



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENFE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANANDA SABRINA RAMOS NUNES

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO EM IDOSOS E FATORES ASSOCIADOS

CUITÉ - PB
2018

ANANDA SABRINA RAMOS NUNES

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO EM IDOSOS E FATORES ASSOCIADOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, como requisito parcial e obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira.

**CUITÉ - PB
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Rosana Amâncio Pereira – CRB 15 – 791

N972a Nunes, Ananda Sabrina Ramos.

Avaliação do risco de suicídio em idosos e fatores associados. / Ananda Sabrina Ramos Nunes. – Cuité: CES, 2018.

81 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueiro.

1. Saúde do idoso. 2. Suicídio. 3. Fatores de Risco. 4. Idoso. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.89-008.441.44

ANANDA SABRINA RAMOS NUNES

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO EM IDOSOS E FATORES ASSOCIADOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado pela aluna Ananda Sabrina Ramos Nunes, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (Campus Cuité), tendo obtido o conceito de APROVADO, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Banca examinadora:

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. Dra. Alynne Mendonça Saraiva
Membro – UFCG

Profa. MSc. Heloisy Alves de Medeiros
Membro – UFCG

Aprovado em 10 de julho de 2018.

Dedico esse trabalho aos meus pais, Ana Paula Ramos Nunes e Jário Fernando Muniz Nunes, e meus irmãos Paula Fernanda, Liberato Neto e Jaria Allana que foram minha base durante esses cinco anos e que em nenhum momento me deixaram fraquejar. A caminhada foi árdua, mas a vitória chegou e ela é nossa!

AGRADECIMENTOS

Vou começar de uma maneira bem clichê, porém bem verdadeira. Antes de tudo quero agradecer a Deus que me permitiu vencer todos os obstáculos para chegar até aqui.

Aos meus pais Ana Paula e Jário e meus irmãos Paulinha, Neto e Jarinha, minha eterna GRATIDÃO, cada lágrima derramada, cada quilometro de distância de vocês não foi e não será em vão. Obrigada por todo amor, dedicação e confiança depositada em mim. Amo vocês incondicionalmente.

A escola Aristaque José de Veras e minha primeira e tão querida professora Maria José Veras Leite (Tia Zezé). Tenho muito que agradecer pela forma que me acolheram e me permitiram começar a sonhar com um futuro, mesmo que tudo fosse ainda tão distante. Vocês me direcionaram para o caminho certo e hoje estou aqui. Obrigada!

Aos meus amigos de longas datas que em nenhum momento deixam de acreditar em mim, e que em momentos de tristeza me davam sempre um empurrãozinho para me erguer novamente. Anunciada, Kalinne, Valéria, Emília, Joyce, Mary, obrigada, amo vocês. Não dá para esquecer as loucas que entraram de repente na minha vida e já chegaram acreditando muito em mim e me dando muita força, Carla, Elida, Day e Gabi, obrigada!

A todos que fazem parte da turma 2013.2, que apesar das dificuldades sempre estavam ali para apoiar uns aos outros. Agradeço especialmente a Débora, Carlos, Islaine, Paulo e Kayque. Essa vitória é nossa!

A cidade de Cuité que se tornou minha casa e me aproximou das melhores pessoas. São tantas que levaria várias horas para agradecer a todos. Obrigada de verdade Cuité! Hoje eu sou uma pessoa muito melhor.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Matheus, a quem agradeço pela paciência, competência, e compromisso que sempre demonstrou, e principalmente por ter acreditado em mim. Essa conquista é nossa.

Ser a companhia de alguém não é apenas ficar ao lado de uma pessoa, é muito mais que isso. Na verdade, ser a companhia de alguém é querer realmente estar fisicamente e espiritualmente ao lado da pessoa, é se entregar de maneira que os dois se sintam preenchidos e completos, sem medos ou receios. Você foi minha pessoa e minha companhia desses últimos e melhores momentos, te agradeço eternamente, Lucas Sousa, te amo.

“Aponta pra fé e rema” (Los Hermanos).

RESUMO

NUNES, A. S. R. **Avaliação do risco de suicídio em idosos e fatores associados.** Cuité, 2018. (63). Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité - PB, 2018.

O suicídio consiste na morte auto-provocada com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas, de que a pessoa pretendia/tinha a intenção de morrer. Considerado um problema de saúde pública mundial, é responsável por cerca de um milhão de mortes por ano. No Brasil, as taxas de suicídio em comparação com outros países são um pouco menores, no entanto, as taxas para os idosos são duas vezes maiores que a da população em geral. Com base na complexidade deste problema e na urgência para adoção de medidas que minimizem a ocorrência de episódios suicidas em idosos, este estudo teve por objetivos avaliar o risco de suicídio em idosos residentes no município de Cuité - PB e analisar a sua relação com fatores socioeconômicos e comportamentais. Trata-se de uma pesquisa observacional transversal com desenho quantitativo, desenvolvido no município de Cuité - PB, com amostra de 81 idosos devidamente cadastrados na Estratégia Saúde da Família. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: o questionário sociodemográfico/comportamental e o Índice de Risco de Suicídio. Os resultados apontaram que mais de 70% dos idosos participantes da pesquisa possuem um risco intermediário para o suicídio e 3,7% apresentam risco elevado. Verificou-se associação significativa entre o tabagismo e o risco intermediário de suicídio (p -valor=0,036), além da diferença significativa do estresse com o risco elevado de suicídio (p -valor=0,035). Os resultados da pesquisa confirmam que os idosos estão expostos a diversos fatores de riscos e fragilidades sociais que acabam a interferir em sua saúde e qualidade de vida. A articulação das condições de risco desencadeia situações de extremo estresse e desconforto, a ponto de surgir a ideia da autoagressão e/ou o próprio ato consumado. É urgente a necessidade de tratar a saúde da pessoa idosa de maneira mais ampla, com serviços de saúde eficientes e profissionais habilitados ao atendimento integral desta população, sobremaneira diante de vulnerabilidades preditoras do suicídio.

Descritores: Suicídio. Idoso. Saúde do Idoso. Fatores de Risco.

ABSTRACT

NUNES, A. S. R. **Evaluation of the risk of suicide in elder persons and associate factors.** Cuité, 2018. (63). Report for Conclusion of Course (Nursing Baccalaureate) – Nursing Academic Unity, Center of Education and Health, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité - PB, 2018.

The suicide consists in the self-caused death with evidences, even implicit or explicit, that the person purposed/had the intention to die. Considered as a world public health problem it is responsible for about a million of deths a year. In Brazil, the suicide rates in comparision to other countries are a little smaller, however, the rates for elder persons are twice bigger then the rates for general persons. Based on the complexity of this problem and in the urgency for adoption of actions to minimize the occurrence of those suicidal incidentes in elder persons, this research had as purposes to evaluate the risk of suicide in elder persons who are inhabitant in the town Cuité – PB and to analyse its relatons to socioeconomic and behavioral factors. It's a transversal observational research with a quantitative illustration, developed in the town Cuité – PB, with example of 81 elder persons correctly registered in the Health of Family Strategy. Two vehicles were used to the data collection: the sociodemographic/behavioral questionnaire and the Suicide Risk Index. The results show that more then 70% of the elder persons have an intermediary risk for suicide and 3,7% show high risk. It was verified significant association between smoking and intermediary risk for suicide ($p\text{-value}=0,036$), beyond the significant difference of stress with the high risk of suicide ($p\text{-value}=0,035$). The research results confirm that elder persons are exposed to various risk factors and social fragilities wich mean to interfere with their health and quality of life. The articulation of the risk conditions initiate situations of extreme stress and discomfort, to the point where the idea of self-harm arises and/or the act itself is consummated. It is urgente the need to treat the elder persons health more broadly, with efficient health services and qualified professional for the integral care of this population, specially against the vulnerability predictor of suicide.

Descriptors: Suicide. Aged. Health of elder persons. Risk factors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB, 2018 (n = 81)	31
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB, 2018 (n = 81)	35
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB, 2018 (n = 81)	38
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB, 2018 (n = 81)	40
Tabela 5 - Caracterização comportamental de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB, 2018 (n = 81)	41
Tabela 6 - Caracterização comportamental de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB, 2018 (n = 81)	45
Tabela 7 - Comparação entre o risco de suicídio em idosos e o conjunto de variáveis sociodemográficas. Cuité – PB, 2018 (n = 81)	48
Tabela 8 - Comparação entre o risco de suicídio em idosos e o conjunto de variáveis clínico-comportamentais. Cuité – PB, 2018 (n = 81)	49

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -Descrição das Unidades de Saúde da Família, Cuité – PB	25
Gráfico 1 -Caracterização do risco de suicídio em idosos. Cuité - PB, 2018 (n=81)	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária em Saúde

AVD's - Atividades de Vida Diária

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBM SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

IRIS - Índice de Risco de Suicídio

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivos	14
1.1.1	Objetivo Geral	14
1.1.2	Objetivos Específicos	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	Processo de envelhecimento	15
2.2	Suicídio: aspectos conceituais, epidemiológicos e estratégias de prevenção	17
2.3	Suicídio em idosos	21
3	METODOLOGIA	25
3.1	Tipo de estudo	25
3.2	Local do estudo	25
3.3	População e amostra	26
3.3.1	CrITÉrios de seleção da amostra	26
3.4	Instrumentos para coleta de dados	27
3.5	Procedimentos para coleta de dados	28
3.6	Análise dos dados	29
3.7	Aspectos éticos	30
4	ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
4.1	Caracterização sociodemográfica, clínico-terapêutica e comportamental	31
4.2	Avaliação do risco de suicídio em idosos	47
4.3	Risco de suicídio em idosos e fatores associados	48
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
	REFERÊNCIAS	54

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Questionário Sociodemográfico e Comportamental

Apêndice C – Termo de Compromisso de Divulgação dos Resultados

Apêndice D – Termo de Compromisso do Pesquisador

Apêndice E – Termo de Anuência Institucional

Apêndice F – Termo de Anuência Setorial

ANEXOS

Anexo A – IRIS (Índice de Risco de Suicídio)

Anexo C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

1 INTRODUÇÃO

No decorrer da última década, várias regiões do mundo passaram por um processo de transição demográfica, caracterizado pelo envelhecimento gradual das populações tipicamente jovens e adultas. Esse processo tem gerado consequências para os sistemas de saúde, sobretudo pelo despreparo do governo para dar suporte a essa população (ALVES, 2016). De acordo com as projeções elaboradas pelas Nações Unidas (fundo de população), um em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos ou mais. Estima-se, nesse sentido, que o crescimento populacional de idosos para o ano de 2050 seja de um para cada cinco, superando o número de crianças menores de 15 anos, com um contingente equivalente a 2 bilhões de pessoas, o que aproxima-se a 22% da população global (ONU, 2011).

Acompanhando os índices mundiais, o contexto social do Brasil também tem passado por tais modificações, especialmente por influência de fatores que estão associados ao desenvolvimento do país. Dessa maneira, a população brasileira que por longos anos apresentou um contingente maior de jovens, vem apresentando uma diminuição número onde hodiernamente passa a ter um crescimento considerável em sua população idosa com idade igual ou superior a 60 anos. Isso resultou na modificação da pirâmide demográfica, em que há uma diluição desta distribuição populacional por faixa etária, sendo este fato evidenciado por fatores como o baixo crescimento populacional aliado a menores taxas de natalidade e fecundidade, até o aumento da expectativa de vida pela melhora da qualidade de vida e desenvolvimento de novas tecnologias (OLIVEIRA, 2013).

O envelhecimento ou senescência é um processo contínuo, individual e irreversível, que acontece ao longo do decorrer da vida, até chegar à fase da velhice, normalmente permeada por diversas implicações para o organismo. Entre as implicações do processo de envelhecimento está a incapacidade funcional, que consiste na dificuldade de desempenhar atividades cotidianas, em decorrência de um problema de saúde. Quando associada a fatores multidimensionais, esta pode ser vista em dois domínios: a realização das atividades básicas da vida diária, e a realização das atividades instrumentais da vida diária, o que pode dificultar a adaptação do indivíduo no seu meio, resultando em maior vulnerabilidade física e mental (NUNES, 2017).

Envelhecimento é um processo que passa a organizar e adaptar fatores internos, em relação aos processos fisiológicos do corpo, e externo, àqueles que os idosos enfrentam perante a sociedade, sejam bons ou ruins, a exemplo do abandono, da negligência, da falta de espaço e da exclusão no mercado de trabalho, violência e a fragilidade na cobertura pelo

sistema de saúde. Alguns idosos podem apresentar dificuldades para se adaptar a essa nova realidade, podendo evoluir para estados depressivos, ou até mesmo para própria depressão. Esses estados depressivos e outros agravos afetivos, juntamente com a condição física e social do idoso, geram situações significativas de risco para o suicídio, uma vez que interferem na sua vida e nos laços sociais (SOUSA, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, o suicídio é definido como morte autoprovocada com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas, de que a pessoa pretendia/tinha a intenção de morrer. É considerado um problema de saúde pública, o que demanda uma maior atenção de toda a sociedade. Apesar de ser a segunda principal causa de morte entre as pessoas entre 15 e 29 anos, a incidência de suicídio em pessoas com 70 anos ou mais é elevada, configurando-se atualmente como dados alarmantes (BRASIL, 2014). Dados recentes demonstram que as mortes por suicídio representam 0,8% do total de óbitos e cerca de 6,6% das mortes por causa externas (FERREIRA; GABARRA, 2014).

