



Eliane Regina Pereira  
(Organizadora)

# Saúde Mental: um Campo em Construção

**Atena**  
Editora  
Ano 2019

**Eliane Regina Pereira**

(Organizadora)

# Saúde Mental: Um Campo em Construção

Atena Editora  
2019

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Executiva: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Karine de Lima  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

#### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

| <b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)<br/>(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b> |   |
|---|---|
| S255  | Saúde mental [recurso eletrônico] : um campo em construção /<br>Organizadora Eliane Regina Pereira. – Ponta Grossa, PR: Atena<br>Editora, 2019.<br><br>Formato: PDF<br>Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader<br>Modo de acesso: World Wide Web<br>Inclui bibliografia<br>ISBN 978-85-7247-596-9<br>DOI 10.22533/at.ed.969190309<br><br>1. Política de saúde. 2. Saúde pública. 3. Serviços de saúde<br>mental – Brasil. I. Pereira, Eliane Regina.<br><br>CDD 362 |
| <b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>   |   |

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A fabricação da doença

Boa saúde? Saúde ruim? Tudo depende do ponto de vista. Do ponto de vista da grande indústria farmacêutica, a má saúde é muito saudável.

A timidez, digamos, podia ser simpática, e talvez atrativa, até se transformar em doença. No ano de 1980, a American Psychiatric Association decidiu que a timidez é uma doença psiquiátrica e a incluiu em seu Manual de alterações mentais, que periodicamente põe os sacerdotes da Ciência em dia.

Como toda doença, a timidez precisa de medicamentos. Desde que a notícia se tornou conhecida, os grandes laboratórios ganharam fortunas vendendo esperanças de cura aos pacientes infestados por essa fobia social, alergia a pessoas, doença médica severa... (Eduardo Galeano, 2012, p. 124)<sup>1</sup>

Minha escolha por iniciar a apresentação deste ebook com Galeano se dá, por me sentir provocada a pensar no termo saúde. Quando falamos em saúde precisamos delimitar se falamos de um campo de prática ou de um campo de conhecimento.

Como campo de prática temos o SUS (Sistema Único de Saúde) – mas não apenas ele – que como sabemos é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos. Mas, quando falamos de campo de conhecimento, precisamos de uma discussão ampliada sobre o conceito de saúde. Não pretendo aqui analisar o conceito de saúde da OMS (Organização Mundial da Saúde), uma vez que apesar dos avanços trazidos pelo conceito, ele não rompe com o paradigma da saúde vista como um equivalente inverso da doença.

Aqui, quero destacar, não um conceito de saúde, mas uma compreensão. Sawaia (1995)<sup>2</sup> escreve que saúde não é a ausência de doença ou de angústia, mas, é ter no corpo potência que permita a cada sujeito lutar. Lutar contra o que lhe entristece. Lutar contra a angústia que toma conta de si. A autora diz ainda, que promover saúde não é ministrar medicamentos ou ensinar padrões comportamentais, mas é atuar na base afetivo-volitiva dos comportamentos e ações, ou seja, atuar na relação emoção/pensamento.

Somando a esta discussão, Souza e Sawaia (2016, p. 04)<sup>3</sup> defendem que saúde é um conceito ético-político. As autoras escrevem

---

1 Galeano, Eduardo. (2012). Os filhos dos dias. (Tradução Eric Nepomuceno). Porto Alegre: L&P.

2 Sawaia, Bader Burihan. (1995). Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. Psicologia Social: aspectos epistemológicos e éticos. In S. T. M. Lane & B. B. Sawaia (Orgs.), Novas veredas da Psicologia Social (pp. 157-68). São Paulo: Brasiliense

3 Souza, Ana Silvia Ariza de, & Sawaia, Bader Burihan. (2016). A Saúde como Potência de Ação: uma análise do coletivo e de Comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Revista Psicologia Política, 16 (37), 305-320. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2016000300005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2016000300005&lng=pt&tlng=pt).

“buscamos ressaltar uma dimensão ético-política da saúde, que considera essas determinações sociais, mas vai além, coloca o processo de saúde/doença na ordem da dialética entre autonomia e heteronomia, o que significa tirar a saúde do campo biológico e das condições materiais, inserindo-as na ordem da virtude pública. A saúde vai além do estado de bem-estar físico e espiritual, e adquire a dimensão da felicidade pública: poder de negociação com as autoridades de discutir os negócios públicos(...)”.

Demarcar que a saúde é ético-política, nos faz recordar que existe um sujeito, um sujeito de potência. E, portanto, não podemos falar em saúde, se não falarmos de condições de vida, se não falarmos de racismo, se não falarmos de violência doméstica, se não falarmos de questões de gênero. Se não falarmos dos determinantes sociais que constituem ética e politicamente a vida desse sujeito.

Quando Galeano escreve “A fabricação da doença”, sinto-me provocada a pensar na sociedade em que vivemos e, na medicalização da vida, do cotidiano, ou qualquer momento mais frágil no qual estejamos inseridos. Ao medicalizar a vida, esquecemos da potência humana, de toda potência que ainda existe apesar das dificuldades, das desigualdades, do sofrimento. Não dá para falar de saúde demarcando apenas a ausência de doença, demarcando apenas condições biológicas de vida, porque ter potência para lutar em momentos de dificuldade é ter SAUDE.

Não podemos negar o sofrimento, mas precisamos entender que ele compõe o sujeito, não é negar as condições sociais mais ao contrário entender que elas constituem sujeitos. Estar saudável é, portanto, dar conta de lutar, ter vigor, ter potência.

Este ebook é resultado de uma série de pesquisas e experiências em psicologia. Nele há relatos de sofrimento, mas muitos relatos de potência, de novos modos de compreender sujeitos e suas condições de saúde-doença.

O livro está organizado em três partes. A primeira parte intitulada “Relatos de Pesquisas” conta com vinte capítulos que apresentam diferentes pesquisas, algumas teóricas outras empíricas. As temáticas que circulam nesta parte, se referem a formação dos profissionais de saúde, diferentes propostas terapêuticas - Terapia Comunitária, Sarau Poético, Arteterapia - e, diferentes processos de adoecimento - autismo, usuários de CAPS, sofrimento psíquico, Reforma Psiquiátrica, Promoção de Saúde, Suicídio, Estupro, Depressão, Dependência Química. A segunda parte intitulada “Relatos de Experiência” é composta de seis capítulos. Nesta parte, os autores contam sobre seus trabalhos e os caminhos de compreensão do processo saúde-doença. A terceira e última parte intitulada “Ensaio” inclui oito pequenos textos, que permitem ao leitor acompanhar as reflexões iniciadas pelos autores.

Desejamos boa leitura a todos e que os conhecimentos aqui apresentados possam provocar e convocar reflexões, como faz Galeano.

