, comparando a outras enfermidades, já que em grande maioria a própria equipe não tem nenhum tipo de treinamento em seus diversos ambientes educacionais.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. P.; et al.; Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 12, n. 1, p. 195-200, 2010.

ACQUANIVA, M. C.; Série Vade Mecum Criminal. -3º Ed. **Rev. E atual.** – São Paulo: Rideel, 2010.

AVANCI, R. C.; PEDRÃO, L. J.; COSTA, M. L J. Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) [Online]. v.1, n.1, p. 0-0, 2005.

AVANCI, R. C.; et al; Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD)**, v. 5, n. 1, p. 05, 2009.

BARBOSA, F. O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. Depressão e o Suicídio. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro. v.14, n.1, 2011.

BOTEGA, N. J.; et al.; Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009.

BORGES, V. R; WERLANG, B. S. G.; e COPATTI, M. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 28, p. 110-123, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de 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 – 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade/SVS. – 2009. Disponível em: <www.datasus.gov.br/idb>.

BURIOLA, A. A. et al. Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. **Esc. Anna Nery**. v. 15, n. 4, p. 710-716, 2011.

- CANDIDO, M. C. F. S.; FUREGATO, A. R. Atenção da enfermagem ao portador de transtorno depressivo: uma reflexão. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) [Online]. v. 1, n. 2, p 0-0, 2005.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A; SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo, Prentice Hall, 2007.
- COSTA, A. M. N.; Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. /**Rev. Psiqu. Clín.** V. 35, n. 3, p. 104-110, 2008.
- FAVORETO, C.A.O.; CABRAL, C.C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v. 13, n. 28, p. 7-18, 2009.
- HECK, R. M.; et al. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 26-33, 2012.
- LINS, C. E.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. C. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. **Psychê**. Ed. Port. São Paulo. N. 18, p. 151-166, 2006.
- LUCENA, C. O pensamento educacional de Émile Durkheim. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n. 40, p. 295-305, 2010.
- MOREIRA, N. A. C.; ÇONÇALVES, R. A. Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. **Análise Psicológica**, v.1 n. XXVIII, p. 133-148, 2010.
- PIRES, D.X.; CALDAS, E. D.; RECENA M. C. P. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil, no período de 1992 a 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 598-605, 2005.
- SANTOS, S. A.; et al.; 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, 2009.
- SCHLOSSER, A., ROSA, G. F. C., MORE, C. L. O. O. Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 133, p. 1-145, 2014.

SCHNITMANA, G.; et al. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 34, n. 1, p. 44-59, 2010.

SEMINOTTI, E. P.; PARANOS, M. E.; THIERS, V. O. Intervenção e crise e suicídio: Análise de artigos indexados. **O portal dos psicólogos**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – 2006.

SILVA, V. P.; BOEMER, M. R.; O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 1518-1944, 2006.

TUONO, V. L; et al. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2007, v. 16, n. 2, p. 85 – 92, 2007.

VIANA, G. N.; et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 38-43, 2008.