Desse modo, o envelhecimento, enquanto um processo contínuo e irreversível, traz consigo fatores que quando associados as alterações fisiológicas, põem em risco o equilíbrio biológico, psicológico e social na fase da velhice. Fatores como perdas, conflitos familiares, solidão, exclusão, violência, problemas financeiros, desemprego, acesso fácil a automedicação, quando associados a menor resistência física e a maior probabilidade de doenças nesse grupo etário, acabam a fragilizar ainda mais esse indivíduo levando estes idosos ao desequilíbrio e ao sofrimento, fato que pode influenciar no ato ou tentativa de suicídio. Ainda dentro dos fatores de riscos, os que mais oferecem perigo são os transtornos mentais e as tentativas de suicídio prévias, estes ainda envolvem alguns aspectos sociodemográficos, como a idade e o gênero do indivíduo (FERREIRA; GABARRA, 2014).

Embora a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, formulada pelo Ministério da Saúde por meio da portaria nº 2.528/2006, tenha por objetivo recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, o que se encontra no cenário atual é uma potencial fragilidade e fragmentação na atenção ao idoso, inclusive nas atribuições desempenhadas pela equipe multiprofissional, o que tem gerado dificuldades e grandes transtornos a saúde da pessoa idosa, especialmente na elevação do risco de suicídio.

Diante disso, se faz necessário uma investigação científica que possibilite elucidar os fatores que condicionam ou vulnerabilizam os idosos à ideação suicida e assim gerar subsídios para a prática profissional, de modo que atendam verdadeira e integralmente todas as necessidades da pessoa idosa. Partindo deste raciocínio, surgiram os seguintes questionamentos: qual o risco para o suicídio entre a população idosa de Cuité, estado da

Paraíba? Quais fatores socioeconômicos e comportamentais que estão associados ao risco de suicídio em idosos? Com base nessas indagações, o presente estudo buscará alcançar os objetivos descritos a seguir.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

- Avaliar o risco de suicídio em idosos e os fatores associados.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever a caracterização comportamental, socioeconômica e demográfica dos participantes;
- Analisar a relação entre o risco de suicídio e os fatores socioeconômicos e comportamentais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Processo de envelhecimento

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, que tem características peculiares em relação ao ritmo e estágio de transição demográfica, relacionados diretamente ao nível de desenvolvimento de cada nação. Esse fenômeno é marcado pelo estreitamento da base e alargamento do ápice da pirâmide etária. Estimativas traçadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que em 2025 haverá aproximadamente cerca de 1,2 bilhão de pessoas com idade de 60 anos no mundo e esse número se elevará para 2 bilhões até 2050 (PINTO JUNIOR et al., 2016).

A população mundial vem vivenciando um processo sequencial e gradativo em que há um envelhecimento de sua estrutura etária, em decorrência a diversos fatores, sendo o declínio da fecundidade e da mortalidade aquele que mais chama atenção. A fração idosa (60 anos ou mais) alcançou 770 milhões de pessoas em 2010, cerca 11% do total da população mundial (REIS, 2016).

A fecundidade, que apesar de ter um número mais elevado em países mais pobres, vem declinando no conjunto de países em desenvolvimento, prevendo-se que ainda venha a diminuir a cada vez mais ao decorrer dos anos, podendo chegar a 2,7 filhos por mulher até por volta de 2040/2050. Em síntese ao que se refere à natalidade e os padrões relacionados a fecundidade são os que mais geram mudança no padrão demográfico brasileiro, o constante declínio é o que explica a razão pela qual a taxa de crescimento demográfico registrada no Brasil é inferior, atualmente, a 1,2% ao ano (BRASIL, 2001).

Ainda nesse contexto mundial, estima-se que o Brasil será o sexto país no mundo com maior número de idosos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), demonstra que por volta do ano de 2010, dentre os 190 milhões de brasileiros cerca de 18 eram idosos, dos quais mais de 5 milhões se encontravam no nordeste (JUNIOR PINTO et al., 2016).

O acelerado processo de envelhecimento populacional observado no Brasil vem gerando um significativo impacto em toda sociedade. No que se refere aos cuidados de saúde, este não se restringe apenas o aumento da morbidade entre os idosos, mas também se liga diretamente ao estilo de vida, em que se considera que há um aumento da dependência dessas pessoas no desenvolvimento de suas atividades diárias e redução de sua autonomia global (CONFORTIN, 2017).

Segundo o mesmo autor, para um envelhecer saudável há necessidade de identificação e interpretação dos determinantes e dos fatores etiológicos que envolvem esse processo como um todo, sejam estes ligados as condições socioeconômicas, características individuais e comportamentais, ambientais, culturais e de gênero, e o acesso aos serviços de saúde. O prolongamento da vida só deve ser considerado uma conquista quando agrega qualidade aos anos adicionais de vida, principalmente para aqueles que apresentam algum grau de fragilidade ou incapacidade ou que necessite ainda de algum tipo de cuidado.

O envelhecimento da população se caracteriza por ser um processo rápido e intenso, atingindo principalmente aqueles países que estão em desenvolvimento, por suas particularidades, a exemplo o Brasil. Esse panorama gera um novo paradigma para a saúde pública, uma vez que atribui em seu contexto um fenômeno complexo e com características variadas, em que parcela relevante dos idosos possui condições de saúde que os expõem a vulnerabilidade, como doenças, perdas sociais, afetivas e financeiras (MEDEIROS et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o envelhecimento como um processo natural que se constitui por mudanças complexas. Em nível biológico, é relacionado à concentração de uma elevada variedade de falhas celulares. Essas mudanças com o decorrer do tempo levam a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, expondo o indivíduo ao risco de contrair diversas doenças e a um declínio geral na capacidade de defesa do organismo (OMS, 2014).

Com base nessa premissa, Marchi Netto (2004) destaca que as principais alterações biológicas relacionadas ao envelhecimento fisiológico que podem ser observadas são: lentidão do pulso, do ritmo respiratório, da digestão e assimilação dos alimentos, diminuição da força muscular pela perda progressiva de fibra muscular, controle do equilíbrio e movimentos, fragilidade óssea pela diminuição da matriz óssea.

A evolução natural e gradual produz limitações e alterações no funcionamento do organismo do idoso, com conseqüente diminuição da qualidade de vida, que pode ser compreendida como um conjunto harmonioso de satisfações que a pessoa obtém no seu cotidiano, levando-se em consideração tanto os aspectos físicos quanto o psicológico e o social (MARTINS et al., 2016).

Nesse sentido, o envelhecimento é entendido em todo seu contexto, amplitude e totalidade, uma vez que é um fenômeno biológico universal com conseqüências psicológicas e sociais das mais diversas. Com a situação encontrada hoje, o envelhecimento tem tomado uma

dimensão existencial e modificado a relação da pessoa com o tempo, o que gera mudanças em suas relações com o mundo e com sua própria história (MEDEIROS et al., 2016).

Este processo quando associado aos fatores desfavoráveis à saúde, tais como, desigualdade social, limitação de recursos financeiros, nível de informação deficiente, preconceito e a falta de respeito e de oportunidades. Nessa lógica, acaba por se tornar um processo cheio de obstáculos para um envelhecer saudável. Além desses, a velhice carrega consigo um estigma criado ao decorrer dos anos, onde a sociedade atrela o avançar da idade com a incapacidade funcional e social, impedindo que os idosos se adaptem a esta fase de forma saudável (REIS et al., 2014).

Segundo Moraes (2010), o envelhecimento psíquico ou amadurecimento não necessariamente segue o padrão de natureza progressiva, nem ocorre de maneira inevitável, como o efeito da passagem do tempo. Depende do passar do tempo, e acima de tudo do esforço pessoal e contínuo em busca de amadurecimento. O estudo da estrutura e dinâmica do psiquismo e a superação dos conflitos do cotidiano são indispensáveis para que se possa atingir a independência psíquica, condição indispensável para a sabedoria.

Observa-se atualmente um aumento na prevalência de doenças características desta linha etária, dentre os problemas que se destacam e acometem os idosos, estão os transtornos mentais, ligados diretamente ao processo biopsicossocial do envelhecimento, estão presentes em cerca de um terço da população com mais de 60 anos de idade (MARTINS et al., 2016). Para aprofundar essa discussão, as questões atreladas à rede de atenção ao idoso e, em particular, ao suicídio em idosos, serão apresentados nos capítulos seguintes.

2.2 Suicídio: aspectos conceituais, epidemiológicos e estratégias de prevenção

O suicídio atualmente tem se tornado um problema de saúde pública mundial, demonstrando um crescimento substancial em suas taxas ao longo dos últimos 50 anos. Estima-se que cerca de um milhão de pessoas morrem por suicídio a cada ano e é esperado que até 2020 este número chegue a 1,5 milhões (OMS, 2014; MORALES, 2017).

O suicídio é indicado como a 15ª causa mais comum de morte no mundo, sendo a segunda principal causa de morte entre as pessoas entre 15 e 29 anos. Apesar de ser relativamente raro na população geral, as taxas mais elevadas do suicídio são aquelas relacionadas a grupos de pessoas que são mais vulneráveis, a exemplo as que possuem algum tipo de transtorno mental. Fatores sociais, culturais, psicológicos e outros podem interagir, conduzindo o indivíduo a um comportamento suicida. Todavia, muitos dos suicídios

acontecem de forma impulsiva, em que algumas circunstâncias, como o fácil acesso aos meios que conduzam ao ato suicida, podem influenciar nessa decisão impulsivamente (GONDIM, 2017).

Nessa linha epidemiológica, é oportuno salientar que o suicídio vem se tornando uma epidemia de proporções globais, com um aumento de 60% da mortalidade por essas causas. Dentre as causas, as que estão mais presentes são as lesões autoprovocadas voluntariamente, que está entre as três principais causas de morte no mundo em todas as faixas etárias, superada apenas pelo homicídio. Drasticamente, 75% dos casos estão presentes em países emergentes e pobres. Estudos estimam demonstram que em nível mundial 900 mil pessoas cometem suicídio por ano, e em cada 40 segundos há um suicídio e uma tentativa a cada três segundos (ROSA et al., 2017).

Os mesmos autores apontam que no Brasil, segundo o mapa da violência de 2014, foi observado importante aumento das taxas de suicídio, com um aumento de 4,4 óbitos por 100 mil habitantes em 2002 para 5,3 em 2012. Ressalta-se que, nesse período, o aumento maior das taxas de suicídio foi constatado entre 2011 e 2012 (3,9%).

Os comportamentos suicidas são classificados didaticamente em três categorias, quais sejam: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Atrelado a contexto destacam-se as ideias, desejos, declarações sobre o querer findar a vida, o planejamento da morte e o próprio pensamento sobre como esse ato influenciaria na vida das pessoas próximas, também fazem parte do comportamento suicida. Tais ações, na grande maioria das vezes, buscam solucionar algo que o indivíduo considera insuportável e sem opções de resolução, considerando este desde a concepção até a consumação do suicídio (SANTA; CANTILINO, 2016).

O Ministério da Saúde delimita a diferença entre suicídio, tentativa de suicídio e comportamento suicida ou ideação suicida, para que os estudos nesse contexto sejam mais bem entendidos. O suicídio é definido como morte autoprovocada com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas, de que a pessoa pretendia/tinha a intenção de morrer. A tentativa de suicídio é considerada qualquer tipo de comportamento auto lesivo não-fatal, com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas de que a pessoa tinha intenção de morrer. O comportamento suicida se refere a um conjunto de atitudes que incluem: o pensamento de que um a ação auto infligida resulte em sua morte (ideação suicida), o planejamento, a tentativa e o próprio suicídio (BRASIL, 2016).

Diante da compreensão dos termos anteriormente mencionados, verifica-se que o suicídio revela-se como um fenômeno complexo e multicausal, resultado da interação de

fatores de ordem social, biológica e psicológica. Além disso, envolve aspectos sociodemográficos como gênero e idade do indivíduo, tendo em vista que algumas situações de risco podem estar mais evidentes em determinado gênero e idade, assim como também influencia no potencial de letalidade do método utilizado (FERREIRA; GABARRA, 2014).

No que diz respeito às questões de gênero, a população masculina, que historicamente possui um perfil mais impulsivo, demonstra situações de maior vulnerabilidade, a exemplo da maior facilidade ao acesso a meios letais como arma de fogo, a exposição excessiva ao álcool e outras drogas, a violência, e a dificuldade de adaptar-se a mudanças repentinas na vida pessoal. Tais fatos acabam a permitir que o ato seja mais eficaz, e que resulte em óbito, concorrendo para que o número de mortes nessa população por suicídio seja bem mais elevado (RIBEIRO et al., 2016).

Assim como a população masculina destaca-se por um maior número de óbitos, as mulheres apresentam uma maior vulnerabilidade à tentativa e ideação suicida. Tal fato é associado ao ambiente que estas estão inseridas, o qual está intimamente ligado à escolha dos métodos que serão utilizados na tentativa de suicídio, que na grande maioria dos casos a escolha está ligada a métodos de fácil acesso/aquisição como exemplo ingestão de medicamentos e outras substâncias tóxicas, e estes ainda são menos invasivos, o que auxilia na escolha dos mesmos (MAGALHÃES et al., 2014).

Segundo Santos (2017), a ideação ou ideia suicida, é um componente primordial de um processo chamado comportamento suicida e surge como um fator desencadeador para os outros componentes: a tentativa e o próprio suicídio. É um evento multifatorial e multidimensional, e no que se refere aos aspectos mais subjetivos que podem desencadear a ideação suicida, identifica-se a desesperança, a impulsividade, a agressividade, a percepção corporal, as dificuldades de comunicação e a falta de pertencimento social. Não obstante, o suicídio também é influenciado por variáveis demográficas e socioeconômicas, gênero, sintomas depressivos e fatores familiares.