Eliane Regina Pereira

## SUMÁRIO

### PARTE 1 – RELATOS DE PESQUISA

#### **CAPÍTULO 1 ..... 1**

A ARTETERAPIA COMO EXPRESSÃO E SUPORTE DE SENTIMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Vanessa de Sousa Callai

Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres

**DOI 10.22533/at.ed.9691903091**

#### **CAPÍTULO 2 ..... 14**

A PSICOLOGIA NOS CAPS

Karla Maria Duarte Castro

**DOI 10.22533/at.ed.9691903092**

#### **CAPÍTULO 3 ..... 26**

A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM PSICOLOGIA: DESAFIOS E REFLEXÕES SOBRE O SUICÍDIO

Silvana Viana Andrade

Suze Cristina Barros dos Santos

Vânia Matias de Oliveira

**DOI 10.22533/at.ed.9691903093**

#### **CAPÍTULO 4 ..... 38**

AÇÕES DE PROTAGONISMO E GARANTIA DE DIREITOS NOS CAPS NO DISTRITO FEDERAL

André Vinícius Pires Guerrero

Barbara Coelho Vaz

Adélia Benetti de Paula Capistrano

Enrique Araujo Bessoni

June Scafuto Correa Borges

Pérolla Goulart-Gomes

Natanielle Cardona Machado

**DOI 10.22533/at.ed.9691903094**

#### **CAPÍTULO 5 ..... 50**

A EXCLUSÃO DOS ANORMAIS E A EFETIVAÇÃO DO DISPOSITIVO DA LOUCURA

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

**DOI 10.22533/at.ed.9691903095**

#### **CAPÍTULO 6 ..... 59**

CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO EM IDOSOS NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL, NO PERÍODO DE 2007 A 2016

Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco

Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Patrícia Maria Fonseca Escalda

**DOI 10.22533/at.ed.9691903096**

**CAPÍTULO 7 ..... 71**

CARACTERIZAÇÃO DO SUICÍDIO NO ESTADO DA BAHIA ENTRE OS ANOS DE 2008 E 2017: UM ESTUDO ECOLÓGICO DE SÉRIES TEMPORAIS

Alesson Gabriel Martins Silva Bezerra  
Laura Moreira Queiroz  
Mila Nora Pereira Oliveira Souza  
Paula Cristian Dias De Castro  
Raissa Andressa Da Costa Araújo  
Thiago Barbosa Vivas

**DOI 10.22533/at.ed.9691903097**

**CAPÍTULO 8 ..... 82**

CRISE PSICOSSOCIAL: UMA PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL

Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior  
Priscila Coimbra Rocha  
Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté  
Alessandra Gracioso Tranquilli

**DOI 10.22533/at.ed.9691903098**

**CAPÍTULO 9 ..... 97**

CONTRIBUIÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA RAPS: MAPEAMENTO DE AÇÕES PROMOTORAS DE SAÚDE NA REGIÃO DO CAMPO LIMPO SÃO PAULO

Elisabete Agrela de Andrade  
Vivian Andrade Araújo  
Maria Camila Azeredo de Jesus  
Ludimilla Deisy da Silva Gomes Martins  
Karine Vieira de Moraes  
Mariangela Nascimento Bezerra de Paula  
Damares Borges dos Santos

**DOI 10.22533/at.ed.9691903099**

**CAPÍTULO 10 ..... 106**

DEMANDAS POR DIREITOS E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL

Inês Terezinha Pastório  
Marli Renate Von Borstel Roesler

**DOI 10.22533/at.ed.96919030910**

**CAPÍTULO 11 ..... 116**

ESTUPRO E TENTATIVA DE SUICÍDIO: O IMPACTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO COTIDIANO DA MULHER

Angela Pires da Silva

**DOI 10.22533/at.ed.96919030911**

**CAPÍTULO 12 ..... 127**

ETNOFARMACOLOGIA, AYAHUASCA, E AS POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS PARA O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Rodrigo Scalabrin  
Maria Soledade Garcia Benedetti  
Germana Bueno Dias  
Thiago Martins Rodrigues  
Lincoln Costa Valença

**DOI 10.22533/at.ed.96919030912**

**CAPÍTULO 13 ..... 136**

EXERCÍCIOS FÍSICOS: EFEITOS SOBRE A DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA

Givanildo de Oliveira Santos  
Rosimari de Oliveira Bozelli  
Laís Mirele Oliveira Martins Daciuk  
Eliene Lopes de Souza

**DOI 10.22533/at.ed.96919030913**

**CAPÍTULO 14 ..... 147**

GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: ADOECIMENTO PSÍQUICO COMO REFLEXO AO TRABALHADOR

Rodrigo Scalabrin  
Darlim Saratt Mezomo  
Keila Rodrigues da Fonseca  
Régia Cristina Macêdo da Silva  
Sandra Maria Franco Buenafuente

**DOI 10.22533/at.ed.96919030914**

**CAPÍTULO 15 ..... 158**

LA SALUD MENTAL: UN PROBLEMA DE LA SALUD PUBLICA GLOBAL

Adriana Lucia Acevedo-Supelano  
Camilo José González-Martínez  
Maximiliano Bustacara-Díaz  
Luis Alejandro Gómez-Barrera

**DOI 10.22533/at.ed.96919030915**

**CAPÍTULO 16 ..... 167**

MULHERES DONAS DE CASA ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: UMA QUESTÃO DE SAÚDE E BEM-ESTAR ANTE O SOFRIMENTO DA ADIÇÃO E O AMBIENTE FAMILIAR

Gilmar Antoniassi Junior  
Ester Roza Luz Freitas  
Flávio Henrique Sousa Santos  
Luciana de Araujo Mendes Silva  
Glória Lucia Alves Figueiredo

**DOI 10.22533/at.ed.96919030916**

**CAPÍTULO 17 ..... 182**

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE FUTUROS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Daniel Borges Dutra  
Sonia Regina Jurado  
Izabela Carvalho Vieira  
Letícia Akie Nagata  
Cláudia Kauany da Silva Hildebrando  
Beatriz Soares dos Santos  
Vanessa Bernardo da Silva Souza  
Gabriela Melo Macedo  
Hilary Elohim Reis Coelho  
Mara Cristina Ribeiro Furlan  
Thais Carolina Bassler  
Adailson da Silva Moreira

