

ANÁLISE DE CASOS DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA E SUICÍDIO NA AMAZÔNIA: PERSPECTIVAS E INTEREVEÇÕES DA PSICOLOGIA

Data de submissão: 04/08/2024

Data de aceite: 02/09/2024

Valney Mara Gomes Conde

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Santarém-Pará-Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1179-5246>

RESUMO: Objetivou-se nesse artigo analisar alguns aspectos epidemiológicos dos óbitos por suicídio e violência autoprovocada em jovens adultos no período de 2018 a 2021 no município de Santarém-Pará. Adicionalmente, conhecer as intervenções da psicologia frente as violências e a mortes autoprovocadas. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, documental e exploratório, realizado no município de Santarém, acerca dos óbitos e lesões autoprovocadas ocorridos durante o período de 2018 a 2021, através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) notificados no município de Santarém-Pa. Além disso, foram analisadas 14 publicações, utilizando-se os descritores para a realização do artigo: “suicídio”, “morte autoprovocada”, “violência autoprovocada” e “psicologia” nas bases de dados nacionais. Nossos resultados mostram 91

casos registrados de mortes por suicídio e 66 registros de lesões autoprovocadas no período estudado. Evidenciou-se que houve predominância para jovens e adultos jovens quanto à faixa etária de 15 a 19 anos e 20 a 29 das notificações registradas tanto para mortes por suicídio totalizando 50,54% dos casos, quanto nas lesões autoprovocadas representando 59,08% das notificações. Quanto as causas básicas, o estudo apontou o enforcamento, como principal causa de suicídio, quando comparado ao meio empregado para as lesões autoprovocadas mostra o envenenamento como principal meio, seguido de enforcamento. O estudo revelou que a maioria de vítimas no município por morte por suicídio eram do sexo masculino, no entanto, quanto as lesões autoprovocadas a maior vulnerabilidade foram para as mulheres. Considera-se necessário, compreensão das causas dos óbitos por suicídio e lesões autoprovocadas para que possam direcionar programas e ações de prevenção com estratégias mais eficientes, seja com a identificação precoce dos indivíduos com alto risco para prestar-lhes assistência integral, a fim de mitigar e prevenir a violência autoinfligida.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Violência Autoprovocada; Psicologia.

ANALYSIS OF CASES OF SELF-CAUSED VIOLENCE AND SUICIDE IN THE AMAZON: PERSPECTIVES AND INTERVENTIONS FROM PSYCHOLOGY

ABSTRACT: The objective of this article was to analyze some epidemiological aspects of deaths due to suicide and self-inflicted violence in young adults from 2018 to 2021 in the municipality of Santarém-Pará. Additionally, learn about psychology interventions in the face of violence and self-inflicted deaths. This is a descriptive, documentary and exploratory epidemiological study, carried out in the municipality of Santarém, about deaths and self-inflicted injuries that occurred during the period from 2018 to 2021, through the Mortality Information System (SIM) and the Health Information System. Notifiable Diseases (SINAN) notified in the municipality of Santarém-Pa. In addition, 14 publications were analyzed, using the descriptors to write the article: “suicide”, “self-inflicted death”, “self-inflicted violence” and “psychology” in national databases. Our results show 91 recorded cases of deaths by suicide and 66 records of self-inflicted injuries in the period studied. It was evident that there was a predominance of young people and young adults in the age group of 15 to 19 years and 20 to 29 of the notifications recorded both for deaths by suicide totaling 50.54% of cases, and for self-inflicted injuries representing 59.08% of cases. notifications. As for the basic causes, the study pointed to hanging as the main cause of suicide, when compared to the means used for self-inflicted injuries, it shows poisoning as the main means, followed by hanging. The study revealed that the majority of victims of death by suicide in the municipality were male, however, when it comes to self-inflicted injuries, the greatest vulnerability was for women. It is considered necessary to understand the causes of deaths due to suicide and self-inflicted injuries so that they can direct prevention programs and actions with more efficient strategies, whether through early identification of individuals at high risk to provide them with comprehensive assistance in order to mitigate and prevent self-inflicted violence.

KEYWORDS: Suicide; Self-inflicted violence; Psychology.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo e multifacetado que deve ser entendido como um evento biopsicossocial, especialmente quando ocorre na esfera interpessoal, o que a torna uma questão de saúde pública (FIORI; BOECKEL, 2021). Além disso, Bahia et al. (2017) destacam que a lesão autoprovocada, uma forma de violência que a pessoa inflige a si mesma, pode ser classificada tanto como comportamento suicida quanto autoagressão, abrangendo desde automutilações leves até as mais graves.

O suicídio é caracterizado pelo comportamento autolesivo que envolve desde a ideação suicida até a autoagressão fatal, no contexto em que a vítima decide extinguir a própria vida como escape para uma dor psíquica considerada insuportável (SOUZA et al., 2011). Este fato é preocupante, pois vivemos num contexto, em que as políticas públicas de prevenção do suicídio ainda são muito pouco abordadas no Brasil, pois os entraves desta questão ainda estão no tabu em torno do tema, no atendimento negligenciado, na abordagem sensacionalista da mídia, no acesso aos métodos para cometer suicídio e no abuso de substâncias químicas (MACHADO; LEITE; BANDO, 2014).