As tentativas de suicídio têm as mesmas características fenomenológicas do suicídio, diferindo deste apenas quanto ao desfecho, que não é fatal. Estas abrangem um grande problema social e econômico para comunidades, em função do uso de serviços de saúde para o tratamento de consequências físicas e do impacto psicológico e social do comportamento sobre o indivíduo e àqueles com que mantém relacionamentos interpessoais; e conseqüentemente de sequelas incapacitantes duradouras, tendo em vista que uma tentativa de suicídio prévia é o mais forte fator de risco para a consumação do suicídio (GONDIM et al., 2017).

Com base nessa premissa, Magalhães (2014) traz que o serviço de atenção pré-hospitalar destaca-se por oferecer os cuidados iniciais a vítima de tentativa de suicídio, e este é definido como o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após o ocorrido que possa levar a sofrimento ou mesmo a morte, garantindo o atendimento e/ou transporte adequado a um serviço integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O tempo decorrido entre a tentativa de suicídio e o atendimento adequado, é extremamente relevante para reduzir a chance de morte das vítimas. Tendo em vista que a primeira hora após a ocorrência é considerado o tempo crítico para a instituição responsável pelo atendimento possa modificar o prognóstico, uma vez que até 40% dos óbitos ocorrem antes da assistência hospitalar.

Um estudo realizado por Magalhães (2014) demonstra que vários fatores têm sido associados ao comportamento suicida, como a presença de transtorno mental, antecedentes familiares, uso de álcool, sexo, idade, ausência de companheiro (a), desemprego ou aposentadoria, isolamento social e história de abuso e violência na infância (MAGALHÃES et al., 2014).

Os fatores de risco para o suicídio podem estar em conjunto, o que torna ainda mais grave a situação do indivíduo. Um estudo que verificou a relação entre consumo de álcool, tentativa de suicídio e depressão, evidenciou a depressão como frequente precursora do abuso de bebida alcoólica e este padrão de consumo como agravante desse transtorno. O comportamento suicida foi identificado como fator de risco nas situações em que há associação entre abuso de álcool e depressão (CANTÃO; BOTTI, 2016).

Os índices de suicídio que se encontram em torno 31/100.000 habitantes em alguns países como a Coreia do Sul e Lituânia, já no Brasil as taxas epidemiológicas são menores, em torno de 5,3/100.000hab. No entanto, existe uma discrepância nos índices dos estados brasileiro no que concerne ao número de óbitos resultante do suicídio. A exemplo, o Rio Grande do Sul, possui um dos maiores índices de suicídio no Brasil, com cerca de 10,9/100.000hab., sendo em homens são de 17,4/100.000hab., o que enfatiza a necessidade de estudos e estratégias que considerem aspectos socioculturais, fatores de risco e situações contribuintes para esta ação, em especial, na população masculina (RIBEIRO et al., 2016).

Levando em consideração a gravidade do suicídio, o Ministério da Saúde lançou em 2006, a Portaria nº 1.876 que institui as Diretrizes Nacionais para a prevenção do Suicídio, ressaltando também a importância de pesquisas e estudos voltados a esta temática (MORAES et al., 2016).

Considerando que o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido. Essa resolução institui diretrizes a serem

implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Resumidamente estas visam desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização, organizar linha de cuidados integrais, identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos, contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas, e promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica (BRASIL, 2006).

Os serviços de saúde devem dispor de assistência aos usuários sempre que necessário, e como porta de entrada e contato preferencial do sujeito, a Atenção Primária tem como objetivo realizar ações promoção à saúde, prevenção de agravos e de prover cuidado. Diante os agravos que o suicídio tem trazido, e por perpassar os limites da psiquiatria e psicologia, os profissionais da APS se tornam essências para promover a sua prevenção, e dessa maneira reduzir os índices de tentativa e suicídios consumados. Dentre as intervenções ao indivíduo destaca-se a construção de um projeto terapêutico singular (PTS), articulando a assistência da APS e outros serviços especializados (BRASIL, 2016).

Ainda seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, o enfermeiro dentro da APS tem a responsabilidade de traçar estratégias para prevenção do suicídio, destacando-se as que prezam pela comunicação/interação com a comunidade, de que haja maneira a sensibilização sobre o suicídio, diminuindo assim o estigma que esse assunto gera dentro da sociedade.

2.3 Suicídio em idosos

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de um milhão de pessoas morrem a cada ano em consequência do suicídio. A China apresenta a maior taxa de suicídio entre idosos (100 mortes por 100.000 habitantes). No Brasil, as taxas de suicídio em comparação com a maioria dos países são um pouco menores, oscilando ente 3,50 e 5,80/100.000 habitantes, no entanto, em contrapartida, as taxas para os idosos, levando em consideração a idade igual ou maior que 60 anos, são duas vezes maiores que a da população em geral (CARVALHO et al., 2017).

Um estudo realizado na França (Languedoc Roussillon) com 1.873 idosos identificou que 9,8% dos indivíduos apresentam ideação suicida, e entre pessoas acima de 80 anos a taxa de ideação aumentou para 11,3% em homens e 21,4 em mulheres. Entre aqueles que

realmente tentaram o suicídio, 3,7% realizaram no mínimo uma tentativa ao longo da vida. Já no Brasil, uma pesquisa realizada com 530 idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família no sul do Brasil constatou que 15,7% deles apresentaram risco para o suicídio (SILVA et al., 2015).

Nos estudos atuais sobre o suicídio em idosos, nota-se a busca em ressaltar a importância de combinar evidências clinicossociais e dados epidemiológicos com argumentos das próprias pessoas idosas sobre sua trajetória existencial e sobre suas razões para desistirem de viver, tendo em vista que tal fato resulta da combinação de vários fatores, necessitando a análise conjunta destes (CAVALCANTI et al., 2015).

Para os mesmos autores, os determinantes da autoagressão são vários, e em número bem maior em idosos, incluem-se causas psicológicas, econômicas, sociais, desigualdade de gênero e crises vitais, não existindo, portanto, um consenso em relação a eles. Além da influência direta de perdas, doenças graves e incapacitantes, e problemas econômicos, são situações que geram sofrimento emocional intenso. Estima-se que para cada suicídio ocorram em torno de vinte tentativas. Nos idosos esta proporção é ainda mais acentuada, pois se acredita que entre a tentativa e os suicídios efetivados é cerca de 2:1, tornando esse fenômeno ainda mais grave.

A junção de fatores de risco em um indivíduo que já é potencialmente vulnerável faz com que surja uma dor psíquica que atinge intensidade intolerável, a ponto de permear a ideia do suicídio. A depressão surge como um dos problemas de maior impacto ao sujeito, principalmente quando associada a outros fatores como: dinâmica familiar conturbada, relações afetivas fragilizadas, solidão, falta de sentido para vida, crises financeiras e ocorrência de eventos trágicos e de sofrimento ao longo da vida (SERVIO; CAVALVANTE, 2013).

A depressão é caracterizada como um transtorno de humor que oscila entre moderado e profundo, de curta ou longa duração, com apresentação de humor alterado, perda de interesse e de prazer pela vida. Entre os jovens e adultos jovens, esta aparece associada a fatores emocionais e cognitivos, como tristeza e negatividade. Entre os idosos, esta surge de diferente maneira, associada a sintomas somáticos como cansaço e fadiga, distúrbios do sono e do apetite, sentimento de desesperança e pensamento sobre morte. Ressalta-se que quanto maior a soma das doenças associadas à depressão e quanto mais grave o limite funcional apresentado pelo idoso, maior o risco de auto aniquilamento (CAVALCANTE et al., 2013).

O modo o qual os idosos vivenciam suas relações com sua família e a maneira que estas pessoas os tratam e acolhem durante essa fase está relacionado com a estrutura e a

organização da família. A construção do seu cotidiano baseia-se também no contexto cultural e social o qual está inserido. Dessa maneira, determinam-se as transformações e a intensidade afetiva que esse idoso irá compartilhar com os demais membros. A falta de apoio familiar, empobrecimento das relações e a sensação de abandono ou o próprio abandono podem ser considerados fatores preditivos para o suicídio (SILVA et al., 2015).

Considerando a realidade atual, nota-se que o abuso contra os idosos tem se tornado uma importante demanda que tem acompanhado o crescimento dessa população principalmente no âmbito familiar, conseqüentemente influenciando de forma direta no adoecimento físico e psicológico. As relações tensas envolvidas no espaço familiar, somadas aos fatores sociais, além do estigma de inutilidade e desprezo que a velhice carrega, gera um ambiente propício para que se estabeleçam interações conflituosas e violentas, seja entre os próprios casais idosos, filhos e idosos ou mesmo entre o idoso e o cuidador. A vivência constante nessas situações, associados ao próprio desgaste fisiológico, estimulam a ideia da retirada da própria vida (SILVA; DIAS, 2016).

É oportuno considerar que o impacto das perdas que os idosos sofrem no decorrer de sua existência interfere no círculo das relações primárias e estilo de vida. As limitações que acompanham o envelhecimento referem-se principalmente a mudanças no organismo caracterizadas por declínios no funcionamento do mesmo, com conseqüente redução de funções e atividades, destacando-se as perdas fisiológicas relacionadas a diminuição da agilidade, resistência, da força muscular, entre outras, que interferem diretamente na sua qualidade de vida e saúde. As perdas relacionadas ao contexto social, como a perda da participação social, autonomia ou emprego, geram estereótipos que levam sensação de inutilidade, o que pode gerar um adoecimento e conseqüente suicídio (GONZALES; SEID, 2011).

É ressaltado ainda na literatura que entre os idosos que são acompanhados pelos serviços de atenção primária, dois terços ou mais procuraram atendimento nesses locais até trinta dias antes de cometer o próprio suicídio ou iniciar as tentativas, como também deixavam indícios aos familiares/pessoas mais próximas, de possível ideação suicida através de gestos introspectivos, de desesperança e de profundo sofrimento emocional. Desse modo, ressalta-se a importância do olhar criterioso da família para com o idoso, assim como da assistência integral prestada pelos profissionais da saúde, com avaliação holística da queixa apresentada pelo idoso, o que certamente facilitará a identificação de fatores que possam levar ao mesmo cometer o suicídio (CONTE et al., 2015; SILVA et al., 2015).

Mesmo diante o aumento exponencial do número de idosos no Brasil, destaca-se a fragilidade na atenção à saúde da pessoa idosa, principalmente ao que se refere a fragmentação e fragilidade de operacionalização de políticas públicas voltadas a esta população que dialogue com o fenômeno do suicídio, e, sobretudo, a dificuldade do profissional em identificar e atuar diante tal problema. Esse cenário tem dificultado o acesso e o atendimento adequado à saúde dos idosos envolvidos no fenômeno do suicídio, o que tende a intensificar os problemas do idoso, principalmente àqueles inseridos em contextos de vulnerabilidade e com poucas alternativas para solução e enfrentamento dos conflitos existentes em seu contexto (SILVA et al., 2015).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa observacional transversal com abordagem quantitativa. O estudo observacional obtém as informações através da observação, onde o investigador atua meramente como expectador de fenômenos ou fatos, sem realizar qualquer intervenção que venha a interferir no curso natural e/ou no desfecho dos mesmos. O delineamento transversal é caracterizado pela realização da pesquisa em um determinado momento, para observação dos fatos. O desenho quantitativo implica a utilização de variáveis expressas sob forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los (FONTELLES et al., 2009).

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Cuité, no estado da Paraíba. A cidade de Cuité está localizada na mesorregião do Agreste Paraibano e na microrregião do Curimataú Ocidental do estado da Paraíba. Segundo o último censo realizado pelo IBGE no ano de 2010, a população estimava-se em cerca de 19.978 habitantes, distribuídos em uma área territorial de 741,840 km², e com densidade demográfica 26,93 hab./km².

Os locais de referência para a obtenção das informações acerca dos idosos elegíveis para a pesquisa foram as Unidades de Saúde da Família da zona urbana, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, com um intuito de obter informações de idosos que apresentassem uma realidade semelhante, estas são localizadas estrategicamente em áreas a fim de atender toda população, possibilitando o acesso à saúde de todos. A descrição das USFs pode ser visualizada no Quadro 1.

Nº	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	LOCALIZAÇÃO	CNES
01	UBSF Abílio Chacon Filho	Zona Urbana	2342529
02	UBSF Diomedes Lucas de Carvalho	Zona Urbana	2342618
03	UBSF Ezequias Venâncio dos Santos	Zona Urbana	2342561
04	UBSF Luíza Dantas de Medeiros	Zona Urbana	2605740
05	UBSF Raimunda Domingos de Moura	Zona Urbana	3060284

Quadro 1 - Descrição das Unidades de Saúde da Família, Cuité – PB. Fonte: BRASIL (2017)

3.3 População e amostra

Segundo o Censo do IBGE realizado em 2010, a população total de idosos residente no município de Cuité era de 3.054, sendo 1.346 do sexo masculino e 1.708 do sexo feminino, constituindo, dessa forma, o universo populacional deste estudo. Para a identificação da amostra, com base na premissa da representatividade, enquanto característica essencial exigida para uma amostra confiável, utilizou-se a fórmula proposta por Luiz e Magnanini (2000) para a realização do cálculo do tamanho da amostra.