**DOI 10.22533/at.ed.96919030917**

|  |            |
|--|------------|
| <b>CAPÍTULO 18</b> .....   | <b>195</b> |
| REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA: ENTRAVES PERCEBIDOS POR PSICÓLOGOS COORDENADORES DE OFICINAS TERAPÊUTICAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL   |            |
| Anelisa Cesario Santana<br>Ana Luiza de Mendonça Oliveira<br>Rodrigo Sanches Peres   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030918</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 19</b> .....   | <b>205</b> |
| SAÚDE MENTAL: AÇÕES DE CUIDADO DA ENFERMAGEM   |            |
| Ana Vitória Conceição Ribeiro de Menezes<br>Ana Socorro de Moura   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030919</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 20</b> .....   | <b>218</b> |
| TRAJETÓRIA DAS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL  |            |
| Beatriz Jacques Cardoso Rodrigues<br>Laís Chagas de Carvalho   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030920</b>  |            |
| <b>PARTE 2 - RELATOS DE EXPERIÊNCIA</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 21</b> .....   | <b>230</b> |
| A IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE ADOLESCENTES COM TEA  |            |
| Lídia Isabel Barros dos Santos Silveira<br>Benhur Machado Cardoso<br>Caroline Ramaldes Vaz da Costa<br>Thatiane Gabriela Guimarães Pereira<br>Ana Lúcia Silveira Rusky<br>Ilton Garcia dos Santos Silveira |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030921</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 22</b> .....   | <b>242</b> |
| OFICINA NA PRAIA – OCUPANDO O TERRITÓRIO COM UMA EXPERIÊNCIA PLURAL  |            |
| Nelson Falcão de Oliveira Cruz<br>Fabrice Sanches do Carmo   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030922</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 23</b> .....   | <b>251</b> |
| GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA NO TERRITÓRIO: DISPOSITIVO TERAPÊUTICO A USUÁRIOS E FAMILIARES   |            |
| Sdnei Gomes dos Santos   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030923</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 24</b> .....   | <b>259</b> |
| PROPOSTA TERAPÊUTICA DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA ARTE DE SER  |            |
| Maurício Pimentel Homem de Bittencourt<br>Fabiano Guimarães de Carvalho  |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030924</b>  |            |

|  |            |
|--|------------|
| <b>CAPÍTULO 25</b> .....   | <b>271</b> |
| RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: CONSTRUINDO A AGENDA DE SAÚDE MENTAL UNIVERSITÁRIA  |            |
| Elisângela Lopes de Faria  |            |
| Ana Maria Cecílio  |            |
| Diego Vales Deslandes Ferreira   |            |
| Flávia M. Barroca de Barros  |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030925</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 26</b> .....   | <b>282</b> |
| SARAU POÉTICO DO CAPS ADIII: SINTO, FALO, ESCREVO E ME REINVENTO                             |            |
| Suzi Keila Fiuza Andrade   |            |
| Murilo Cordeiro Gonçalves  |            |
| Talita Isaura Almeida Ferraz Araújo Pereira  |            |
| Thayse Andrade Fernandes   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030926</b>  |            |
| <b>PARTE 3 – ENSAIOS</b>   |            |
| <b>CAPÍTULO 27</b> .....   | <b>287</b> |
| A LOUCURA ENTRE O SISTEMA PRISIONAL E A ÉTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA                        |            |
| Ana Carolina de Lima Jorge Feitosa   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030927</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 28</b> .....   | <b>292</b> |
| CUIDANDO DE PACIENTE COM DEPRESSÃO NO CONTEXTO FAMILIAR E TERRITORIAL: RELATANDO EXPERIÊNCIA |            |
| Stela Almeida Aragão   |            |
| Thainan Alves Silva  |            |
| Rosineia Novais Oliveira   |            |
| Patrícia Anjos Lima De Carvalho  |            |
| Bárbara Santos Ribeiro   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030928</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 29</b> .....   | <b>298</b> |
| MOVIMENTOS INSTITUINTES DE ENSINO E APRENDIZAGEM: A PRESENÇA PRÓXIMA DOCENTE                 |            |
| Maria Goretti Andrade Rodrigues  |            |
| Erilza Faria Ribeiro   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030929</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 30</b> .....   | <b>301</b> |
| MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL                                      |            |
| Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin  |            |
| Carolina Ozorio Kozoroski  |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030930</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 31</b> .....   | <b>310</b> |
| NOTAS SOBRE SEXUALIDADE: GÊNERO, UMA FALSA QUESTÃO?  |            |
| Paulo Renato Pinto de Aquino   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030931</b>  |            |

|  |            |
|--|------------|
| <b>CAPÍTULO 32</b> .....   | <b>314</b> |
| O CORPO NA COMUNICAÇÃO ENTRE TERAPEUTA E A SINGULARIDADE DO ESPECTRO AUTISTA |            |
| Marlon Alves de Oliveira   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030932</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 33</b> .....   | <b>316</b> |
| SUICÍDIO NO BRASIL: A COMUNICAÇÃO A SERVIÇO DA SAÚDE                         |            |
| Karolinny Donato Pinto de Oliveira   |            |
| Gabriel Fernandes de Sousa   |            |
| Keli Camila Vidal Grochoski  |            |
| Eveline de Almeida Silva Abrantes  |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.96919030933</b>  |            |
| <b>SOBRE A ORGANIZADORA</b> .....  | <b>322</b> |
| <b>ÍNDICE REMISSIVO</b> .....  | <b>323</b> |

## CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO EM IDOSOS NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL, NO PERÍODO DE 2007 A 2016

### **Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco**

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia,  
Programa de Pós-Graduação em Ciências e  
Tecnologias em Saúde (UnB/FCE/PGCTS)

Brasília – Distrito Federal

### **Sílvia Maria Ferreira Guimarães**

Universidade de Brasília, Departamento de  
Antropologia, Programa de Pós-Graduação em  
Ciências e Tecnologias em Saúde (UnB/DAN/  
PGCTS)

Brasília – Distrito Federal

### **Patrícia Maria Fonseca Escalda**

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia,  
Graduação em Saúde Coletiva (UnB/FCE/SC)

Brasília – Distrito Federal

**RESUMO:** O suicídio em idosos pode estar associado a causas biológicas (p.ex. doenças incapacitantes), psicológicas e sociais, tais como violências. O envelhecimento no Distrito Federal (DF) aponta para adoção de estratégias de prevenção desse evento, levando em conta as suas características sociodemográficas. O objetivo foi caracterizar os óbitos por suicídio em idosos no DF, de 2007 a 2016, pelas variáveis: faixa etária, sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade e causa básica pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Utilizaram-se dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade após aprovação em Comitê de Ética.

Observou-se que o suicídio foi maior em homens (81%), com razão de sexo aproximadamente 4, em idosos de 60-69 anos (55%), de cor parda (64%) e sem companheiros (66%), aqui incluídos os solteiros, separados/divorciados e os viúvos. As três principais causas foram X70 (óbitos por enforcamento, estrangulamento e sufocação), X80 (precipitação de lugar elevado) e X68 (óbitos por autointoxicação e por exposição intencional a pesticidas), respectivamente com 44,5%, 13,4% e 10,9%. Se analisadas somente mulheres, a segunda e terceira causas de óbitos passam a ser X74. (disparo de arma de fogo não especificada) e X72. (disparo de arma de fogo de mão), com 13% e 8,7%, nesta ordem. Considerando-se o envelhecimento populacional, o que pode invariavelmente aumentar os óbitos por suicídio nesse grupo etário, aponta-se para necessidade de ampliação de debate nessa temática para adoção de medidas direcionadas à prevenção e à identificação e manejo de fatores de risco correlacionados, envolvendo-se família, comunidade e redes sociais de apoio.