O conselho Federal de Psicologia ressalta que existe uma carência de publicações que tratem da importância da atuação do profissional de psicologia na prevenção do suicídio (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). Sabe-se que as decisões de saúde pública são subsidiadas por dados epidemiológicos, os quais contribuem para o desenvolvimento e avaliação de intervenções para o controle e prevenção de problemas de saúde (ROUQUAYROL, 2013). Assim torna-se relevante abordar esse estudo, pois o suicídio relaciona-se etiologicamente com uma gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, psicológica, econômica, política e cultural (BRASIL, 2017).

Diante desse contexto, o estudo buscou como objetivo geral caracterizar os óbitos por suicídio e lesões autoprovocadas em jovens adultos através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2018 a 2021 no município de Santarém no Oeste do Pará. E tendo como objetivos específicos: definir o conceito de suicídio; identificar as características sociodemográficas dos óbitos por suicídio e lesões autoprovocadas; verificar as causas básicas e os meios utilizados das vítimas de óbitos por suicídio e lesões autoprovocadas e conhecer as intervenções da Psicologia frente as Violências e a Mortes Autoprovocadas. A partir dessa pesquisa teve-se a seguinte hipótese: os jovens de 15 a 29 são mais propensos ao suicídio no município de Santarém no Pará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, documental e exploratório. A pesquisa foi realizada no município de Santarém/PA, situado ao norte do Brasil, na mesorregião do Baixo Amazonas. Para atingir os objetivos deste estudo, os dados foram obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) notificados com violência autoprovocada e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) através da declaração de óbito registrados no município de Santarém/PA, no período compreendido entre os anos 2018 a 2021.

Todas as informações utilizadas para identificar os óbitos e as lesões autoprovocadas no município de Santarém estavam no formato DBASE FILE, convertido em planilha do aplicativo Microsoft Excel 2019, para decodificação das informações ali contidas. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, local de ocorrência e forma utilizada para cometer a violência autoprovocada. Foram considerados como suicídio, os óbitos causados por lesões autoprovocadas intencionalmente ou envenenamento autoinfligidos com a intenção de morte, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), mediante códigos X60 a X84 no diagnóstico.

Na análise dos dados foi utilizado cálculo de porcentagem utilizando o Microsoft Office Excel®, para apresentação as informações obtidas foram organizadas em gráficos e tabelas. Posteriormente os resultados foram discutidos com base no referencial teórico sobre a temática.

Para responde sobre a definição de suicídio e as intervenções frente as Violências e a Morte Autoprovocadas, este estudo teve as contribuições teóricas de alguns pesquisadores deste tema e/ou de assuntos relacionados a este, como: Cassorla (2004), Corrêa e Barrero (2006), Botega (1987), Baptista, 2004, Posner et al., (2007), Meleiro, Bahls e Saint-Clair (2009), Fukumitsu, (2005), Heck, (1997), Durkheim (1897), Santos, (1994), Leopoldo e Silva, (1998) e outros.

Além disso, foram analisadas 14 publicações, utilizando-se os descritores para a realização do artigo: “suicídio”, “morte autoprovocada”, “violência autoprovocada” e “psicologia” nas bases de dados nacionais (Scientific Electronic Library Online) SciELO (6) e Biblioteca Virtual em Saúde (8), publicados no período de 2014 a 2022 e descartado materiais ou assunto que não se refiram na temática em questão. Foram utilizados dados de anos anteriores a data exposta por se tratar de historicidade. Por não conter manipulação com seres humanos, a pesquisa em banco de dados secundários, cujos dados estão disponíveis publicamente, dispensa aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conceito de Suicídio

A palavra suicídio é conhecida desde o século XVII. Segundo Botega (2015, p. 12) suas variadas definições costumam “conter uma ideia central, mais evidente, relacionada ao ato de terminar com a própria vida, e ideias periféricas, menos evidentes, relacionadas à motivação, à intencionalidade e à letalidade”

Segundo Meleiro e Bahls (2004, p.14), “a conceituação sobre o suicídio e as atitudes relacionadas a este fenômeno não tem sido tarefa fácil para quem a ela se dedica”. Essa dificuldade em nomear a atitude de dar fim à própria vida indica o efeito desconfortável que esse ato costuma despertar entre os seres humanos, desconforto esse presente até os dias atuais. Etimologicamente, segundo Corrêa e Barrero (2006) a palavra “suicídio” parece derivar do latim, a partir das palavras *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar) do verbo *caedo*, *is*, *cedici*, *caesum*, *caedere*. Contudo, esta definição é muito ampla, não englobando todos os detalhes que envolvem esse complexo comportamento.

Werlang e Botega (2004) sugerem que, ao se adotar uma noção de suicídio mais abrangente, como a de comportamento suicida, evita-se a tendência encontrada em diferentes definições acima citadas, as quais supervalorizam a intencionalidade e a lucidez de consciência no ato suicida. Essa ideia mais abrangente de comportamento suicida permitir ainda avaliar melhor os vários fatores que influem nos pensamentos, nas ameaças, nos planos, nos gestos e nas tentativas de suicídio, determinando quais as condições que levem ou não a uma progressão do risco até sua consumação.