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 NP(1-P)}{\varepsilon^2 (N-1) + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Onde: n = tamanho da amostra; N = tamanho da população ($N = 3.054$ idosos); P = prevalência estimada de risco de suicídio em idosos desconhecida (utilizando-se do valor $P = 0,50$ que maximiza o tamanho da amostra); z = valor obtido na curva de distribuição normal padronizada, sendo 1,66 para nível de 90% de confiança; ε = erro máximo de estimativa amostral ($\varepsilon = 0,1$ ou 10%).

Embasado na operacionalização do cálculo, resultou-se em um “ n ” equivalente a 67,39 participantes. No entanto, considerando antecipadamente a possibilidade de perdas amostrais por razões diversas e magnitudes diferenciadas, bem como a necessidade de resguardar a precisão da amostra, foi estabelecido um valor de compensação, sendo acrescentados 20% a este valor (13,47), totalizando uma amostra de 81 idosos.

Para que houvesse uma distribuição proporcional do tamanho amostral entre as cinco Unidades de Saúde da Família, recorreu-se ao cálculo proporcional simples da amostra, resultando em uma subdivisão equivalente a 16,2 idosos por Unidade. Todavia, foram recrutados 16 (dezesesseis) idosos em quatro das USF, somando 64 participantes; e 17 (dezesete) na quinta USF, totalizando o conjunto amostral de 81 idosos.

3.3.1 Critérios de seleção da amostra

Para a inclusão dos sujeitos na amostra da pesquisa foram respeitados os seguintes critérios:

- * Ter idade igual ou superior a 60 anos;

- * Ser devidamente cadastrado na Estratégia Saúde da Família; e
- * Não possuir deficiência cognitiva, aferida pelo Mini Exame do Estado Mental.

Desse modo, com base nos critérios de inclusão, a elegibilidade dos participantes deu-se pelo princípio da acessibilidade ao primeiro idoso de cada unidade de referência sorteada (prontuário familiar) no referido local da coleta (domicílio) (GIL, 2008). É importante destacar que naqueles prontuários familiares sorteados com mais de um idoso em sua constituição, haveria a probabilidade de que todos tivessem a mesma chance de participar do estudo. Todavia, o acesso ao primeiro idoso no domicílio foi o fator determinante da composição amostral.

Para a avaliação da capacidade cognitiva utilizou-se o Mini exame do Estado Mental (MEEM), que avalia domínios como: orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Com a aferição resulta um escore total, o qual deverá atingir uma pontuação mínima estabelecida no estudo, tendo em vista a população envolvida para participar efetivamente da pesquisa.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

Para o levantamento das informações desta pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos: I) Questionário sociodemográfico e comportamental; e II) Índice de Risco de Suicídio – IRIS.

O Questionário sociodemográfico e comportamental, que obtém informações também clínico-terapêuticas dos participantes, trata-se de um instrumento composto por 03 seções, sendo estas descritas como A, B e C.

- ✓ Seção A (Informações Pessoais): para contemplar esta seção foram coletadas as seguintes informações pessoais: idade; sexo; cor da pele; estado civil; responsável pelo domicílio; arranjo familiar; presença ou ausência de cuidador; religião; e tipo de serviço de saúde utilizado.
- ✓ Seção B (Perfil Social): a averiguação do perfil social foi composta pelos seguintes itens: escolaridade; renda familiar; origem de renda; e autoavaliação da situação econômica.
- ✓ Seção C (Estilo de vida): buscou averiguar os dados relacionados ao tabagismo, consumo de álcool, realização de atividade física e nível de estresse autorreferido.

O Índice de Risco de Suicídio – IRIS trata-se de um instrumento de avaliação psicométrica do risco de suicídio em indivíduos que ainda não tenham protagonizado um comportamento suicidário recente, construído e validado por o Médico Psiquiatra Doutor Francisco Alte da Veiga e um grupo de médicos portugueses, com intuito de obter melhores resultados. É composto por 3 ponderações: sociodemográfica, contextos e esfera suicida; cada uma destas traz diferentes itens e um score total de pontuação, no final soma-se os valores para se obter o resultado que pode atingir no máximo 20 pontos. Descrição das ponderações:

- ✓ Sociodemografia/ponderação 1: nessa seção são coletados os seguintes dados sexo, idade e religiosidade.
- ✓ Contextos/ponderação 2: avalia-se nesse momento o contexto em que o indivíduo se encontra, verificando os seguintes itens: isolamento, perda recente marcante, doença física, abuso de álcool ou outras substâncias, doença psiquiátrica grave, história de internamento psiquiátrico, história familiar de suicídio.
- ✓ Esfera suicida: que contempla dois pontos, a história pessoal de comportamentos suicidários e o plano suicida.

Por fim, a somatória do valor das respostas para a avaliação do escore total não dispensa a avaliação clínica especializada por profissionais de saúde especialistas. Para a interpretação desses dados, tendo em vista que se pode obter valores extremos quando se utiliza a “média” como medida de tendência central, optou-se por realizar a categorização dos escores, seguindo os seguintes pontos de cortes: escore total < 5 (risco reduzido), escore total ≥ 5 e < 10 (risco intermediário) e escore total > 10 (risco elevado) (VEIGA et al., 2014).

3.5 Procedimentos para coleta de dados

Para que a coleta de dados pudesse ser iniciada, a priori foram seguidos os seguintes procedimentos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional (Apêndice C) à Secretária Municipal de Saúde de Cuité, bem como a concordância do Diretor do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (Instituição proponente) com sua devida assinatura na folha de rosto; e 3. Submissão

da folha de rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação e aprovação do projeto.

Após a autorização do CEP, tiveram início as atividades da coleta durante os meses de novembro de 2017 a fevereiro de 2018, inicialmente com a realização de reuniões com enfermeiros e agentes comunitários de saúde das Unidades de Saúde da Família (USFs), para possibilitar o acesso aos idosos a serem pesquisados. A coleta de dados deu-se através de visitas domiciliares ou nas USFs. Cabe mencionar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi lido, explicado e assinado em duas vias antes da obtenção das informações da pesquisa.

3.6 Análise dos dados

Com o levantamento dos dados, aconteceu a interpretação e a análise dos resultados, para posteriormente serem sumarizados os desfechos e fornecidas as respostas ao problema da pesquisa.

A análise dos dados socioeconômicos e demográficos foi descritiva, que conforme Gil (2008) tem o intuito de caracterizar isoladamente o comportamento de cada uma das variáveis no conjunto das observações. Foram utilizados recursos proporcionados pela estatística descritiva, chamada de análise univariada, que possibilitaram caracterizar o que é típico no grupo, indicar a variabilidade dos indivíduos no grupo e verificar como os indivíduos se distribuem em relação a determinadas variáveis, a partir da utilização de medidas de frequência absoluta, frequência relativa e medidas de tendência central (média e desvio-padrão).

Em seguida utilizou-se a análise estatística inferencial para assim relacionar as variáveis e depois descrever a relação entre elas, utilizando o *software* IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20. No processamento dos dados foi aplicado o Teste Exato de Fischer para averiguar a associação significativa entre variáveis categóricas; e o Teste de Kruskal Wallis, para verificar a diferença significativa ao comparar a média da variável quantitativa com uma variável categórica. Foram considerados resultados estatisticamente significativos quando o *p-valor* foi inferior a 0,05.

3.7 Aspectos Éticos

O presente estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual disponibiliza os aspectos éticos a serem respeitados e seguidos quando há o envolvimento de seres humanos no desenvolvimento de uma pesquisa. A resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, equidade, dentre outros.

Esta resolução entende pesquisa com seres humanos aquela que sendo individual ou coletiva, envolva seres humanos, de forma direta ou indireta, envolvendo partes ou sua totalidade. Diante disso, considera o respeito devido à dignidade humana exigindo que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

Ainda levaram-se em consideração os preceitos da Resolução nº 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem, a qual aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que assegura uma assistência de Enfermagem livre de qualquer dano, além da responsabilidade profissional e a organização da mesma (COFEN, 2017).

O envelhecimento é um processo pertinente ao ciclo de vida, onde há mudanças que atingem vários aspectos, como físico, psicológico, emocionais e estruturais, várias são as consequências dessas mudanças. Na ausência de apoio nessa fase da vida, muitos idosos passam a se perceber como inúteis, sem perspectiva de futuro, tornando-os mais vulneráveis ao suicídio. Isso tem aumentado bruscamente o número de suicídio nessa faixa etária. A busca pela interpretação das mudanças dessa fase atentando para possíveis fatores de risco ao suicídio torna possível a possibilidade de intervenção e apoio a esta população.

Desse modo, quanto aos benefícios, esta pesquisa buscou trazer contribuições significativas à população idosa, tendo em vista que a análise dos possíveis fatores de riscos que estes estão expostos, pode facilitar a traçar estratégias e intervenções por parte dos profissionais da enfermagem, que de fato funcionem diante as situações de riscos. Em relação aos riscos, estes foram mínimos e não perpassaram a importância do estudo, ficando claro no momento da realização da pesquisa, de forma também a oportunizar o participante a esclarecer as dúvidas a respeito do questionário, considerando a Resolução nº 466/12 do CNS.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo discorre acerca da análise e discussão dos resultados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos de coleta de dados junto aos idosos participantes do estudo. A princípio será exibida a caracterização sociodemográfica, clínico-terapêutica e comportamental dos idosos, e em seguida a avaliação do risco de suicídio por meio do IRIS, instrumento de avaliação psicométrica do risco de suicídio. Os dados estão dispostos em tabelas para uma melhor compreensão dos resultados e discutidos à luz da literatura.

4.1 Caracterização sociodemográfica, clínico-terapêutica e comportamental

As variáveis utilizadas nos instrumentos de coleta de dados foram organizadas por categorias e distribuídas em seis tabelas para melhor análise e discussão dos resultados. As tabelas de número um, dois, três e quatro caracterizam o perfil sociodemográfico de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família no município de Cuité - PB, trazendo as seguintes variáveis: sexo, idade, cor/raça, estado civil e religião (Tabela 1); chefe da família e arranjo de moradia (Tabela 2); presença de cuidador e caracterização do cuidador (Tabela 3); e alfabetização funcional, renda individual, aposentadoria e pensão (Tabela 4).

A Tabela 5 representa a caracterização clínico-terapêutica de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, com as seguintes variáveis, percepção das necessidades básicas, assistência à saúde, uso diário de medicamentos e presença de doença crônica; a Tabela 6 apresenta dados referentes à caracterização comportamental, com as variáveis, tabagismo, consumo de álcool, prática de exercício físico e nível de estresse autorreferido.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB, 2018 (n = 81).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
<i>Sexo</i>	Masculino	20	24,7
	Feminino	61	75,3
<i>Idade</i>			
<i>Medidas descritivas</i>	<i>Média = 71,37</i>		
	<i>Desvio padrão = 8,244</i>	<i>Mínima = 60</i>	<i>Máxima = 91</i>
<i>Cor/Raça</i>	Branca	24	29,6
	Parda	48	59,3
	Preta	9	11,1

<i>Estado civil</i>	Solteiro	11	13,6
	Casado	34	42,0
	Divorciado	5	6,2
	Separado	4	4,9
	Viúvo	26	32,1
	União consensual	1	1,2
<i>Religião</i>	Nenhuma	3	3,7
	Católica	69	85,2
	Protestante/Evangélica	9	11,1
Total		81	100,0

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 1, dos 81 idosos entrevistados, a idade mínima foi de 60 anos e máxima de 91, com média equivalente a 71 anos, o que caracteriza a amostra como idosos jovens.

Por longos anos a população brasileira apresentou um contingente maior de jovens com um grande crescimento dessa população, atualmente com as mudanças que afetam o crescimento da população, como, baixo crescimento populacional aliado a menores taxas de natalidade e fecundidade, até o aumento da expectativa de vida pela melhora da qualidade de vida e desenvolvimento de novas tecnologias, está havendo um crescimento considerável das pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos. De forma que está havendo uma diluição da distribuição população por faixa etária, fato evidenciado na modificação da pirâmide demográfica (OLIVEIRA, 2013).

Atualmente os idosos representam 12% da população mundial, fato que ocorre devido ao processo de transição demográfica que vem sendo caracterizado pelo envelhecimento gradual das populações tipicamente jovens e adultas. Estima-se que esses números dupliquem-se até o ano de 2050, podendo chegar a triplicar em 2100. A longevidade que vem sendo observada pode ser considerada um fator de sucesso para a humanidade, onde esses anos que se entendem a mais para a população, permite o planejamento de um futuro que se baseie e tome como pilares a saúde, elemento que pode mudar a expectativa de vida (TAVARES et al., 2017).

Nesse sentido, Confortin (2017) afirma que o prolongamento da vida só pode ser considerado uma conquista ou fator de sucesso quando agrega qualidade aos anos adicionais de vida, principalmente para aqueles que apresentam algum grau de fragilidade ou incapacidade ou que necessite ainda de algum tipo de cuidado. Fato que irá interferir diretamente na perspectiva e prolongamento de vida dos idosos.

A Organização Mundial da Saúde traz uma ampla discussão quando relaciona a qualidade de vida aos domínios da saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com o meio que se vive. Dessa maneira, quando se relaciona a qualidade de vida com o envelhecimento percebe-se que este deve ser proativo, de maneira que utilize das mudanças para adaptar-se ao novo mundo que vem se criando, onde nem sempre o aumento da expectativa de vida vem acompanhado de uma vida ativa e saudável (INOUYE et al., 2017).

Segundo os mesmos autores, é nesse sentido que se ressalta a importância da independência dos idosos jovens, que diante o prolongamento e suas vidas, devem buscar participar mais ativamente da sociedade, mediante as suas necessidades que tendem a aumentar gradativamente junto ao processo de envelhecimento.