**PALAVRAS-CHAVE:** Suicídio, Saúde do Idoso, Políticas de Saúde, Epidemiologia Descritiva.

## CHARACTERIZATION OF DEATHS BY SUICIDE ON ELDERLY IN THE FEDERAL DISTRICT, BRAZIL, IN THE PERIOD FROM 2007 TO 2016.

**ABSTRACT:** Suicide in the elderly may be associated with biological (eg disabling diseases), psychological and social causes, such as violence. Aging in the Federal District (DF) points to the adoption of strategies to prevent this event, taking into account their sociodemographic characteristics. The objective was to characterize suicide deaths in the elderly from 2007 to 2016, by age, sex, race / color, civil status, schooling and basic cause of the International Classification of Diseases (ICD-10). Data from the Mortality Information System were used after approval by the Ethics Committee. It was observed that suicide was higher in men (81%), with a sex ratio of approximately 4, in the elderly 60-69 years old (55%), brown color (64%) and no companions (66%), including single, separated / divorced and widowed. The three main causes were X70 (deaths due to hanging, strangulation and suffocation), X80 (high site precipitation) and X68 (deaths due to self-poisoning and intentional exposure to pesticides), respectively, with 44.5%, 13.4% and 10.9%. If only women are analyzed, the second and third causes of death become X74. (unspecified firearm firing) and X72. (handgun firing), with 13% and 8.7%, in that order. Considering population aging, which can invariably increase suicide deaths in this age group, there is a need to broaden the debate on this issue to adopt measures aimed at prevention and the identification and management of correlated risk factors, involving family, community and social support networks.

**KEYWORDS:** Suicide, Health of the Elderly, Health Policy, Epidemiology, Descriptive.

### 1 | INTRODUÇÃO

O suicídio é um tipo de violência caracterizada pelo atentado contra a própria vida que, por si só, já evoca agressividade e traz impactos para familiares e amigos, que são afetados nas dimensões psicológicas, sociais e financeiras (OMS, 2012 WORLD REPORT VIOLENCE AND HEALTH). Para Durkheim (2000, p. 14), o suicídio pode ser definido como toda a morte que “resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que ela produziria esse resultado”.

Anualmente, há estimativa de que 800 mil pessoas no mundo vão a óbito por suicídio, sendo a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos e ocorrendo, em quase 80% dos casos, em países de baixa e média renda. Enforcamento, ingestão de pesticidas e disparos de armas de fogo são os métodos mais utilizados neste evento (OPAS, 2018).

Em idosos, o suicídio já é apontado como um problema de saúde pública. No ano 2000, a taxa de mortalidade específica para 100 mil habitantes, em nível global, foi de 55,4 em indivíduos de 75 anos e mais, enquanto para aqueles de 15 a 24 anos, essa taxa foi de 19,2 (OMS, 2002). No Brasil, no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio, com uma taxa geral de 5,5 para 100 mil habitantes, variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015, sendo os homens o grupo mais afetado, com maiores

valores neste sexo, na faixa etária de 70 anos e mais de idade (MS, 2017).

Nesse contexto, quando observado o envelhecimento populacional, aqui compreendido como um “processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos”, essa temática ganha ainda mais espaço para o debate. A senescência, envelhecimento propriamente dito, de modo geral não implicaria em quaisquer problemas e estes, quando existindo, poderiam ser gerenciados com a adoção de estilo de vida mais ativo. Entretanto, em situações de estresse psíquico e/ou doenças crônicas, podem ser geradas condições que irão requerer assistência em diferentes âmbitos, que é o que representa a senilidade (BRASIL, 2006).

No Brasil, o número de idosos ( $\geq 60$  anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e deverá alcançar 32 milhões em 2020 (CLOSS & SCHWNAKE, 2012). Com a mudança na estrutura etária, manifestou-se grande incidência de doenças crônicas e, nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tornaram-se a principal causa de óbito e incapacidade prematura no país (VERAS, 2015). O número de idosos que apresentam algum tipo de DCNT cresce com indicações preocupantes, em progressão gradual e alta capacidade de afetar e reduzir a autonomia e independência deste público (MACHADO, 2017).

A elevação nas taxas de determinados grupos de agravos, tais como as causas externas, como acidentes e violências (aqui incluído o suicídio) indica a necessidade de se incluir esse tema em discussões por gestores e profissionais de saúde (GAWRYSZEWSKI et al, 2004). Além disso, no Brasil, historicamente, a população idosa não é enfatizada em levantamentos sobre mortalidade por causas externas, haja vista os indicadores desse grupo de causas ser maior em faixas etárias mais jovens. Entretanto, estudo conduzido nessa área demonstra que os coeficientes de óbitos por causas externas têm tendência crescente com o avançar da idade (MATHIAS et al, 2006).

Considerando o envelhecimento da população brasileira, fenômeno que ocorre em todas as Unidades da Federação, é relevante conhecer a frequência e as características sociodemográficas do suicídio em idosos no Distrito Federal de modo a se obter subsídios para adoção de ações estratégicas para sua prevenção e que sejam consideradas as especificidades deste ciclo de vida.

Assim, esse estudo se propôs a caracterizar os óbitos por suicídio em idosos no DF no período de 2007 a 2016.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal descritivo, de série temporal, em óbitos ocorridos por suicídio em idosos no Distrito Federal (DF), no período de 2007 a 2016. As séries temporais são úteis quando se quer “organizar no tempo as informações quantitativas” com o objetivo de se antecipar ao futuro, de modo a se prever o que poderá ocorrer

caso nenhuma intervenção seja feita (ANTUNES & CARDOSO, 2015).

Os dados relacionados a óbito foram provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e obtidos por meio de solicitação à Secretaria de Estado da Saúde do DF (SES/DF), enquanto os dados populacionais foram provenientes da Companhia de Planejamento do DF (Codeplan).

As variáveis analisadas foram ano do óbito (2007 a 2016), sexo (masculino e feminino), raça/cor (branca, preta, amarela, parda, e indígena), faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 a 89 anos, 90 ou mais), escolaridade (nenhuma, de 1 a 3 anos, de 4 a 7 anos, de 8 a 11 anos, e 12 anos ou mais de estudo) e estado civil (solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente/divorciado, e união estável). A causa básica dos óbitos considerou a 10<sup>a</sup> revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), identificando-se os eventos de X60 a X84, correspondentes às lesões autoprovocadas intencionalmente.

A análise foi feita com base na estatística descritiva e considerou apenas os residentes no DF. A mortalidade proporcional, segundo o meio empregado no evento (CID-10), também foi calculada, utilizando-se o número de óbitos por determinada causa no numerador e, no denominador, o total de óbitos por suicídio no mesmo grupo etário e no mesmo período. Os dados foram consolidados no Microsoft Excel 2016, Office 365, Windows® e exportados para o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25.

Respeitando-se os dispostos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012, a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília, sob o parecer número 2.202.975, de 05/08/17 e no CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, da SES/DF, sob o Parecer número 2.269.757.

Esse estudo fez parte de tese de doutoramento no Programa de Ciências e Tecnologias em Saúde, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília e contou com o apoio da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP/DF).