Comportamento suicida seria, assim, todo ato pelo qual uma pessoa causa lesão a si mesma, seja ela de qualquer grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato (WERLANG; BOTEGA, 2004). Para Hufford (2001), o comportamento suicida constitui-se como um comportamento com o propósito de trazer autodestruição imediata. Segundo Meleiro e Bahls (2004), porém não há, até o momento, unanimidade quanto à maneira de se classificar o comportamento suicida. Segundo Werlang; Borges; Fensterseifer (2005) o comportamento suicida é um comportamento não adaptativo, subjacente a múltiplos determinantes, que se apresenta, muitas vezes, num gradiente de gravidade que pode variar da ideação suicida ao suicídio consumado, constituindo uma tendência autodestrutiva mais extrema.

Já a tentativa de suicídio seria um ato com um resultado não fatal, no qual um indivíduo inicia um comportamento não habitual que, sem a intervenção de outros, poderá causar prejuízo a si próprio (BAPTISTA, 2004). Para Bahls e Botega (2007), as tentativas de suicídio são atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte. Elas também são chamadas de autoagressão deliberada ou parassuicídio.

Caracterização dos suicídios e violência autoprovocadas

Este estudo mostra que entre os anos de 2018 e 2021 foram registrados 91 casos de suicídio e 66 lesões autoprovocadas (sendo estes valores a somatória entre casos femininos e masculinos), como visto na tabela 1, que leva em consideração as características sociodemográficas a partir dos registros de entradas nos sistemas de informações SIM e SINAN, observou-se que a maior incidência de suicídio foi na população masculina (n=75; 82,41%) quando comparados as lesões autoprovocadas que foi registrado na população feminina (n=38; 57,57%).

Este resultado reflete a frase de Alvarez (1999, p. 69) “diga-me a sua taxa de suicídio e eu lhe direi o seu grau de sofisticação cultural – pela simples razão de que o ato vai contra o mais básico dos instintos, o instinto de autopreservação”.

Variável	Óbitos por Suicídio (SIM)		Lesão Autoprovocada (SINAN)		
	n	%	n	%	
Gênero	Masculino	75	82,41	28	42,42
	Feminino	16	17,58	38	57,57
	Total	91	100	66	100
Idade	4-9 anos	-	-	1	1,51
	10-14 anos	1	1,09	12	18,18
	15-19 anos	15	16,48	15	22,72
	20-29 anos	31	34,06	24	36,36
	30-39 anos	13	14,28	9	13,63
	40-49 anos	6	6,59	-	-
	50-59 anos	8	8,79	2	3,03
	60 e mais	17	18,91	3	4,54
Total	91	100	66	100	
Raça/Cor	Branca	4	4,39	7	10,60
	Preta	2	2,19	5	7,57
	Amarela	-	-	1	1,51
	Parda	85	93,40	48	72,66
	Indígena	-	-	5	7,57
	Total	91	100	66	100
Estado Civil	Solteiro	61	67,03	45	68,18
	Casado	20	21,97	12	18,18
	União Consensual	3	3,29	-	-
	Viúvo	2	2,19	2	3,03
	Separação Judicial	5	5,49	-	-
	Ignorado	4	4,39	7	10,60
	Total	91	100	66	100

Tabela 1 - Distribuição dos Óbitos por Suicídio e Lesões Autoprovocadas segundo características sociodemográficas das vítimas notificadas na cidade de Santarém, no período de 2018 a 2021.

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde – Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN). Elaborado pela autora, 2023.

Essas informações corroboram com outros estudos que demonstram a predominância do sexo masculino no suicídio, variando de 3,0 a 7,5 entre os sexos, no mundo (NOCK et al., 2008). Embora as mulheres sejam propensas a tentar o suicídio mais vezes, os homens têm êxito mais frequente. Isso também demonstra a expressividade da ocorrência do suicídio em homens no Brasil, confirmando a tendência mundial de que são três vezes mais propensos do que as mulheres a cometer suicídio (MACHADO; SANTOS, 2015).

Nos estudos de Ferreira (2019), apesar do número de casos de ideação e tentativas de suicídio ser maior entre as mulheres; os homens apresentam maior risco de morte por suicídio, tal fator pode estar associado ao emprego de métodos mais letais entre esses indivíduos (NOCK et al., 2008).

Segundo o Boletim Epidemiológico publicado em 2021 pelo Ministério da Saúde, aponta que “homens apresentam um maior risco de morte por suicídio em relação às mulheres. Não obstante, mulheres apresentam maiores prevalências de ideação e tentativas de suicídio”. Fato que corrobora com os resultados encontrados nesse estudo, visto que o número de óbitos entre os homens foi consideravelmente maior (BRASIL, 2021).