Contudo, vários são os fatores de riscos que o envelhecimento traz consigo, como exemplo a influência direta de perdas durante a vida, a presença de doenças graves e incapacitantes, problemas financeiros, desigualdade de gênero e crises vitais, diversas situações que geram sofrimento intenso. Esse sofrimento pode ser determinante para autoagressão, pois quando há a ligação de fatores de risco a um indivíduo que é potencialmente vulnerável, é possível que surja uma dor psíquica que atinge intensidade intolerável, a ponto de permear a ideia do suicídio (CAVALCANTI et al., 2015).

Em relação à variável sexo, 61 participantes são mulheres (75,3%) e 20 homens (24,7%). Com o processo de envelhecimento populacional, é perceptível que o número de idosas ultrapasse a quantidade de idosos do sexo masculino, existindo cerca de 70 milhões a mais de idosas. No Brasil, elas representam 55,8% da população de pessoas com 60 anos ou mais, fenômeno denominado "feminização da velhice", decorrente da maior longevidade das mulheres em relação aos homens (LIMA et al., 2016).

Segundo Dias (2013), faz-se necessário inicialmente conhecer as diferentes situações e realidades nas quais os idosos podem estar inseridos, para assim ser possível avaliar sua qualidade de vida. A população há um tempo vem assumindo novas características, e estas devem ser levadas em consideração antes de qualquer avaliação. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 2011, as mulheres assumem a maioria da população acima de 30 anos com cerca de 53,3% da população.

Tal fato pode ter influência de diversos fatores, dentre eles se destaca a ideia que as mulheres, historicamente nos últimos tempos, começaram a conquistar espaços e direitos. Este fato propiciou uma maior taxa de inserção no mercado de trabalho, com uma maior participação nas decisões familiares, garantindo-lhes benefícios que as tornaram mais

independente socialmente e financeiramente. Ademais, passaram a ressignificar suas vidas de modo que ampliaram suas experiências, buscando sempre mais informações e novos conhecimentos, o que influenciou diretamente nas suas relações interpessoais e no seu papel social (LIMA et al., 2016).

Mesmo diante de algumas conquistas, as mulheres também se tornaram vulneráveis a algumas situações, a exemplo, a maior susceptibilidade à tentativa e ideação suicida, mesmo diante do maior número de óbitos entre os homens. Tal fato pode ser associado a situações como o ambiente em que essas mulheres estão inseridas e a ligação com a escolha dos métodos que subsidiarão a tentativa de suicídio, que na maioria das vezes vão se encontrar em fácil acesso/aquisição, como a ingestão de medicamentos ou outras substâncias tóxicas (MAGALHÃES et al., 2014).

Em relação à variável cor/raça, 59,3% do total de idosos da amostra correspondem à cor parda, resultado que caracteriza a maioria da população do Curimataú paraibano. Segundo a última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 2011, no Brasil houve uma redução de população branca de 0,4 pontos percentuais e de 0,9 pontos percentuais da população parda, ao passo que a população preta aumentou em 1,4 pontos percentuais, em relação à ao ano de 2009. A região nordeste tem em sua maioria, 59,8% da população com cor/raça parda, o que vem a confirmar os resultados obtidos da pesquisa quanto à variável cor/raça (BRASIL, 2012).

Em relação ao estado civil, 42% se encontram casados e 32,1% viúvos, conjuntura relacionada aos aspectos culturais da sociedade, que por longos períodos manteve-se o padrão do casamento, como o resultado dos idosos entrevistados demonstra. Estudos afirmam que a relação conjugal representa uma grande importância para a saúde dos indivíduos, podendo ser mais saudáveis que os solteiros, porém, verifica-se também que o casamento pode ter consequências negativas para a saúde, principalmente, quando um ou ambos os cônjuges apresentam alguma insatisfação ou quando há dificuldade na resolução de conflitos (NEVES; DUARTE, 2015).

Situações de insatisfação conjugal podem levar ao desenvolvimento de quadros depressivos, o que se configura como um dos problemas de maior impacto ao sujeito, podendo levar a ideia do suicídio, principalmente quando associada a outros fatores do cotidiano como dinâmica familiar conturbada, relações afetivas fragilizadas, solidão, falta de sentido para vida, crises financeiras e ocorrência de eventos trágicos e de sofrimento ao longo da vida (SERVIO; CAVALVANTE, 2013).

A religião que predominou foi a católica com 85,2% das respostas, que por sua vez é a de maior prevalência na população residente do Brasil. A religião que o indivíduo segue/pratica pode influenciar diretamente no seu estilo de vida, pois fornece princípios que permeiam a socialização, organização da sociedade e indicações para a vida cotidiana, princípios estes que também se ligam às práticas e comportamentos sociais (RIBEIRO; COMIN, 2017).

Mencionada em alguns estudos como uma necessidade humana elementar, a espiritualidade permeia uma função profunda na vida das pessoas, podendo estar ligada com a promoção do bem estar, permeando conexões vitais com a fé, com seu interior e com a vida cotidiana comum, modulando experiências de grande significados nos eventos da vida (LAVORATO NETO et. al., 2018).

Segundo um estudo realizado por Minayo (2017), as crenças e a espiritualidade do indivíduo - principalmente do idoso - irá influenciar de forma positiva ou negativa na ideação do suicídio. Em algumas situações nota-se a utilização destes como proteção, havendo a invocação de Deus e apego a comunidade religiosa para superar as dificuldades e os pensamentos de morte. E outras situações, o intuito é pedir a força superior para que os tirem o mais rápido possível dessa via com intuito de amenizar a dor e o sofrimento.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB, 2018 (n = 81).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		f	%
<i>Chefe da família</i>	Próprio idoso	60	74,1
	Cônjuge	15	18,5
	Filho	3	3,7
	Outro familiar	2	2,5
	Não familiar	1	1,2
<i>Arranjo de moradia</i>	Sozinho	12	14,8
	Somente com o cônjuge	19	23,5
	Cônjuge e filhos	8	9,9
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	5	6,2
	Somente com filhos	14	17,3
	Arranjos trigeracionais	11	13,6
	Somente intrageracionais	1	1,2
	Somente com netos	3	3,7
	Outros	8	9,9
Total		81	100,0

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

No que se refere ao arranjo de moradia, 14,8% dos entrevistados afirmaram que vivem sozinhos, 17,3% moram somente com filhos e na maioria dos casos 23,5% tem como companhia o cônjuge. Nas diversas situações, o próprio idoso se considera o chefe financeiro da família, resultado este que pode ser sinal de maior autonomia e independência, assim como da responsabilidade deste diante de toda a família. Outra situação preocupante é a quantidade de idosos que vivem sozinhos.

Nesse sentido, destaca-se a autonomia do próprio idoso, componente primordial no processo do envelhecimento ativo e saudável. Quando se estimula a autonomia das pessoas idosas prioriza-se o direito à autodeterminação mantendo a sua dignidade e liberdade para suas escolhas, sendo de fundamental importância para um envelhecer saudável com melhores condições (MOREIRA, 2014). Mesmo diante da valorização da autonomia, torna-se necessário o olhar crítico diante das dificuldades que comprometem a funcionalidade do idoso. A incapacidade funcional refere-se à limitação e restrição da realização de certas atividades por parte do idoso, situação que resulta na necessidade de ajuda na prática das funções cotidianas básicas ou mais complexas (TAVARES et al., 2016).

O processo de envelhecimento é contínuo, irreversível e leva ao desgaste fisiológico do indivíduo, culminando em consequências psicológicas e sociais. Esses fatores associados a situações e riscos como desigualdade social, limitação de recursos financeiros, nível de informação deficiente, preconceito e a falta de respeito e de oportunidades, resulta em grande dificuldade para adaptação a essa fase (REIS et al., 2014; OMS, 2014). Mesmo diante de tantas dificuldades em diversos momentos, os idosos assumem o papel de chefe do domicílio. A pressão sobre o idoso que tem papel de chefe pode gerar grandes desconfortos, chegando a permear a ideação suicida, como fuga da realidade.

Além da grande responsabilidade em assumir o domicílio, ressalta-se ainda mais um ponto desagradável, a presença do abuso financeiro que é classificado como qualquer prática que vise à apropriação do patrimônio de uma pessoa, e é considerado um tipo de violência que tem grande ocorrência na velhice. O abuso financeiro pode levar à perda da autonomia do idoso, que passa a suprir as necessidades de outrem deixando as suas em segundo plano (SILVA; DIAS, 2016).

Tal fato pode levar a quadros depressivos que no idoso tem uma intensidade e consequências bem maiores, pois se associa a sintomas somáticos mais o sentimento de desesperança e pensamento sobre morte. Quanto maior o nível de estresse e cobrança a esse idoso, maior a tentativa e fuga da realidade e maior o risco de auto aniquilamento (CAVALCANTE et al., 2013).

É oportuno destacar que na maioria das situações, o cônjuge também era idoso, havendo potenciais limitações. Outra situação preocupante é a quantidade de idosos que vivem sozinhos.

Diante desses resultados faz-se necessário conhecer as diferentes situações e contextos familiares nos quais esses indivíduos estão inseridos. A convivência do idoso com a família pode gerar relações e trocas enriquecedoras, assim como também com a comunidade. No entanto, no contexto atual, com o grande número de separações, acaba a minimizar esse suporte ao idoso, além da redução dos sistemas informais que também dava suporte ao idoso, como parentes, vizinhos e/ou amigos (DIAS; CERVALHO; ARAÚJO, 2016).

Entretanto não se pode generalizar, pois, em outros contextos se observa relações tensas e complicadas envolvidas no espaço intrafamiliar, que quando atreladas a fatores sociais e situações e risco como o estigma da inutilidade gerado socialmente e a fragilidade do próprio envelhecimento, cria-se um ambiente propício para interações conflituosas e violentas, seja entre o próprio idoso e o cônjuge, entre o idoso e filhos e/ou outros familiares, ou até mesmo com o cuidador. Pessoas mais velhas sujeitadas ao abuso e negligência têm um risco de mortalidade maior do que aqueles que não são vítimas (SILVA; DIAS, 2016).

Segundo a literatura, o idoso que mora com filhos ou netos tem uma maior chance de sofrer algum tipo de violência. Aproximadamente um em cada dez idosos relata já ter sofrido algum tipo de maltrato em algum momento da vida, e que o agressor vivia com a vítima. Um aspecto que potencializa esses conflitos é que os idosos se tornam dependentes devido o avançar da idade ou pelo surgimento de alguma doença, problemas de esquecimento, confusão mental, alterações no sono, incontinência, dificuldades de locomoção ou comprometimento da capacidade funcional, gerando dificuldades e aumento na demanda de cuidado (BOLSONI et al., 2016).

Os idosos estão expostos a várias situações que levam a busca pela autoagressão. Dentre as principais causas estão os conflitos familiares, as situações que geram sofrimento emocional intenso, desigualdade de gênero, crises vitais, a influência de perdas e doenças terminais ou incapacitantes. Contudo não se pode afirmar que estas seriam as reais causas da autoagressão, mas como fatos que impactam diretamente na vida e bem-estar do idoso. Nesse sentido, percebe-se uma grave situação, pois, a tentativa de suicídio em idosos tem proporções bem acentuadas, onde se acredita que a proporção entre a tentativa e os suicídios efetivados é cerca de 2:1, tornando esse fenômeno ainda mais crítico (CAVALCANTI et al., 2015).

Ainda que a família seja considerada como uma forte opção para o suporte informal de cuidados aos idosos, apesar das situações de conflito, é preciso também destacar que não são

todos os idosos que tem o convívio com familiares, ou que sua família é muito carente não podendo abandonar o mercado de trabalho para assumir tal responsabilidade. São diversas as situações que acabam permitindo que o idoso viva sozinho ou apenas com o cônjuge (DIAS; CERVALHO; ARAÚJO, 2016).

O fato de viver sozinho pode influenciar diretamente no surgimento da solidão, considerada um sentimento de vazio e isolamento que pode se manifestar em todas as fases da vida, principalmente na velhice, e que também pode surgir mesmo que o idoso conviva com várias pessoas. São inúmeras as consequências atreladas a essa solidão, dentre elas estão a depressão, o comprometimento na qualidade de vida e até mesmo o suicídio (CAVALCANTI et al., 2016).

O ser solitário mostra história frequente e intensa de solidão, que pode ser vista enquanto estado psicológico momentâneo e em algumas vezes frequentes. A solidão na velhice pode se tornar ainda mais agravante, principalmente quando os idosos necessitam ser institucionalizados após terem vivido em família e receberem um suporte adequado de cuidados, quando surgem acontecimentos de vida que se traduzem em perdas ou quando sua capacidade de adaptação está diminuída (AZEREDO; AFONSO, 2016).

Ainda segundo os mesmos autores, a personalidade de cada idoso e o suporte social que este tem, bem como a maneira que estes direcionam suas vidas, pode influenciá-lo a sentir-se só, ou na maneira que traça estratégias de enfrentamento para lidar com a solidão e isolamento. Aqueles que não conseguem superar os sentimentos possuem uma maior tendência para a fragilidade, autoagressão ou mesmo para a morte.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB, 2018 (n = 81).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		f	%
<i>Presença de cuidador</i>	Sim	7	8,6
	Não	74	91,4
<i>Caracterização do cuidador</i>	Cônjuge e filhos	2	2,5
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	3	3,7
	Somente filhos	2	2,5
	Sem cuidador	74	91,4
Total		81	100,0

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Como pode ser observado na Tabela 3, a realidade encontrada no que refere à presença de cuidador é a seguinte: 74 (91,4%) dos idosos entrevistados responderam não possuir

cuidador, que as atividades diárias são realizadas por estes com ajuda de familiares ou cônjuge; e apenas 7 (8,6%) afirmaram possuir cuidador, sendo estes em sua maioria cônjuge, filhos, genro ou nora (3,7%). A inexistência de um cuidador pode denotar uma percepção positiva para o idoso quando se considera a sua capacidade para tomada de decisão e execução das atividades cotidianas. Sob outra dimensão, não ter cuidador pode estar relacionado à falta de recursos financeiros para custear o pagamento do profissional ou ausência/desinteresse de familiares em assumir tal responsabilidade.