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

A população idosa no Brasil é de 20.590.599 habitantes, o que corresponde a 10,8% dos residentes no território nacional. Na Região Centro-Oeste esse percentual é de 8,8% da população residente total, enquanto no Distrito Federal (DF) é de 7,7% (BRASIL, 2010).

Em 2018, a população estimada do DF foi de 2.974.703 habitantes e as transformações ocorridas na estrutura etária da população foram influenciadas, também, pelos movimentos migratórios. No período, de 2000 a 2015 houve um crescimento populacional de 38%. sendo que o componente idoso (idade ≥ 60 anos) mais que dobrou no período, passando de 108.699 hab. (2000) para 273.903 hab. (2015). O percentual de idosos variou de 55,8% para 58%, verificando-se a tendência

de feminilização do envelhecimento (BRASIL/IBGE, 2019). A população acima de 80 anos cresceu 173%, enquanto a população de 0 a 4 anos reduziu 3%, refletindo um envelhecimento acelerado da população, que se dá de forma desigual em função da renda e da escolaridade de seus moradores, e conduzindo a mudanças no perfil de morbimortalidade.

O perfil epidemiológico do DF segue a tendência nacional, com altas taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas (MIRANDA et al, 2016; DUARTE & BARRETO, 2012). A mortalidade proporcional possui diferenças entre as faixas etárias em relação ao sexo: homens morrem de forma mais precoce, as taxas aumentam a partir dos 15 anos e diminuem após 70 anos. Nas mulheres esse aumento segue a linha de tempo, concentrando-se mais após os 80 anos (SES-DF, 2015).

Estudo conduzido em 2015, no DF, mostrou que as três primeiras causas de óbito em idosos de 60 a 79 anos foram as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório, nesta ordem. As causas externas e as doenças infecciosas e parasitárias apareceram em 6º lugar. Considerando apenas este grupo, o suicídio foi a quarta causa de óbito, com coeficientes em homens maiores do que em mulheres (SES-DF, 2015). A Tabela 1 apresenta detalhamento dos óbitos por causas externas em indivíduos de 60 a 79 anos no DF.

| Causas de óbito         | Masculino  |              | Feminino  |             | Total      |             |
|-------------------------|------------|--------------|-----------|-------------|------------|-------------|
|                         | Nº         | Taxa**       | Nº        | Taxa***     | Nº         | Taxa*       |
| <b>Causas externas</b>  | <b>128</b> | <b>124,0</b> | <b>60</b> | <b>43,3</b> | <b>188</b> | <b>77,7</b> |
| Acidentes de transporte | 53         | 51,3         | 25        | 18,0        | 78         | 32,2        |
| Quedas                  | 26         | 25,2         | 19        | 13,7        | 45         | 18,6        |
| Agressões               | 23         | 22,3         | 4         | 2,9         | 27         | 11,2        |
| Suicídio                | 9          | 8,7          | 4         | 2,9         | 13         | 5,4         |
| Demais causas externas  | 17         | 16,5         | 8         | 5,8         | 25         | 10,3        |

\*por 100 mil habitantes de 60 a 79 anos \*\*para cada grupo de 100 mil habitantes do sexo masculino de 60 a 79 anos

\*\*\*para cada grupo de 100 mil habitantes do sexo feminino de 60 a 79 anos

**Tabela 1.** Número e coeficiente de mortalidade por causa e sexo, na faixa etária de 60 a 79 anos, residentes no DF, 2015.

Fonte: SES-DF/DIVEP/GIASS, 2015.

No período estudado, que abrangeu de 2007 a 2016, morreram 119 idosos por suicídio no DF, tendo maior ocorrência em homens (81%), na faixa etária de 60 a 69 anos (55%), pardos (64%), sem companheiro(a) (55%) e com ensino fundamental (1 a 7 anos de escolaridade, com 49%). A Tabela 1 sumariza as características sociodemográficas dos óbitos por suicídio em idosos no DF.

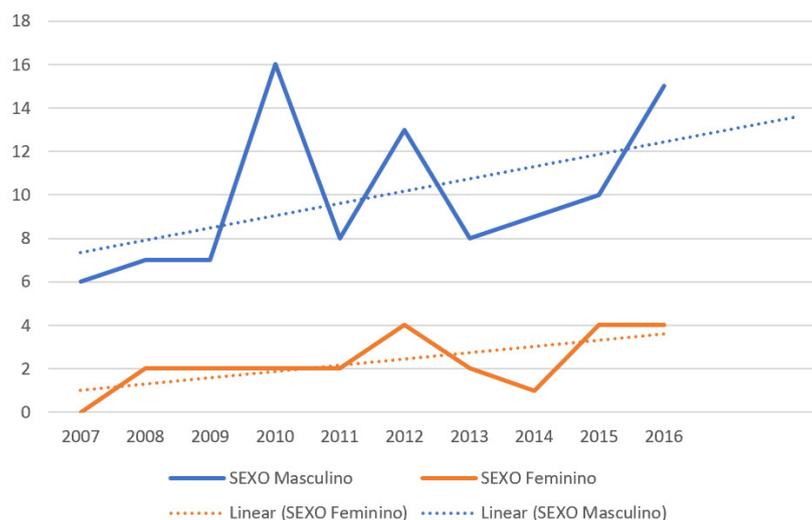
|                            | <b>ÓBITOS (n=119)</b> |          |
|----------------------------|-----------------------|----------|
|                            | <b>n</b>              | <b>%</b> |
| <b>Faixa etária</b>        |                       |          |
| 60-69 anos                 | 66                    | 55       |
| 70-79 anos                 | 37                    | 31       |
| 80-89 anos                 | 14                    | 12       |
| 90-99 anos                 | 2                     | 2        |
| ≥ 100 anos                 | 0                     | 0        |
| Subtotal                   | 119                   | 100      |
| <b>Sexo</b>                |                       |          |
| Masculino                  | 96                    | 81       |
| Feminino                   | 23                    | 19       |
| Subtotal                   | 119                   | 100      |
| <b>Raça/cor</b>            |                       |          |
| Branca                     | 40                    | 34       |
| Preta                      | 3                     | 3        |
| Parda                      | 76                    | 64       |
| Subtotal                   | 119                   | 100      |
| <b>Escolaridade</b>        |                       |          |
| Nenhuma                    | 10                    | 8        |
| 1-3 anos                   | 24                    | 20       |
| 4-7 anos                   | 35                    | 29       |
| 8-11 anos                  | 20                    | 17       |
| ≥ 12 anos                  | 26                    | 22       |
| Ignorado                   | 4                     | 3        |
| Subtotal                   | 119                   | 100      |
| <b>Estado civil</b>        |                       |          |
| Solteiro (a)               | 22                    | 18       |
| Casado(a) ou união estável | 53                    | 45       |
| Viúvo(a)                   | 18                    | 15       |
| Separado(a)                | 26                    | 22       |
| Subtotal                   | 119                   | 100      |

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica dos idosos que faleceram por suicídio no Distrito Federal, de 2007 a 2016.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