A Figura 1 mostra o número de vítimas por morte por suicídio e lesões autoprovocadas no período de 2018 a 2021. Houve um aumento gradual de notificações por lesões autoprovocadas nos anos estudados, contudo o número de morte se manteve elevado nos anos estudados. Além disso, é necessário destacar que o período analisado inclui os anos de 2020 e 2021, os quais foram anos de pandemia e isolamento social. Observou-se que no ano de 2020 apenas 5 notificações por lesão autoprovocada foram registradas. Contudo no ano de 2021, observou-se um aumento no número de registros expressivo por lesão autoprovocada (37) quando comparado ao ano 2020, uma ocorrência de 6,4 vezes maior o número de notificações registradas que no ano anterior.

Nesse contexto, pesquisas emergentes apontam para as consequências para a saúde mental da pandemia da COVID-19 como sendo diferentes das pandemias anteriores, com sintomas de ansiedade, depressão e estresse sendo comuns na população em geral (KUMAR; NAYAR, 2020). É necessário levar em conta a magnitude da pandemia, seja quanto ao número de mortos e imposição de políticas de distanciamento social, ou ainda quanto às medidas de bloqueio e isolamento, as quais impactaram de forma substancial no âmbito social e econômico. As medidas de distanciamento físico e a quarentena podem associar-se à solidão, o qual apresenta-se como fator de risco para automutilação e suicídio nas mais diversas faixas etárias (BRODEUR et al., 2020; ZORTEA et al., 2020).

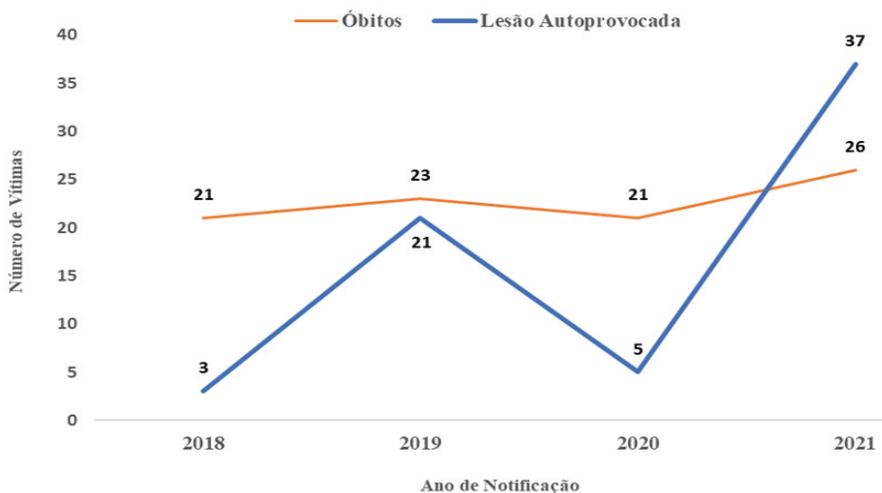


Figura 1 - Distribuição dos Óbitos por Suicídio e Lesões Autoprovocadas segundo o ano de notificação na cidade de Santarém, no período de 2018 a 2021.

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde – Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN). Elaborado pela autora, 2023.

O estudo mostra na tabela 1, que houve predominância para jovens e adultos jovens quanto à faixa etária das notificações registradas tanto para mortes por suicídio quanto nas lesões autoprovocadas. Nos óbitos por suicídio registrados, a somatória dos grupos de 15 a 19 anos e 20 a 29 foram (n=15; 16,48 e n=31; 34,06%) representando 50,54% do total de casos registrados no SIM. Para as lesões autoprovocadas observou-se que a maior vulnerabilidade, mais de 36,36% das notificações, ocorreu nos indivíduos jovens adultos, com faixa etária entre 20 a 39 anos. A segunda faixa etária que se destacou foi a de 15 e 19 anos, com cerca de 22,72% das notificações. A soma das duas categorias dos grupos de 15 a 19 anos e 20 a 29 (22,72% e 36,36%) representam 59,08% do total no SINAN.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) nos anos de 2011 e 2018, a faixa etária que compreende jovens de 15 a 29 anos foi a mais afetada. Em 2018, os jovens foram 47,32% das vítimas de episódios de violência autoprovocada e destes 44.990 casos, 39,9% deles foram tentativa de suicídio. Em todos os casos, mulheres também foram maioria, estes das corroboram com nosso estudo. É possível que os altos índices de suicídio nos jovens brasileiros podem estar relacionados a uma situação profissional desfavorável como desemprego, capacitação insuficiente, aumento da competitividade no mercado de trabalho, aumento do consumo de drogas, assim como práticas impulsivas de automutilação, que os tornam particularmente vulneráveis a sofrimento psíquico e ao risco de suicídio (LOVISI et al., 2009; ARRUDA et al., 2021; SILVA et al., 2021)

Além disso, nos estudos de Goncalves e Silva (2021) as causas externas de morbimortalidade mostram que a principal causa de morte são cometidas por homens, sendo elas mais prevalentes em adultos jovens, solteiros e com baixo nível de escolaridade, estudo este que vem corrobora com os achados na nossa pesquisa.