À proporção que a pessoa envelhece, o corpo passa por limitações e alterações no funcionamento, suas capacidades físicas e mentais podem ser alteradas, provocando um grau de vulnerabilidade, interferindo diretamente nas atividades de vida diária (AVD's), o que leva em alguns dos casos à necessidade da presença de outrem para auxiliá-los (FHON et al., 2017). É diante essas necessidades que surgem os cuidadores de idosos, que na maioria das situações os próprios familiares assumem esse papel, e estes não tem preparo adequado para esse papel. Desse modo, como a assistência prestada ao idoso exige dedicação exclusiva e quase sempre integral, baseado nas suas necessidades. Tal fato pode levar à fragilização e/ou adoecimento do cuidador em decorrência da grande dependência e do alto nível de estresse e ansiedade por essa situação (GUTIERREZ; FERNANDES; MASCARENHAS, 2017).

Diante dessas situações podem vir a surgir os maus tratos ao idoso. Estudos revelam que a maioria das violências cometidas contra a pessoa idosa ocorre no domicílio do mesmo, partindo principalmente dos familiares que assumem o papel de cuidador. Outros fatores também contribuem para esses atos, como o uso de álcool e outras substâncias por parte do agressor, além da dependência financeira deste ao idoso. O cenário atual onde se encontram os idosos vítimas de maus-tratos aponta uma situação de invisibilidade, ou seja, não há reconhecimento social, político e pessoal do idoso como cidadão (IRIGARAY et al., 2016).

Ainda seguindo os autores anteriormente referenciados, a vivência de situações de maus-tratos podem trazer diversas consequências, como isolamento social e surgimento de sintomas depressivos, os quais podem ir se agravando. Quadros depressivos desenvolvidos pelos idosos que sofrem violência e que vivem em situações de fragilidade é umas das situações que levam o idoso a buscar o suicídio como uma opção e fuga da realidade.

A dependência de um cuidador por parte do idoso relaciona-se diretamente com a sua qualidade de vida, que pode ser compreendida como um conjunto harmonioso de satisfações que a pessoa obtém no seu cotidiano, levando-se em consideração tanto os aspectos físicos quanto o psicológico e o social. Quando existe a harmonia entre a qualidade de vida e a valorização da autonomia do idoso, anula-se a chance de desenvolver quadros depressivos,

minimiza-se a chance de dependência a outra pessoa, fazendo com que a presença de um cuidador se torna menos importante (MARTINS et al., 2016).

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB, 2018 (n = 81).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
<i>Alfabetização funcional</i>	Sim	41	50,6
	Não	40	49,4
<i>Renda individual</i>			
<i>Medidas descritivas</i>		<i>Média = 1.115,16</i>	
		<i>Desvio padrão = 584,39</i>	<i>Mínima = 0</i> <i>Máxima = 4.000,00</i>
<i>Aposentadoria</i>	Não	7	8,6
	Sim	74	91,4
Total		81	100,0

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Dos idosos participantes da pesquisa, 49,4% não sabem ler e escrever e 50,6% afirmaram saber, mesmo diante todas barreiras enfrentadas durante a vida, como foi explicado pela maioria durante a aplicação dos questionários. A renda média individual foi de R\$ 1.115,16 e 91,4% afirmaram que esta advém da aposentadoria.

Com o aumento do número de idosos há também o aumento dos problemas que os acompanham, por exemplo, os baixos níveis de escolaridade e de renda, que vem sendo característico desta população nos dias atuais. O acesso restrito à educação fez e ainda faz parte da história de vida da maioria da população brasileira, o que acaba por gerar poucas oportunidades sociais globais e aumentar a vulnerabilidade (FREITAS et al., 2018).

A vulnerabilidade pode ser definida como um estado de redução do indivíduo à sua capacidade de autodeterminação, o que gera dificuldades para este proteger seus próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos. Esta se envolve diretamente com a renda, acesso à educação e ao trabalho, a qualidade de moradia, entre outras condições para uma vida digna (SOUZA et al., 2015).

Segundo os mesmo autores referenciados anteriormente quando esta é associada a situações negativas da vida como o analfabetismo e baixa renda, pode potencializar e predispor a resultados negativos e processos disfuncionais de ordem física, social ou emocional. Isso afeta negativamente em aspectos de saúde, por torná-los mais susceptíveis a condições de doença, especialmente pela ligação com precárias condições de vida, ausência

de saneamento básico, dificuldade de acesso a serviços de atenção à saúde, bens de consumo, alimentação saudável e moradia adequada, o que gera maior desigualdade e iniquidade social que culminam na redução da qualidade de vida e dificuldades para o autocuidado.

A baixa renda per capita quando associada à baixa escolaridade, como foi perceptível em parte dos entrevistados, faz com que esses indivíduos sejam privados de uma assistência de saúde adequada, dificultando a compra de medicamentos ou pagamento de plano de saúde, repercutindo negativamente no desempenho funcional, visto que a renda é um dos elementos básicos para a preservação da autonomia e manutenção ou recuperação da saúde (FREITAS et al., 2018).

Essa grande problemática é mais uma das tantas que atingem o idoso e o torna mais vulnerável ao suicídio. Estudos confirmam que idosos acometidos por problemas de saúde não solucionados ou quando há alterações nos papéis sociais, tornam-se cada vez mais próximo das tentativas de suicídio, sobretudo quando há associação com outros problemas como o afastamento do trabalho por conta da aposentadoria ou adoecimento crônico, as dificuldades financeiras e os problemas de relacionamento ou de desempenho sexual, tornando-se cada vez mais potenciais motivadores para o comportamento suicida (CARMO, et al., 2018).

Tabela 5 - Caracterização clínico-terapêutica de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB, 2018 (n = 81).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
<i>Percepção das necessidades básicas</i>	Muito boa	3	3,7
	Boa	30	37,0
	Regular	46	56,8
	Ruim	2	2,5
<i>Assistência à saúde</i>	Sim	59	72,8
	Não	22	27,2
<i>Uso diário de medicamento</i>	Sim	57	70,4
	Não	24	29,6
<i>Presença de doença crônica</i>	Sim	53	65,4
	Não	28	34,6
Total		81	100,0

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

No tocante à caracterização clínico-terapêutica dos idosos, no quesito percepção das necessidades básicas, 56,8% classificaram estas como regulares e apenas 3,7% afirmaram ser

muito boa; 72,8% dos participantes afirmaram receber algum tipo de assistência à saúde, por mais simples que seja, e 27,2% responderam não receber nenhum tipo de suporte. De todos entrevistados, 70,4% fazem uso de uma ou mais medicações diariamente e 65,4% alegam a presença de algum tipo de doença crônica.

A saúde é um fator fundamental para garantir a autonomia e independência da pessoa idosa e principalmente para manter a continuidade e contribuições que estas permeiam à sociedade. No decorrer da idade os problemas de saúde se tornam mais presentes e evidentes, tornando na maioria das vezes a percepção de saúde mencionada de forma negativa, interferindo assim no bem-estar e qualidade de vida dos idosos (JEREZ-ROIG et al., 2016). Salienta-se que a qualidade de vida pode ser considerada como um indicador da adaptação da pessoa ao envelhecimento, permitindo que este aconteça com qualidade valorizando a autonomia e a independência dos indivíduos, possibilitando que estes possam continuar a participar ativamente da sociedade (CASTRO; AMORIM, 2016).

A percepção do indivíduo sobre suas necessidades básicas de vida e saúde está ligada diretamente a aspectos sociodemográficos, econômicos, culturais, psicológicos e ainda com a capacidade física. Portanto, o desequilíbrio entre esses fatores ou a fragilidade/desgaste de algum pode contribuir negativamente nessa construção da percepção e na própria saúde (JEREZ-ROIG et al., 2016). Nessa lógica, o envelhecimento é um processo pertencente ao ciclo vital, resultando sempre em mudanças. Quando não existe um suporte mínimo multidimensional, os idosos acabam a perceberem-se como inúteis sem nenhuma perspectiva para o futuro, conseqüentemente os tornando mais suscetíveis ao suicídio. Em decorrência a tais situações e o aumento exponencial do número de idosos, está havendo o aumento das taxas de suicídio, das ideações e das tentativas associadas ao avanço da idade (SILVA, 2015).

No que se concerne à assistência à saúde, foi perceptível que boa parte dos idosos recebe algum tipo de assistência à saúde por mais simples que seja, desde o acompanhamento médico/hospitalar aos cuidados ofertados pela atenção básica, apesar da realidade atual onde ainda existe uma parcela dessa população sem nenhum acompanhamento, mesmo diante toda cobertura proposta pelo governo para o idoso.

A cobertura assistencial em saúde propiciada ao idoso é mediada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e visa proporcionar um atendimento humanizado, com garantia de acessibilidade, de forma integral e continuada por meio de ações da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Deste modo, o Ministério da Saúde (MS) tem desenvolvido programas e reformas institucionais com o intuito de fortalecer o SUS, como o pacto pela Saúde, constituído por suas três dimensões (pacto pela vida, pacto pela gestão e

pacto em defesa do SUS). O Pacto pela Vida traz a atenção à saúde a pessoa idosa como um dos principais objetivos, e como meta prioritária, a implantação da Política Nacional de Saúde a Pessoa Idosa (PNPSI) portaria nº 2.528/2006 (TORRES; LUIZA; CAMPOS, 2018).

Segundo os mesmos autores, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se tornado um aliado à saúde do idoso, pois é um modelo de assistência que cadastra e acompanha este público, permitindo que estes possuam um vínculo com sistema de saúde. Existem ainda as estratégias em nível estadual, onde há as redes estaduais de saúde do idoso que visam assegurar o atendimento às necessidades e promover o envelhecimento saudável, de forma que o idoso consiga manter sua capacidade funcional (TORRES; LUIZA; CAMPOS, 2018).

Há também o Estatuto do idoso, que é um instrumento de efetivação dos seus direitos ampliando os conhecimentos na área do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa. Este reivindica a atuação de todos os sujeitos (família, sociedade e estado) no amparo e respeito ao idoso, estabelecendo direitos e punições ao descumprimento dos objetivos determinados. Juntamente com a PNSPI visa assegurar uma atenção à saúde de forma integral e em todos os níveis, por meio de serviços organizados e qualificados (PEREIRA; LACERDA; NATAL, 2017).

Mesmo que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tenha por objetivo recuperar, manter e promover a autonomia e a independência desses indivíduos, e além de todo suporte que é estabelecido pelo estado, o que se encontra no cenário atual é uma potencial fragilidade e fragmentação na atenção ao idoso, principalmente ao que se refere à operacionalização de políticas públicas voltadas a esta população que dialogue com o fenômeno do suicídio, o que tem aumentado cada vez mais o risco dessa problemática (SILVA et al., 2015).

A respeito do uso diário de medicações, foi perceptível que uma grande parcela da população idosa faz o uso de uma ou mais medicação diariamente, o que vem a confirmar o modelo biomédico prescritivo e até mesmo a automedicação. Além de que 65,4% afirmaram possuir alguma doença crônica, tal fato pode associar-se aos altos índices de medicalização.

Nos últimos tempos, com o envelhecimento da população e o aumento de mortes por doenças crônicas, observaram-se grandes mudanças no contexto epidemiológico e demográfico, no qual tem levado a maior busca e utilização de tratamentos farmacológicos de longa duração, isto é, maior uso de medicamentos e maior ocorrência da polifarmácia, que é o uso de múltiplos medicamentos simultaneamente. Essas situações são mais frequentes entre os idosos que apresentam maior prevalência de doenças crônicas e que utilizam mais os serviços de saúde (PEREIRA et al., 2016).

O uso de múltiplos medicamentos ou polifarmácia tem se tornado uma atitude comum e crescente na prática clínica, principalmente nas pessoas acima de 65 anos. Tal fato relaciona-se a vários fatores, como o aumento da expectativa de vida e o consequente aumento da multimorbidade, à maior disponibilidade de fármacos a população e o aumento de condições de saúde que levam a essa situação, como a hipertensão e o diabetes mellitus. Quando prescrita corretamente, a associação de fármacos pode curar, minimizar danos, aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida, contudo, quando são inadequadas podem ocasionar reações adversas e interações medicamentosas (NASCIMENTO et al., 2017).

O idoso apresenta um estado nutricional muitas vezes comprometido, com maior sensibilidade aos efeitos terapêuticos e adversos dos fármacos, assim como também há redução de eficácia terapêutica e risco aumentado de interações medicamentosas. Estudos têm evidenciado que na população idosa existe uma forte relação entre o uso de medicamentos potencialmente perigosos com desfechos desfavoráveis à saúde. A prática da automedicação juntamente com prescrição indiscriminada tem se tornado um problema de saúde pública, tendo em vista os efeitos nocivos que traz a saúde do indivíduo, como por exemplo o desenvolvimento de complicações como, delírio, sedação, hemorragias gastrointestinais, quedas, fraturas, além do grande número de hospitalização e também de morte (SANTOS et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2017).