A predominância do sexo masculino (81% contra 19% do sexo feminino) e a tendência de aumento no suicídio em homens corrobora com o levantamento feito por PINTO et al (2012) em que os autores verificaram que a mortalidade masculina superou a feminina (82,2% contra 17,8%) e o de SOUSA et al (2013), em que se identificaram 87,5% de casos de suicídios em homens. Isso pode ser justificado sobre a perspectiva do gênero, uma vez que as idosas levaram toda uma vida condicionada a cuidar do outro em detrimento de suas próprias necessidades, voltando sua vida para o companheiro e sua prole. Já os idosos, ao não estarem mais vinculados à

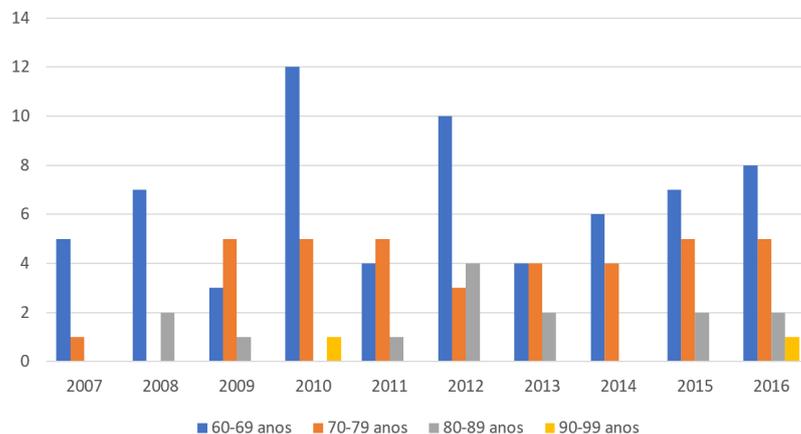
atividade laboral diária, ou em situações de conflitos relacionais ou vinculados à sua imagem e masculinidade, incorrem em situações de risco para o suicídio (MENEGHEL et al, 2012). A razão por sexo foi de 4:17, ou seja, aproximadamente para cada 4 homens uma mulher vai a óbito por suicídio. Um estudo comparativo entre Brasil e Rio de Janeiro verificou que, em 2006, esta razão foi de 4 a cada mulher no país e de 2,9 naquele estado (MINAYO et al, 2012), portanto o DF está na média nacional. No âmbito internacional a OMS (2002) identificou uma média de 3 homens para cada mulher, sendo que em idosos, a tendência de que homens tenham taxas ainda maiores. O Gráfico 1 apresenta essa diferença no número de óbitos por suicídio entre os sexos.



**Gráfico 1.** Óbitos por suicídio em idosos no Distrito Federal, por sexo, 2007 a 2016.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Quanto à faixa etária, houve mais óbitos naqueles de 60 a 69 anos (55%), seguidos pelos de 70 a 79 anos (31%), de modo semelhante ao encontrado por CARMO et al (2018) em estudo feito na Bahia, em que 53,8% do grupo etário era de 60 a 69 anos. Entretanto, LOVISI et al (2009) em levantamento conduzido em todas as capitais brasileiras, identificaram que houve predominância nos idosos maiores de 70 anos. O Gráfico 2 apresenta a série histórica dos óbitos por suicídio no DF, por faixa etária, mostrando que os de 60 a 69 anos ocuparam o primeiro lugar em todos os anos, mas sugerindo que tais óbitos tendem a serem distribuídos pelos demais estratos idosos.



**Gráfico 2.** Óbitos por suicídio em idosos no Distrito Federal, por faixa etária, 2007 a 2016.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Quanto ao estado civil, quando comparados os grupos de idosos sem companheiros (aqui incluídos os solteiros, os viúvos, e os separados) com os casados ou em união estável, observou-se que o primeiro grupo teve 55% dos óbitos, indicando que estar casado (judicialmente ou não) é um fator de proteção para o suicídio. Resultado semelhante foi visto em BRASIL (2015) em que se identificaram maiores proporções entre solteiros(as), viúvos(as) ou divorciados(as), sendo 60,3 % no sexo masculino e 60,7% no sexo feminino. Para Durkheim (2000), que analisou o suicídio sob a ótica social, a família é geradora de responsabilidades e compromissos nos indivíduos, o que lhes atribui sentido à vida, o inverso acontecendo, por exemplo, em situações de divórcio, em que há fragilidade nas relações sociais.

O suicídio em idosos pode estar ligado a fatores biológicos (por exemplo, doenças incapacitantes), psicológicos e outros de ordem social, aqui incluindo-se aspectos relacionados ao acesso à educação formal. Em relação à escolaridade, idosos com de 1 a 7 anos de estudo (correspondente ao ensino fundamental) foram a maioria, com 49% dos casos, seguidos pelos de 12 e mais anos de estudo (nível superior), com 22%, e os de 8 a 11 anos de estudo (ensino médio), com 17% dos óbitos por suicídio. Outros estudos, como o de CARMO et al (2018), que foi conduzido na Bahia, e o de BRASIL (2015), de abrangência nacional, encontraram dados semelhantes, em que 33,5% e 30,5%, respectivamente, dos idosos que foram à óbito por suicídio apresentavam ensino fundamental incompleto ou completo.

O método mais utilizado para cometer o suicídio, considerando a causa básica por categorias da CID-10, foram X70 (óbitos por estrangulamento, com 44,5%), X80 (precipitação de lugar elevado, com 13,4%) e X68 (Autointoxicação por exposição a pesticidas, com 10,9%). Esses resultados vão ao encontro dos achados por CARMO et al (2018) na Bahia em que 64,3% dos óbitos por suicídio em idosos foram por estrangulamento e enforcamentos, seguidos de autointoxicação por pesticidas, com 13,1%. Quando analisados os meios utilizados em relação ao sexo, verificou-se que

em mulheres, se considerado armas de fogo (independente da especificação da arma), esta seria a 2ª causa de óbito, com 21,7% dos casos. A Tabela 2 explicita os meios empregados no ato suicida, por sexo, no período estudado.

| Causa Básica<br>(Categoria CID-10)   | Sexo (N=119) |              |           |              |
|--|--------------|--------------|-----------|--------------|
|  | Masculino    |              | Feminino  |              |
|  | N            | %            | N         | %            |
| X61. Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte. | 4            | 4.2          | 1         | 4.3          |
| X64. Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas.  | 1            | 1.0          | 0         | 0.0          |
| X68. Autointoxicação por exposição, intencional, a pesticidas.   | 12           | 12.5         | 1         | 4.3          |
| X69. Autointoxicação por exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas.   | 3            | 3.1          | 1         | 4.3          |
| X70. Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação.   | 43           | 44.8         | 10        | 43.5         |
| X71. Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão.  | 2            | 2.1          | 0         | 0.0          |
| X72. Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão.  | 7            | 7.3          | 2         | 8.7          |
| X74. Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada.  | 4            | 4.2          | 3         | 13.0         |
| X78. Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante.   | 1            | 1.0          | 1         | 4.3          |
| X76. Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas.   | 4            | 4.2          | 2         | 8.7          |
| X80. Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado.  | 14           | 14.6         | 2         | 8.7          |
| X84. Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.   | 1            | 1.0          | 0         | 0.0          |
| <b>Total</b>   | <b>96</b>    | <b>100.0</b> | <b>23</b> | <b>100.0</b> |