Como pode ser visto na tabela 1, a raça/cor mais predominante das vítimas por suicídio foi a parda (n=85; 93,40%) e nas vítimas por lesões autoprovocadas (n=48; 72, 66%) se autodeclararam pardas também. Destaca-se ainda quanto as lesões autoprovocadas notificadas, que o percentual de negros (somando-se os que se autodeclararam pretos e pardos) foi de 80,23%, ou seja, 69,63% mais alto que o percentual de vítimas da cor branca.

Na tabela 1, observa-se também com relação ao estado civil das vítimas por suicídio que a maioria eram solteiros (n=61; 67,03%), bem como nas vítimas de lesões autoprovocadas (n= 45; 68,18%). Na tabela 2, evidenciou-se com relação à escolaridade da vítima o óbito por suicídio, que houve maior incidência no grupo 8 a 11 anos (n=38; 41,75%) seguido de 4 a 7anos (n=27; 29,67%). Já para as vítimas por lesões autoprovocadas na tabela 3, houve maior predominância no grupo de 5ª a 8ª série incompleta do Ensino fundamental (n= 10; 15,15%) seguido de ensino médio incompleto (n=7; 10,60%).

Variável	Óbitos por Suicídio (SIM)		
	n	%	
Escolaridade	Nenhuma	6	6,59
	1 a 3 anos	14	15,38
	4 a 7 anos	27	29,67
	8 a 11 anos	38	41,75
	12 e mais	6	6,59
	Total	91	100

Tabela 2 – Dados por Óbitos por Suicídio segundo a variável escolaridade das vítimas notificadas na cidade de Santarém, no período de 2018 a 2021.

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde – Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM). Elaborado pela autora, 2023.

Contudo, observa-se na tabela 3, que (n=41; 62,12%) foram ignorados para a escolaridade. É necessário ressaltar que há um viés no presente dado, uma vez que o sistema do SINAN disponibiliza apenas os dados em relação à ocorrência do caso (relatado como “sim” nas tabelas de classificação) e não aponta as não ocorrências, o que acaba por reduzir a confiabilidade do dado.

Escolaridade	Lesão Autoprovocada (SINAN)	
	n	%
Analfabeto	-	-
1ª a 4ª série incompleta do EF	-	-
4ª série completa do EF	-	-
5ª a 8ª série incompleta do EF	10	15,15
Ensino fundamental completo	2	3,03
Ensino médio incompleto	7	10,60
Ensino médio completo	3	4,54
Educação superior incompleta	1	1,51
Educação superior completa	1	1,51
Ignorados	41	62,12
Total	66	100

Tabela 3 – Dados por Lesões Autoprovocadas segundo a variável escolaridade das vítimas notificadas na cidade de Santarém, no período de 2018 a 2021.

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde – Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN). Elaborado pela autora, 2023.

No que tange ao local de ocorrência, vale destacar que a própria residência representou (n=70; 76,92%) nas mortes autoprovocadas, seguido por outros locais de ocorrência (n=10; 10,98%). Quanto aos dados encontrados de acordo com o local de ocorrência para as vítimas de Lesões Autoprovocadas, observou-se maior incidência também em residências (84,84%), seguido de vias públicas (6,06%). Os dados encontram-se detalhados na Tabela 4, apresentados de frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Os estudos de Santana et al., (2022), mostram que 50% das mortes por suicídio ocorrem nas residências no município de Vilhena – RO, o que corrobora aos achados encontrados em nossa pesquisa quando ao número de morte autoprovocadas que foram predominantemente no domicílio (76,92%).

Variável	Óbitos por Suicídio (SIM)		Lesão Autoprovocada (SINAN)		
	n	%	n	%	
Local de Ocorrência	Residência	70	76,92	56	84,84
	Hospital	8	8,79	-	-
	Escola	-	-	1	1,51
	Via pública	3	3,29	4	6,06
	Outros	10	10,98	-	-
	Ignorados	-	-	4	6,06
	Total	91	100	66	100

Tabela 4 - Dados por Local de Ocorrência das vítimas por Óbitos por Suicídio e Lesões Autoprovocadas no município de Santarém, no período de 2018 a 2021.

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde – Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN). Elaborado pela autora, 2023.

Observa-se na tabela 5, quanto as causas básicas, o estudo apontou um número alarmante de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, o enforcamento (n=86; 94,48%), como principal causa de óbito.

Os achados dessa pesquisa reforçam quanto as causas básicas quando relacionados no Brasil, onde o enforcamento aparece como o meio mais utilizado. Segundo Ministério da Saúde em relação ao perfil de óbitos por suicídio no Brasil, no período de 2011 a 2015, levantou como meios mais utilizados o enforcamento, a intoxicação exógena e o disparo por armas de fogo (BRASIL, 2017) e, nesse sentido, a OMS enfatiza que a restrição do acesso aos meios que o indivíduo pode utilizar para cometer suicídio, como agrotóxicos, pesticidas e armas se constitui importante estratégia de prevenção (SILVA, 2019).