O fácil acesso a medicação no que se concerne a automedicação traz à tona outra importante problemática, que são as tentativas de suicídio. Estudos revelam que entre os métodos de escolha para a autoagressão, um dos que mais se destacam são os medicamentos, e na maioria das vezes estes são os psicotrópicos, principalmente, os ansiolíticos e antidepressivos, que não são de prescrição exclusiva de psiquiatras, podendo ser encontrados e adquiridos mais facilmente. A OMS argumenta que, embora o medicamento seja o recurso terapêutico com melhor relação custo-efetividade, o seu uso inadequado torna-se um problema mundial, com consequências à saúde e à economia. Estudos nacionais têm mostrado que o estoque domiciliar de medicamentos favorece a automedicação e o acesso como meio para tentativas e suicídios, afetando principalmente indivíduos mais fragilizados, como os idosos (SANTOS et al., 2013).

As tentativas de suicídio por intoxicação voluntária a partir do uso de medicação, geralmente acontecem por meio do uso de mais de um tipo de substância química/medicamentosa, tendo em vista que o uso de várias substâncias associa-se a maior intensão suicida, uma vez que a maioria da população tem o conhecimento de que não se deve combinar o uso de vários medicamentos ou substâncias químicas (BERNARDES et al., 2017).

A respeito da presença de alguma doença crônica, 65,4% alegaram a presença de algum tipo. O envelhecimento pode propiciar o aparecimento de doenças crônicas, embora não se possa relacionar diretamente esse processo com as doenças crônicas e incapacidades, que são muito frequentes nos idosos. Dentre as doenças crônicas que acometem os idosos as principais estão relacionadas ao sistema cardiovascular, como a hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, aumento da glicemia resultando em diabetes mellitus e câncer. Contudo, atualmente verifica-se uma maior frequência no aparecimento de múltiplas doenças crônicas no mesmo indivíduo, o que confirma a multimorbidade entre os idosos (CAVALCANTI et al., 2017).

Assim como os estudos revelam que as principais doenças crônicas nos idosos são relacionadas ao sistema cardiovascular, os dados adquiridos na pesquisa também corroboram estes resultados. Dentre as principais doenças citadas pelos entrevistados estavam a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, além dos problemas ósseos como, osteoporose, artrite e artrose. Destaca-se que doenças crônicas incapacitantes ou dolorosas, na maioria das situações levam também ao sofrimento psíquico, elementos que são fortemente influenciadores na ideação suicida, pois nessas situações há a presença de dor e o sofrimento intenso, predispondo ao sofrimento psíquico e a desacreditação de si mesmo. (CAVALCANTE; MINAYO, 2015).

Tabela 6 - Caracterização comportamental de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB, 2018 (n = 81).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
Tabagismo	Sim	14	17,3
	Não	67	82,7
Consumo de álcool	Sim	4	4,9
	Não	77	95,1
Prática de exercício físico	Sim	26	32,1
	Não	55	67,9
Nível de estresse autorreferido			
<i>Medidas descritivas</i>		<i>Média = 3,44</i>	
		<i>Desvio padrão = 2,71</i>	<i>Mínima = 0 Máxima = 10</i>
Total		81	100,0

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Na caracterização comportamental dos idosos participantes da pesquisa, 82,7% não fazem o uso do tabaco e 95,1% não consomem álcool, resultados bem positivos, apesar da

maioria ter afirmado consumir álcool ou tabaco durante períodos da vida. Contudo, 67,9% destes não realizam nenhum tipo de atividade física, resultado que pode estar ligado às limitações advindas do avançar da idade ou do próprio sedentarismo. Quanto ao nível de estresse, a média foi de 3,44, resultado excelente ao considerar as dificuldades encontradas no dia-a-dia destes.

O cenário atual traz consigo um aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis, justamente pelo fato de estar havendo mudanças nos padrões de comportamento da população, dentre os quais se destacam a inatividade física, o consumo abusivo de álcool e tabagismo. A exposição ao tabaco é responsável por cerca de 6 milhões de mortes mundialmente, enquanto a inatividade física é responsável por cerca de 5 milhões por ano e o álcool responsável por cerca de 2,3 milhões de óbitos anuais (CRUZ et al., 2017).

O tabagismo é considerado uma epidemia que foi construída por um comércio cheio de estratégias para aumentar o consumo dos produtos. É o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de doenças não transmissíveis modificáveis, além de representar a causa de morte prematura mais previsível, sendo assim considerado um problema de saúde pública. Devido ao grande número de substâncias tóxicas aumenta os riscos de desenvolver doenças como o câncer de pulmão que se relaciona a fatores que levam a perdas da capacidade funcional, neoplasias no esôfago, laringe, faringe, língua, glândulas salivares, lábios, boca, bexiga, no colo uterino, na mama, pâncreas e intestino (ARAÚJO; GOMES; FILHO, 2017).

Segundo os autores supracitados, o tabagismo se representa como um importante acelerador do processo de envelhecimento, prejudicando diretamente na expectativa de vida assim como também na qualidade vida. Quanto maior a idade, maiores os prejuízos à saúde, pois o tabaco com seu efeito acelerador do processo de envelhecimento quando associados mais os próprios danos do envelhecimento, causa danos irreparáveis.

A bebida que contém álcool é consumida em elevados níveis em todo mundo, entretanto pode levar à dependência. O consumo de álcool pode levar a diversos problemas, pois o uso nocivo desse pode ser classificado como um dos cinco principais fatores de risco para doenças, incapacidades e morte, também sendo considerado o fator causal em mais de 200 doenças e danos à saúde (SILVA et al., 2018).

Os fatores que podem predispor o suicídio são bastante complexos e vão além do acontecimento de situações simples e recentes. Estudos atuais revelam que o suicídio está relacionado a eventos complexos, e acredita-se que na maioria dos casos exista algum transtorno mental envolvido. A junção de algum transtorno mental com outros fatores de risco tende a aumentar risco da autoagressão, como é mostrado em alguns estudos sobre o suicídio

que trazem a associação desses fatores, como a depressão e o alcoolismo, que juntos aumentam as chances da consumação do suicídio (BOTEGA, 2014).

Com relação à prática de exercícios físicos, 67,9% dos idosos afirmaram não realizar nenhum tipo, cenário desenhado especialmente pelas limitações físicas/cognitivas advindas do processo de envelhecimento ou pelo próprio sedentarismo. É oportuno destacar que o envelhecimento do corpo contribui para a diminuição das reservas fisiológicas que fazem a manutenção do corpo, proporcionando o comprometimento da massa óssea, da elasticidade, de força muscular e a infiltração gordurosa nos tecidos, entre outras, reduzindo a capacidade de realizar funções normais e podendo levar ao surgimento de incapacidades ou doenças. É possível que haja o comprometimento na realização de atividades da vida diária (AVD), bem como, eventualmente, ocasionar dependência e institucionalização, influenciar na auto percepção de saúde e qualidade de vida (MELO et al., 2017).

Durante o processo de envelhecimento se vive diversas situações desvitalizantes, desde o desgaste físico até o psicológico, que propiciam o comprometimento da saúde mental do indivíduo. Tais situações assinalam para o sofrimento psíquico, que muitas vezes se revela como fator desencadeante para a ocorrência de pensamentos suicidas e/ou a execução do ato. Acredita-se que na ocorrência de suicídios na população idosa, dois terços destes estão relacionados à depressão. Hoje se destaca um grande número de mortes nessa população por suicídio, tornando-se um problema de saúde pública mundial (SANTOS et al., 2017).

4.2 Avaliação do risco de suicídio em idosos

Como exibido no Gráfico 1, 19 (23,5%) apresentam risco reduzido para o suicídio, 59 (72,8%) possuem risco intermediário e 3 (3,7%) risco elevado.

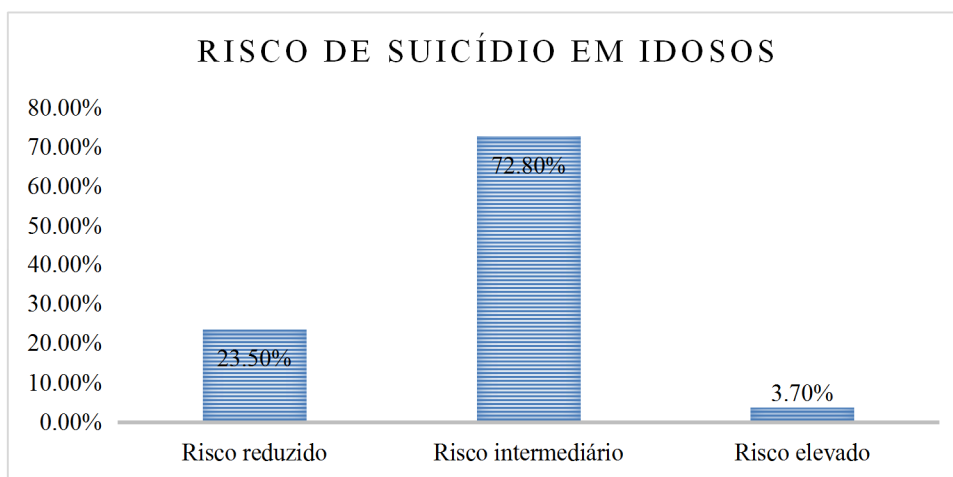


Gráfico 1 - Caracterização do risco de suicídio em idosos. Cuité - PB, 2018 (n=81).

Os resultados obtidos através do IRIS trazem um dado alarmante, 72,8% dos entrevistados apresentam um risco intermediário para o suicídio, situação preocupante de extrema relevância, tendo em vista que este instrumento traz questões como: isolamento, perdas marcantes, doença física, abuso de álcool ou substâncias, história de suicídio na família entre outros problemas. Ademais, uma pequena, mas não menos importante percentagem de 3,7% apresenta risco elevado para o suicídio.

Esses dados confirmam que os idosos residentes do município de Cuité estão vivenciando situações de vulnerabilidade tendenciosas ao suicídio. Essa realidade prejudica diretamente a qualidade de vida destes.

4.3 Risco de suicídio em idosos e fatores associados

Diversos fatores e situações podem estar envolvidas no estímulo da ideação suicida, deste moto, com o intuito de compreender o desenvolver desta problemática buscou-se analisar algumas variáveis, de maneira a compreender a influência e repercussão destas na vida do idoso e de que forma podem influenciar em um possível suicídio.

Tabela 7 – Comparação entre o risco de suicídio em idosos e o conjunto de variáveis sociodemográficas. Cuité – PB, 2018 (n = 81).

Variáveis sociodemográficas	Risco de suicídio em idosos			Sig. p-valor
	Risco reduzido	Risco intermediário	Risco elevado	
<i>Idade</i>	35,50 ^a	42,75 ^a	41,33 ^a	0,504*
<i>Sexo</i>				
Masculino	02	18	0	0,143**
Feminino	17	41	03	
<i>Cor da pele</i>				
Branca	08	15	01	0,155**
Parda	11	35	02	
Preta	0	09	0	
<i>Arranjo familiar</i>				
Sozinho	02	08	02	0,389**
Somente com o cônjuge	02	16	01	
Cônjuge e filhos	04	04	0	
Cônjuge, filhos, genro ou nora	01	04	0	
Somente filhos	03	11	0	
Arranjos trigeracionais	02	09	0	
Arranjos intrageracionais	01	0	0	
Somente netos	01	02	0	
Outros	03	05	0	

<i>Presença de cuidador</i>				
Sim	03	04	0	0,508**
Não	16	55	03	
<i>Religião</i>				
Nenhuma	0	03	0	0,375**
Católica	16	51	02	
Evangélica	03	05	01	
<i>Renda</i>	33,89 ^a	43,45 ^a	37,83 ^a	0,265*

^a. Média dos postos (Mean Rank). * Teste de Kruskal-Wallis. ** Teste Exato de Fisher.

Quando realizados os testes de comparação estatística entre o risco de suicídio em idosos e o conjunto de variáveis sociodemográficas, não foi observada significância estatística.

Tabela 8 – Comparação entre o risco de suicídio em idosos e o conjunto de variáveis clínico-comportamentais. Cuité – PB, 2018 (n = 81).

Variáveis sociodemográficas	Risco de suicídio em idosos			Sig. p-valor
	Risco reduzido	Risco intermediário	Risco Elevado	
<i>Avaliação das necessidades básicas</i>				
Muito boa	01	02	0	0,726**
Boa	07	23	0	
Regular	11	32	3	
Ruim	0	02	0	
<i>Assistência à saúde</i>				
Sim	17	39	03	0,084**
Não	02	20	0	
<i>Uso de medicação</i>				
Sim	13	41	03	0,804**
Não	06	18	0	
<i>Doenças crônicas</i>				
Sim	12	38	03	0,669**
Não	07	21	0	
<i>Tabagismo</i>				
Sim	0	14	0	0,036**
Não	19	45	03	
<i>Consumo de bebida alcoólica</i>				
Sim	0	04	0	0,629**
Não	19	55	03	
<i>Prática de exercício físico</i>				
Sim	07	19	0	0,660**
Não	12	40	03	
Estresse Autorreferido	48,97 ^a	37,26 ^a	64,00 ^a	0,035*

^a. Média dos postos (Mean Rank). * Teste de Kruskal-Wallis. ** Teste Exato de Fisher.

Quando testada a comparação entre o risco de suicídio e as variáveis clínico-comportamentais, observou-se que houve uma associação significativa entre o tabagismo e o risco intermediário de suicídio, além da diferença significativa do estresse com o risco elevado de suicídio. Estes resultados possuem implicações e repercussões negativas na vida e bem-estar do indivíduo, que na dimensão biopsicológica já é fragilizado.