**Tabela 2.** Óbitos por suicídio em idosos no Distrito Federal, por causa básica (CID-10) e sexo, 2007 a 2016.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Transtornos mentais, tais como depressão e crises de ansiedade, e o isolamento delas decorrentes, são identificados pela OMS como causas que predisõem ao suicídio (OMS, 2002). Em idosos, também há correlação entre DCNT e a qualidade de vida. As doenças físicas podem suscitar e/ou agravar doenças mentais assim como a depressão, por exemplo, pode dar início a doenças crônicas e estas, por sua vez, são fatores de risco para o suicídio (SILVA et al, 2015). O indivíduo se sente improdutivo e impotente para a vida em sociedade. MYNAYO & CAVALCANTE (2012), em uma revisão narrativa, identificaram que a maioria das pesquisas cita doenças graves e degenerativas, dependência física, e depressão severa, como fatores de desencadeadores do evento nesse grupo etário. A esse entendimento, acrescenta-se a teoria de que o suicídio possui causas sociais para além dos sintomas orgânico-

psíquicos ou do ambiente no qual os indivíduos estão situados, fazendo-se ampliar a compreensão de que o suicídio em si é uma decisão individual carregada de significação coletiva e social (DURKHEIM, 2000). Nessa linha, um estudo conduzido no Canadá evidenciou que este evento, em idosos, associa-se a causas individuais e sociais e, portanto, políticas que pretendem influenciar positivamente a população devem sempre ter abrangência coletiva e considerar as diversas determinações envolvidas que não apenas as biológicas (NGUI, 2015).

Nesse sentido, profissionais de saúde devem auxiliar na identificação e no manejo dos fatores de risco (sociais, inclusive) do suicídio, ampliando o diálogo e a escuta qualificada, compreendendo o contexto em que indivíduos idosos estão inseridos e quebrando paradigmas que se transformam em barreiras no processo do cuidar.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Distrito Federal o crescimento da população idosa acompanha a tendência nacional, com ênfase na população feminina. Óbitos por suicídio são mais frequentes em idosos do sexo masculino, de cor parda e sem companhia conjugal. As causas de suicídio mais envolvidas foram enforcamento, precipitação de lugar elevado, intoxicação por pesticidas e disparo com arma de fogo. Observou-se tendência de aumento em suicídio nos idosos do sexo masculino.

Esse tema precisa ser melhor debatido para implementação de políticas públicas de saúde direcionadas à prevenção e manejo dos fatores de risco correlacionados, com envolvimento da família, da comunidade e das redes sociais de apoio, pois o diálogo sobre o suicídio é fator de proteção, se subsidiado por práticas sustentadas em evidências e epidemiologicamente direcionadas.

#### REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F. & CARDOSO, M. R. A. **Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 24, n. 3, p. 565-576, Jul-Set. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default\\_sinopse.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm), acessado em 01/10/2012, às 22h18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde.** Boletim Epidemiológico. Brasília, v. 48, n. 30, 2017.

CARMO, E.A. **Mortalidade por suicídio em idosos na Bahia, 1996-2013.** Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, v. 27, n. 1, 2018

CLOSS, E.; SCHWNAKE, C. H. A. **A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010.** Rev. bras. geriatr. Gerontol. Rio de

Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, Set. 2012.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. Rev. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília. v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012.

DURKHEIM, E. **O suicídio: Estudo de sociologia.** 2ª Ed. São Paulo: Ed. WMF; 2000.

EVANGELISTA, R. A. et al. **Percepções e vivências dos idosos residentes de uma instituição asilar.** Rev Esc Enferm USP. São Paulo, v. 48, n. Esp2, p. 85-91, Dez. 2014.

FIGUEIREDO, A. E. B. et al. **Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1993-2002, Ago. 2012.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. **Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual.** Rev Assoc Med Bras. São Paulo, v. 50, n. 1, p. 97-103, 2004.

LOVISI, G. M. et al. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006.** Rev Bras Psiquiatr. São Paulo, v. 31, Supl. 2, p. S86-S93, Out. 2009.

MACHADO, W. D. et al. **Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência.** Revista Ciência e Saberes. São Luís, v. 3, n. 2, p. 444-451, Abr-Jun. 2017.

MATHIAS, T. A. F. et al. **Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil.** Rev. Latino-am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 17-24, Fev. 2006.

MENEGHEL, S. N. et al. **Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1983-1992, Ago. 2012.

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

MINAYO, M. C. S. et al. **Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 300-309, Abr. 2012.

MIRANDA, G. M. D. et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, Jun. 2016.

NGUI, A. N. **Individual and area-level factors correlated with death by suicide in older adults.** Prev Med., v. 75, p. 44-8. Jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra: OMS; 2002. 360p.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide: a global imperative.** Washington, DC: OPS, 2014. 92p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Folha informativa sobre suicídio. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839), acesso em 07/06/2019, as 13h50.

PINTO, L. W. et al. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1963-1972, Ago. 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF). Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde. **Relatório epidemiológico sobre mortalidade geral**. Distrito Federal, 2015. 41p.

SILVA, J. V. et al. **A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública**. Cad Grad Ciênc Biol Saúde. Maceió, v. 2, n. 3, p. 91-100. Maio, 2015.

VERAS, R. **A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 5-6, Jan.-Mar. 2015.

## **SOBRE A ORGANIZADORA**

**Eliane Regina Pereira:** <http://lattes.cnpq.br/0023990232502452>. Psicóloga formada pela Universidade do Vale do Itajaí (1995), com mestrado e doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2007, 2011). Atualmente é docente da Universidade Federal de Uberlândia, no Instituto de Psicologia, integrante do Núcleo de Psicologia Social e da Saúde e Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na linha Processos Psicossociais em Educação e Saúde. Líder do grupo de pesquisa Psicologia, Políticas Públicas e Relações Estéticas (CNPQ). Integra o GT da ANPEPP - A psicologia sócia histórica e o contexto brasileiro de desigualdade social (2017 atual). Atua na área da Psicologia da Saúde, com ênfase em Psicologia Social e nos Processos de Criação em contextos de saúde.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acesso aos serviços 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114

Adicção 9, 167, 171, 173, 174, 176, 178

Adolescente 4, 6, 10, 88, 117, 179, 218, 219, 220, 230, 231, 232, 233, 234, 236, 238, 239, 295

Álcool 24, 34, 56, 96, 100, 121, 127, 128, 129, 130, 132, 170, 179, 190, 191, 193, 204, 212, 217, 220, 274, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 301, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 323