Variável	Óbitos por Suicídio (SIM)	
	n	%
Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento , estrangulamento e sufocação – residência	25	27,47
Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento , estrangulamento e sufocação - local não especificado	59	64,83
Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento , estrangulamento e sufocação - outros locais especificados	1	1,09
Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento , estrangulamento e sufocação - habitação coletiva	1	1,09
Causas Básicas Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada – residência	1	1,09
Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas – residência	1	1,09
Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente - local não especificado	2	2,19
Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores - outros locais especificados	1	1,09
Total	91	100

Tabela 5 – Dados por Causas Básicas das vítimas por Óbitos por Suicídio no município de Santarém, no período de 2018 a 2021.

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde – Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM). Elaborado pela autora, 2023.

Quanto ao meio empregado para as lesões autoprovocadas na tabela 6, o presente trabalho apontou envenenamento (24,24%) como principal meio, seguido de enforcamento (22,72%). Contudo, frente à lesão autoprovocada, também com considerável incidência, é válido destacar que o trabalho de Silva et al., (2021) indicou que houve aumento significativo nos casos notificados de óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente no estado do Paraná, no período de 2009 a 2018, o que corrobora aos achados no presente estudo.

Variável	Lesão Autoprovocada (SINAN)	
	n	%
Envenenamento	16	24,24
Enforcamento	15	22,72
Obj. perfuro cortante	15	22,72
Meios Empregados Outros meios	12	18,18
Forç corp. espanc	5	7,57
Arma de fogo	1	1,51
Subs Obj Quente	1	1,51
Total	66	100

Tabela 6 – Dados por Meio Empregado das vítimas por lesões autoprovocadas no município de Santarém, no período de 2018 a 2021.

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde – Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN). Elaborado pela autora, 2023.

Apesar das limitações da presente pesquisa pois, apesar de haverem números altos frente aos índices de notificação no SINAN, o sistema de acesso aos dados não é claro quanto aos números, bem como há alta incidência de informações reportadas como “ignorado ou em branco”, o que não é transparente quanto à forma de classificação das ocorrências dentro destes parâmetros.

É necessário alertar para o aperfeiçoamento dos sistemas de informações, bem como, uma visualização de dados mais precisos para aprimoramento do combate ao sofrimento de grupos de risco evidenciados, faz-se necessário em todos os níveis relacionados a elaboração e efetividade de propostas eficientes no cenário atual ligado as notificações de morte autoprovocada e violência autoprovocada no município de Santarém-Pa.

Intervenções da Psicologia frente as Violências e a Mortes Autoprovocadas

O atendimento psicológico a pacientes que tem motivação, à intencionalidade e ao ato de terminar com a própria deve ser pautado no Código de Ética Profissional do Psicólogo que estabelece que o Psicólogo (a) deve pautar sua conduta com base em princípios fundamentais, que versam sobre respeito, liberdade, dignidade, igualdade e integridade do ser humano. Este deve contribuir para eliminação da negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, atuar com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade, e buscar contínuo aprimoramento profissional. Também deve zelar para que o exercício profissional seja efetuado com dignidade e levar em conta as relações de poder nos contextos em que atua, bem como os impactos destas sobre suas atividades profissionais (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Além disso, no Código de Ética, os artigos 6º, 9º e 10º apontam que o sigilo profissional tem por finalidade proteger a pessoa atendida, e, no caso do Psicólogo (a), significa manter sob proteção as informações e fatos conhecidos por meio da relação profissional. Todo Psicólogo (a), em seu exercício profissional, está obrigado ao sigilo, sendo este um dos pontos fundamentais sobre os quais se assenta o trabalho profissional. Se houver necessidade de informar a respeito do atendimento a quem de direito, devem ser oferecidas apenas as informações necessárias para a tomada de decisão que afete o usuário (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2006).

Na relação psicoterápica o sigilo é essencial, porque possibilita ao paciente falar de sua intimidade na certeza de que será respeitado e protegido no que se refere à manutenção do que é confidencial. Há casos em que o sigilo precisa ser rompido, como é o caso do suicídio, daí a importância de contratos terapêuticos claros (ZANA; KOVÁSC, 2013).

A postura do profissional, no modo de se dirigir ao paciente, na sua maneira de conduzir a entrevista, nas suas expressões verbais e não verbais, tudo isso faz parte do que ficou conhecido sob a denominação de rapport: um relacionamento cordial, de entendimento, de aceitação e de empatia mútua, capaz de facilitar e aprofundar a experiência terapêutica (BODEGA, 2015).

No primeiro momento, o psicoterapeuta precisa desenvolver empatia no que se refere ao sofrimento humano, isto é, o profissional pode se disponibilizar para se aproximar do lugar onde o paciente está e, por meio de sua disponibilidade interpessoal, a esperança de que o cliente possa reconhecer suas potencialidades - a fim de ampliar sua maneira de enfrentamento de seus sofrimentos - poderá ou não emergir. Sendo assim, uma relação terapêutica que prima pelo cuidado e não pela cura pode ser facilitadora para que o cliente ressignifique seu desespero existencial e descubra perspectivas de manejo de seus conflitos. Contudo, nem sempre tais aspectos são suficientes a ponto de assegurar que a pessoa pare de acreditar que sua morte seja mais atraente que a vida (FUKUMITSU, 2014).

As condutas acima referidas devem ser tomadas quando há potencial de suicídio. Entretanto, é difícil circunscrever o que configura o potencial de suicídio. O terapeuta pode não perceber indícios de que o paciente tem potencial suicida e ser pego de surpresa por uma tentativa de suicídio. Por isso é importante o contrato terapêutico, que pode resguardar o paciente e o Psicólogo. Esse contrato prevê a necessidade de avisar e proteger a pessoa, e baseia-se na confiança e na relação entre terapeuta e cliente (ZANA; KOVÁSC, 2013).

Para um segundo momento na psicoterapia é fazer uma compreensão do significado do ato suicida, explorando sentimentos e pensamentos do cliente, acolhendo o sentimento de impotência e solidão e confirmando que a situação é difícil e, por isso, ele imagina que sua morte poderia ser a única alternativa. Nesse momento, a ambivalência entre querer morrer e querer viver de outra maneira pode ser explorada. O psicoterapeuta deve tentar se manter calmo, adotando uma postura de acolhimento e escuta e, se possível, envolver a família (FUKUMITSU, 2014).

Outras ações do terapeuta que devem ser observadas, como:

O terapeuta deve estar atento aos sinais sutis, senão ele pode ser acusado de negligência ou má prática. Também, para evitar acusações, é importante documentar todas as sessões, contatos telefônicos, sessões extras com o cliente, além de incluir no contrato terapêutico que o sigilo será quebrado em casos de risco de vida do cliente ou de outra pessoa, sempre lembrando que o terapeuta ligará para a família somente nesses casos e com o consentimento do cliente (FUKUMITSU, 2014, p. 32).

Santos (2007) reforça que o paciente que tenta suicídio precisa de alguém para confiar, por isso o vínculo com o terapeuta é importante. A atuação do profissional deve ser cercada de cuidados, tranquilidade e segurança. O tratamento de forma objetiva, com empatia, clara e honesta facilita a comunicação sem interferências, promovendo o estabelecimento da confiança, de modo que, em momentos de crise o paciente se sinta à vontade para entrar em contato com seus sentimentos e conflitos.

Não podemos deixar de esquecer que do outro lado na psicoterapia temos um profissional que pode ter um sentimento de impotência e a sensação de fracasso, por ocasião das tentativas e o fato consumado da morte do cliente por suicídio. Tal impotência pode acentuar ansiedades e acionar a fantasia de que o psicoterapeuta precisa assumir

o lugar de onipotência, colocando-se como o salvador da pessoa que deseja se matar, querendo a todo custo garantir que o outro viva. O psicoterapeuta não deve assumir a onipotência, tampouco não deve se convaler na impotência. Não se vive pelo outro aquilo que o outro deverá viver e, por esse motivo, o psicoterapeuta deve assumir somente sua potência, isto é, lembrar que cada um deve assumir as próprias responsabilidades existenciais e a função de psicoterapeuta não é salvar vidas, mas incentivar a sensação do cliente de estar vivo (FUKUMITSU, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou analisar aspectos epidemiológicos de suicídios e lesões autoprovocadas em jovens adultos no município de Santarém no Oeste do Pará, através da caracterização do perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas através dos Sistemas de Informações, bem como conhecer as intervenções da Psicologia frente as Violências e a Mortes Autoprovocadas segundo a literatura.

Como resultados da revisão bibliográfica o suicídio é a morte que alguém provoca a si mesmo de forma consciente, deliberada e intencional. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), suicídio constitui-se em um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal. Nas intervenções realizadas pelo psicólogo (a) segundo a literatura quanto as violências e mortes autoprovocadas o paciente precisa de alguém para confiar, por isso o vínculo é primordial com o terapeuta.

A atuação do profissional deve ser cercada de cuidados, tranquilidade e segurança, além disso, deve ser de forma franca, clara e honesta facilitando assim a comunicação sem interferências, promovendo o estabelecimento da confiança, de modo que, em momentos de crise o paciente se sinta à vontade para entrar em contato com seus sentimentos e conflitos, assim buscando incentivar a sensação do cliente de estar vivo.

A pesquisa revelou ainda quantos aos aspectos epidemiológicos que maioria de vítimas no município de Santarém/PA por óbito por suicídio eram do sexo masculino, quanto as lesões autoprovocadas a maior vulnerabilidade foram para as mulheres. Além disso, mostrou que as vítimas por suicídio procuraram o enforcamento como meio de acesso, seguido de envenenamento. A maioria das vítimas possuíam ensino fundamental incompleto, a cor/raça parda como a maior acometida.

Com isso, ressalta-se a importância da compreensão das causas dos óbitos por suicídio e lesões autoprovocadas para que possam direcionar programas e ações de prevenção com estratégias mais eficientes, seja com medidas a fim de limitar o acesso a esses métodos, seja com a identificação precoce dos indivíduos com alto risco para prestar-lhes assistência integral, a fim de mitigar e prevenir a violência autoinfligida.