Arteterapia 6, 7, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 270

Atenção Psicossocial 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 25, 38, 39, 43, 48, 49, 51, 53, 56, 57, 82, 84, 87, 88, 93, 94, 95, 96, 100, 108, 111, 195, 196, 203, 204, 207, 208, 210, 216, 217, 219, 220, 221, 228, 229, 242, 243, 247, 251, 252, 254, 255, 258, 259, 260, 266, 283, 284, 286, 287, 289, 291, 294, 301, 302, 303, 305, 306, 308

Autismo 6, 144, 220, 231, 241

### C

Crack 24, 100, 127, 128, 129, 132, 134, 170, 303, 306, 308

Crise 22, 44, 47, 51, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 94, 95, 96, 199, 200, 243, 245, 255, 290, 291

Cuidado infanto-juvenil 218

### D

Dependência química 33, 56, 121, 127, 129, 135, 170, 179, 217, 228

Depressão 6, 11, 33, 36, 37, 67, 116, 117, 120, 121, 122, 124, 125, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 172, 174, 179, 180, 183, 184, 187, 188, 190, 191, 192, 193, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 316, 317, 319, 321, 323, 325

Desinstitucionalização 16, 17, 20, 85, 92, 95, 206, 209, 210, 251, 253, 286, 302, 306, 307

Diferença 22, 33, 65, 114, 141, 244, 288, 310, 311, 324

Dispositivo 12, 44, 47, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 200, 251, 257, 283, 303, 312

Distúrbios psicológicos 136

Doença crônica 1, 318

### E

Enfermagem 3, 11, 12, 13, 36, 37, 69, 156, 157, 179, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 226, 227, 228, 229, 232, 233, 234, 248, 258, 271, 272, 275, 277, 280, 281, 292, 293, 294, 296, 297, 321, 327

Epidemiologia Descritiva 59

Espectro Autista 230, 232, 314

Estudantes 31, 34, 35, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 214, 248, 260, 271, 272, 275, 276, 277, 279, 280, 292, 298, 317

Estupro 6, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 126

Exclusão 3, 16, 50, 55, 57, 87, 89, 207, 216, 274, 278, 302, 315

## **G**

Gênero 6, 4, 5, 6, 64, 69, 89, 112, 125, 126, 310, 312, 313, 323

Gestão em Saúde 147, 149, 156

Grupo 8, 10, 12, 18, 38, 42, 53, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 93, 106, 109, 118, 139, 141, 142, 143, 163, 165, 167, 171, 172, 177, 180, 184, 195, 197, 198, 202, 217, 226, 230, 232, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 261, 263, 265, 271, 277, 278, 285, 288, 293, 294, 324, 325, 328

## **H**

História da Enfermagem 205

## **I**

Ideação Suicida 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 119, 122

## **L**

Loucura 15, 16, 19, 20, 23, 39, 50, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 85, 92, 94, 95, 157, 196, 202, 203, 206, 208, 210, 216, 223, 243, 287, 288, 289, 290, 291, 302, 309

## **M**

Mulheres 30, 59, 63, 67, 76, 80, 90, 91, 112, 116, 117, 119, 126, 138, 143, 144, 167, 170, 171, 172, 174, 176, 178, 179, 180, 188, 189, 317, 322, 324, 327

## **N**

Narrativas 282, 285

## **O**

Oficina 200, 203, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 263, 264, 265, 266, 282, 284, 285

Oncologia Infantojuvenil 1

## **P**

Políticas de Saúde 41, 42, 59, 100, 148, 178, 219, 224, 276, 309

Políticas Públicas 15, 68, 80, 97, 105, 107, 108, 113, 114, 147, 148, 149, 150, 156, 158, 159, 164, 165, 205, 219, 220, 283, 328

Produção de subjetividades 99, 282

Promoção da saúde 2, 97, 98, 99, 100, 101, 105, 110, 111, 168, 177, 179, 220, 277, 307

Protagonismo 21, 25, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 92, 247, 248, 265, 295  
Psicologia 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35,  
36, 37, 57, 58, 81, 95, 97, 117, 125, 126, 127, 129, 133, 146, 171, 179, 180, 194, 195,  
203, 204, 216, 227, 229, 230, 234, 241, 248, 259, 261, 265, 268, 269, 270, 272, 275,  
284, 287, 288, 289, 320, 321, 328

## Q

Qualidade de Vida 3, 34, 67, 99, 100, 109, 111, 115, 135, 137, 139, 140, 141, 143, 145,  
148, 149, 168, 170, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193,  
194, 205, 209, 215, 254, 272, 276, 280, 296, 316, 320, 323

## R

Rede de Atenção Psicossocial 24, 38, 88, 95, 100, 228, 252, 255, 259, 260, 291, 301,  
303, 305, 306, 308

Reforma Psiquiátrica Brasileira 17, 20, 39, 82, 91, 195, 196, 197, 199, 200, 201, 202,  
203, 205, 206, 209, 210, 211, 214, 215, 219, 243

Relações Familiares 167, 171

## S

Saúde do Idoso 59

Saúde do Trabalhador 147, 149, 152, 153, 154, 155, 157, 316

Saúde Mental 2, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 36, 39, 40,  
41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 57, 58, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 90, 91, 92, 94,  
95, 96, 97, 99, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 128, 130, 138, 143, 145,  
167, 171, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 190, 191, 192, 193, 195, 196, 197, 199,  
201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 219,  
220, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 230, 232, 233, 243, 249, 250, 251, 253, 254, 255,  
256, 257, 258, 259, 260, 261, 264, 266, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 279, 280,  
281, 282, 283, 284, 286, 287, 288, 291, 292, 294, 296, 297, 301, 302, 303, 304, 306,  
307, 308, 309, 314, 316, 327, 328, 329, 330, 331, 332

Sensibilização Corporal 314

Serviços de Saúde Mental 23, 39, 42, 48, 50, 56, 58, 85, 227, 280, 286, 308

Sexualidade 57, 126, 235, 236, 310, 311, 312, 313

Sistema Prisional 287, 288, 290, 291

Suicídio 6, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66,  
67, 68, 69, 72, 73, 78, 80, 81, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 138,  
175, 275, 305, 322, 323, 324, 325, 326, 327

SUS (Sistema Único de Saúde) 5

## T

Terapia Comunitária 6, 271, 272, 274, 276, 277, 278, 279, 280

Território 17, 39, 40, 44, 45, 47, 62, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 91, 92, 93, 96, 97, 99, 100,

101, 104, 105, 131, 197, 200, 242, 243, 244, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 258, 263, 266, 283, 303, 307

Tratamento 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 18, 20, 24, 29, 30, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 53, 54, 55, 109, 111, 113, 124, 127, 129, 130, 132, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 170, 177, 179, 195, 197, 200, 201, 206, 208, 209, 210, 212, 215, 216, 219, 221, 222, 233, 235, 239, 240, 249, 260, 262, 263, 266, 269, 282, 283, 284, 288, 289, 291, 292, 293, 301, 306, 307, 308, 316, 319

## V

Violência sexual 116, 117, 120, 121, 126, 233

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-596-9