Para além disso, em clínica ampliada, sugere-se que os psicólogos (as) possam assumir realmente o protagonismo de atuar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são portas de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), como verdadeiros sentinelas da saúde mental na atenção básica, usando estratégias como plantões psicológicos nessas unidades, realizando visitas domiciliares, criando métodos psicoeducativos, grupos de apoio e contribuindo nas ações de saúde na própria comunidade.

A hipótese formulada no estudo foi corroborada, pois evidenciou-se que os jovens de 15 a 29 são mais suscetíveis a morte autoprovocada, demonstrando assim que a maioria dos jovens adultos buscam o suicídio como fuga para uma dor intolerável. Por fim, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a temática abordada, a fim de que se identifiquem outros aspectos relevantes para o conhecimento mais amplo do fenômeno estudado.

REFERENCIAS

ALVAREZ, A. **O deus selvagem: um estudo do suicídio**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 1999

BAHIA, C.A.; AVANCI, J.Q.; PINTO, L.W.; MINAYO, M.C. S. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. 22(9):2841–50, 2017.

BAHLS, SAINT-CLAIR; BOTEGA, N.J. Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. **Epidemiologia da Saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, cap. 7, p. 151-171, 2007.

BANDEIRA, M. **Tipos de Pesquisa – Modelos de Investigação e Produção em Psicologia**, 2011.

BAPTISTA, M.N. **Suicídio e Depressão: Atualizações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2004.

BARRERO, S.P. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, cap. 1, p. 3-10, 2006.

FIORINI, V.; BOECKEL, M. G. Violência Interpessoal e suas Repercussões na Saúde em um Hospital de Pronto-Socorro. **Psico-USF** [online]. v. 26, n. 1. 2021

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo,29 (1), p. 7-8. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**, v. 33, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil**, 2017.

BRODEUR, A. et al. Avaliando o impacto do bloqueio do coronavírus na infelicidade, solidão e tédio usando o Google Trends. Pré-impressão do arXiv arXiv:2004.12129, 2020.

CAJUEIRO, R. L. P. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos: guia prático do estudante**. 3. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília, Brasil: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Manual de orientações**. São Paulo, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do Psicólogo**. Brasília-DF, 2005.

DA SILVA, A. I. et al. Análise histórica de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente no estado do Paraná segundo dados do DATASUS. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e561101120001-e561101120001, 2021.

DE ARRUDA, Laís Eduarda Silva et al. Lesões autoprovocadas entre adolescentes em um estado do nordeste do Brasil no período de 2013 a 2017. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 105-118, 2021.

FERREIRA.L. **Porque mulheres tentam mais e homens são as principais vítimas de suicídio**. 2019.

FUKUMITSU, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**, v. 25, p. 270-275, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: atlas, 2007.

GONÇALVES, E.; SILVA, J.; TEIXEIRA, J. Morbimortalidade masculina por causas externas no Brasil: 2009-2018. **Rev. Enferm. UFPE on line** [internet], 2021.

HUFFORD, M.R. Alcohol and suicidal behavior. **Clin Psychol Rev**. University of Montana Missoula, MT, USA., p. 797-811, 2001.

KUMAR, A.; NAYAR, K. R.; KOYA, S. F. COVID-19: Desafios e suas consequências para os cuidados de saúde rurais na Índia. **Saúde Pública na Prática**, v. 1, p. 100009, 2020.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003

LOVISI, G.M.; SANTOS, A.S.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev Bras Psiquiatr**. 31(2): 86-94 5, 2009.

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

MELEIRO, A.M.A.S.; BAHLS, SAINT-CLAIR. O comportamento suicida. In: MELEIRO, A.; TENG, C.T.; WANG, Y.P. **Suicídio: Estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, cap. 1, p. 13-36, 2004.

NOCK, M.K.; BORGES, G.; BROMET, E.J.; CHA, C.B.; KESSLER, R.C, LEE, S. Suicide and suicide behavior. **Epidemiol Rev**; 30:133- 54, 2008.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANTANA, E. et al. Perfil dos óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente no município de Vilhena-RO. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 7, p. 51910-51922, 2022.

SANTOS, A. B. B. **A primeira hora**: as dificuldades e desafios dos profissionais de psicologia em tratar e compreender pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. Tese (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. p. 184, 2007.

SILVA, L. Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. III-IVI, 2019.

SILVA, P. J. C. et al. Perfil epidemiológico e tendência temporal da mortalidade por suicídio em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, p. 224-235, 2021.

SOUZA, V.S.; ALVES, M.S.; SILVA, L.A.; LINO, D.C.S.F.; NERY, A.A.; CASOTTI, C. A. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **J Bras Psiquiatr** [online]. 60 (4): 294-300, 2011.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Índícios de potencial suicida na adolescência. **Psic. Rev.** São Paulo, n. 14(1): 41-57, maio 2005.

WERLANG, B.S.G.; BOTEGA, N.J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZANA, A. R. O., KOVÁCS, M. J. O Psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, 13(3), 897-921, 2013.

ZORTEA, T. C. et al. O impacto das emergências de saúde pública relacionadas a doenças infecciosas no suicídio, comportamento suicida e pensamentos suicidas. **Crise**, 2020.