Considerado as doenças crônicas como uma das principais causas de morte evitáveis no mundo, o tabagismo, corresponde a um grave problema de saúde pública, representando acentuado fator de risco para câncer, doenças cardiovasculares, respiratórias, e uma variedade de outros problemas, como a dependência que as substâncias presentes no cigarro causam ao organismo (LIMA et al., 2017).

A prevalência do tabagismo entre os idosos é menor quando comparado aos adultos, tendo em vista o grande número de óbitos precoce dos tabagistas, da cessação do consumo deste diante o surgimento de doenças e da opção de aderir comportamentos mais saudáveis. Contudo, o número de idosos tabagistas tende a aumentar juntamente com o envelhecimento da população. A carga tabagista assim como o grau de dependência de nicotina são situações que estão relacionadas à pior qualidade de vida entre os fumantes, principalmente no que se refere aos aspectos de vitalidade, aspecto geral de saúde e capacidade funcional (LIMA et al., 2017; BARBOSA et al., 2018).

Ainda segundo os autores supracitados, os efeitos prejudiciais do tabagismo resultam na diminuição na expectativa de vida. Além disso, afirmam que o hábito de fumar está particularmente associado à o consumo de bebidas alcoólicas, e essa junção de exposição a mais fatores de risco que induzem a consideráveis alterações na capacidade cognitiva, resultando em sofrimento pessoal, familiar e alto custo social.

A nicotina é uma droga estimulante do sistema nervoso que é capaz de induzir o cérebro a liberar diferentes neurotransmissores, como a beta-endorfina e a norepinefrina que são capazes de proporcionar ao fumante uma sensação de bem-estar. Deste modo, acredita-se que o ato de fumar pode afastar momentaneamente alguma situação estressante, atenuando os sintomas de abstinência e tranquilizando o indivíduo. É nesse sentido que os autores abordam a comorbidade psiquiátrica associada ao uso de substâncias psicoativas, ou seja, a presença concomitante de transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas em um mesmo indivíduo (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

A abstinência causada pelo uso constante do tabaco se constitui em um fator de risco para a manutenção ou desenvolvimento de quadros depressivos, tendo em vista os efeitos da nicotina no sistema nervoso central, que afetam circuitos neurais, tais como mecanismos

reforçadores associados à regulação de humor. A depressão é a doença psiquiátrica mais comumente associada a dependência de nicotina e um dos fatores potencialmente relacionados ao risco da autoagressão, configurando-se um forte preditor ao suicídio (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

É oportuno destacar que resultados de pesquisas trazem a associação entre a intensa dependência do tabaco e o alto risco de suicídio. Essa relação vem sendo estabelecida e fortalecida a partir dos estudos de coorte como o realizado pelos autores referenciados que identificaram o uso de tabaco e sua elevada dependência como fortes fatores de risco para comportamentos suicidas. É neste sentido que encontraram-se evidências de efeito dose-resposta, de maneira que quanto maior o número de cigarros fumados por dia, maior o risco de suicídio, contudo, há diminuição desse risco com a cessação do ato de fumar. Essa relação é explicada a partir da ação dos neurotransmissores, que em suma, acredita-se que o tabaco ao diminuir a atividade da enzima monoaminaoxidase (MAO-A e MAO-B), contribui para o aumento do comportamento impulsivo, um dos fatores que predispõe o indivíduo às tentativas de suicídio (OLIVEIRA; SANTOS; FUREGATO, 2017).

Os transtornos mentais estão associados com cerca de 90% dos casos de suicídio, sendo os principais aqueles que são relacionados a transtorno do humor, a exemplo das situações que tendem a alterar o estado psicológico do indivíduo, desencadeados por algum evento estressor, como história de violência física/sexual, negligência, rejeição e luto, contudo, os eventos mais comuns são a existência de graves conflitos relacionais e perdas interpessoais significativas. O tabagismo, nessa lógica, é um hábito que traz grandes riscos à saúde e que pode estar diretamente ligado a outros indicadores de saúde mental e a transtornos mentais. Quando associado a fatores ou eventos estressantes que acometem o indivíduo, aumenta a chance de elevar seu consumo e probabilidade de dependência a suas substâncias, aumentando ainda mais os riscos e eventos maléficos que este traz, por exemplo a maior chance de autoagressão (CARVALHO et al., 2011).

Eventos que levam ou agravam o estresse psicossocial possuem uma forte influência no desenvolvimento de quadros depressivos, os quais tem um maior impacto quando acometem o idoso. Situações como perdas da habilidade física, aparência, papel social, morte de outros, segurança financeira, que no adulto pode ser apenas uma situação de fácil resolução, para o idoso significa uma situação de grande estresse e difícil aceitação. A depressão na velhice é um fator preditivo à ideação suicida, pois estes sentem a necessidade de resolver ou por fim a uma situação intolerável, a sentimentos de desesperança ou às incapacidades sentidas de fazer as coisas de forma melhor (CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo contínuo e irreversível, que ao longo do decorrer da vida gera mudanças e implicações fisiológicas no organismo do indivíduo, que por vezes resultam em consequências psicológicas e sociais diversas. Quando se associa a fatores desfavoráveis à saúde, como, desigualdade social, limitação de recursos financeiros, nível de informação deficiente, preconceito e a falta de respeito e de oportunidades, transforma-se em um processo com empecilhos para um envelhecer saudável.

O enfrentamento do envelhecimento e suas consequências pode ser um processo complexo que gera um sofrimento emocional intenso, que pode resultar em uma dor psíquica que atinge intensidade intolerável, a ponto de permear a ideia suicida. A incidência de suicídio e tentativa de suicídio entre os idosos tem aumentado nos últimos anos, situação que necessita de investigação para compreender esse fenômeno e que fatores podem estar associados.

Conforme observado nos resultados, mais de 70% dos entrevistados apresentaram risco intermediário para o suicídio, dado preocupante tendo em vista que o idoso tem o direito garantido pelo estado de manter uma velhice saudável livre de riscos. Dentre os dados clínico-comportamentais, observou-se que houve uma associação significativa entre o tabagismo e o risco intermediário de suicídio, e do estresse ao risco elevado de suicídio, resultados que confirmam as implicações e repercussões negativas na vida e bem-estar dos idosos residentes de Cuité, que fisiologicamente já são fragilizados e convivem diariamente com situações de risco a saúde.

Mesmo que os resultados da pesquisa confirmem uma realidade repleta de problemas e dificuldades sociais que a população idosa enfrenta, espera-se que este estudo possa contribuir positivamente na construção de novas estratégias e na reformulação da assistência prestada ao idoso, que atualmente encontra-se fragmentada e fragilizada, de maneira que o Estado, a família e a sociedade consigam ofertar suporte mais amplo e digno à população.

Os profissionais de Enfermagem, assim como todos aqueles que compõem a equipe de saúde, devem vislumbrar esses resultados e por meio destes traçar novas estratégias e planos que minimizem os efeitos de um envelhecimento acompanhado de riscos psicossociais. Estas estratégias devem contemplar situações pouco abordadas como a valorização da saúde mental, minimização dos efeitos de fatores de risco no envelhecimento, efeitos da solidão e perda, complicações e desenvolvimento de depressão na velhice.

Deste modo, o objetivo da pesquisa foi atingido, uma vez que foi possível investigar o nível do risco dos idosos do município de Cuité - PB cometerem suicídio, além de avaliar os principais fatores clínico-comportamentais que se associavam a esse fato. Apesar dos resultados, limitações foram encontradas, a exemplo da resistência da população para participação na pesquisa, por receio da origem da pesquisa e por se tratar de um assunto pouco discutido.

REFERÊNCIAS

AZEREDO, Z. A. S.; NETO AFONSO, M. A.; Solidão na perspectiva do idoso. **Revista Brasileira de geriatria e gerontologia**. v. 19, n. 2, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000200313&lang=pt. Acesso em: 19 de maio 2018.

ALVES, et al. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Cad. Saúde Coletiva**, 2016.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2016nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010272.pdf>. Acesso em: 17 de jun. 2017.

BARBOSA, M. B. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 125-135, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n2/pt_1809-9823-rbgg-21-02-00123.pdf. Acesso em: 22 de junho 2018.

BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 7, p. 1366-1372, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000700015&lang=pt. Acesso em: 28 de maio 2018.

BOLSONI, C. C, et al. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 4, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400671&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 de maio 2018.

BOTEGA, N. J. et al. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lang=pt. Acesso em: 28 de maio 2018.

BRASIL. Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção. 2016. Disponível em:

http://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf. Acesso em: Acesso em: 24 de jun. 2017.

BRASIL. COFEN. Resolução nº 0564 de 2017. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 02 de jul. 2018.

BRASIL. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2011. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv61566.pdf>>.

Acesso em: 10 de abril 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 22 de jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 24 de jun. 2017.

BRASIL. Relatórios da População. IBGE. 2001. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/11122001onu.shtm>> Acesso em: 17 de jun. 2017.

CALHEIROS, P. R. V.; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. **Revista Aletheia**, n. 23, p. 65-74, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n23/n23a07.pdf>. Acesso em: 22 de junho 2018.

CASTRO, M.; AMORIM, I. Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. SPE3, p. 39-44, 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000200007&lang=pt. Acesso em: 10 de abril 2018.

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Comportamento suicida entre dependentes químicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 389-96. 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2670/267045808024/>. Acesso em: 24 de jun. 2017.

CARVALHO, P. D. et al. Condutas de risco à saúde e indicadores de estresse psicossocial em adolescentes estudantes do Ensino Médio. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p.2095-2105, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/03.pdf>. Acesso em: 22 de junho 2018.

CARVALHO, I. L. N. et al. A intoxicação por psicofármacos com motivação suicida: uma caracterização em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n.1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n1/pt_1809-9823-rbgg-20-01-00129.pdf. Acesso em: 1 de jul. 2017.

CAVALCANTI, K. F. et al. O olhar da pessoa idosa sobre a solidão. **Av. Enfermagem**, v. 34, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000300006&lang=pt. Acesso em: 19 de maio 2018.

CAVALCANTE, F. G.; DE SOUZA MINAYO, M. C. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, v. 20,

n. 6, 2015. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601655&lang=pt#. Acesso em: 28 de maio 2018.

CAVALCANTE, F. G. et al. Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideações suicidas de pessoas idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601667&lang=pt. Acesso em: 1 de jul. 2017.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000023&lang=pt. Acesso em: 1 de ju. 2017.

CAVALCANTI, G. et al. Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 5, p. 635-643, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000500634&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 de maio 2018.

CONFORTIN, S. C. et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultado do estudo de coorte. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n.2, p. 305-317. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200305&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 17 de jun. 2017.

CONTE, M. et al. Encontros ou Desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção Integral em Porto Alegre/RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1741-1749, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601741&lang=pt. Acesso em: 1 de jul. 2017.

CRUZ, M. F. et al. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000205014&lang=pt. Acesso em: 28 de maio 2018.

DIAS, D. S. G.; CARVALHO, C. S.; ARAÚJO, C. V. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 16, 2013. . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100013&lang=pt Acesso em: 10 de abril 2018.

FERREIRA, C. L. B.; GABARRA, L. M. Pacientes em Risco de Suicídio: Avaliação da Ideação Suicida e o Atendimento Psicológico. **Cient Ciência Biologia e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113-22, 2014. Disponível em:

<http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/503>. Acesso em: 25 de jun. 2017.

FHON, J. R. S. et al. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. **Avances em Enfermería**, v. 34, n. 3, p. 251-258, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000300005&lang=pt. Acesso em: 10 de abril 2018.

FONTELLAS, M. J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009. 2009.

Disponível em: https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf. Acesso em: 22 de jul. 2017.

FREITAS, F. F. Q. et al. Análise temporal do estado funcional de idosos do estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800905&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 de maio 2018.

GONDIN, A. P. S. Tentativas de Suicídio por exposição a agentes tóxicos registradas em um Centro de Informação e Assistência Toxicológica em Fortaleza, Ceará, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 1, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000100109&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: Acesso em: 24 de jun. 2017.

GONZALES, L. M. B.; SEIDL, E. M. F. O envelhecimento na perspectiva de homens idosos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 21, n. 50, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2011000300007&lang=pt. Acesso em: 1 de jul. 2017.

GUTIERREZ, L. L. P.; FERNANDES, N. R. M.; MASCARENHAS, M. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 885-898, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300885&lang=pt. Acesso em: 28 de maio 2018.

INOUE, K. et al. Efeito da Universidade Aberta à Terceira Idade sobre a qualidade de vida do idoso. **Revista Educação e Pesquisa**, v. 44, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022018000100300&lang=pt Acesso em: 10 de abril 2018.

IRIGARAY, T. Q. et al. Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. **Estudo e psicologia. (Campinas)**, v. 33, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000300543&lang=pt. Acesso em: 19 de maio 2018.

JEREZ-ROIG, J. et al. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Rev. Ciência saúde coletiva**, v. 21, n. 11, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103367&lang=pt. Acesso em: 28 de maio 2018.

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000400404&lang=pt. Acesso em: 17 de jun. 2017.

LAVORATO-NETO, G. et al. O espírito solto: significados de espiritualidade por equipe de enfermagem em psiquiatria. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v. 71, n. 2, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200280&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 de abril 2018.

LIMA, I. F. et al. Fatores associados à independência funcional de mulheres idosas no município de Cuiabá/MT. **Rev. brasileira geriatria e gerontologia**. v. 19, n. 5, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000500827&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 de abril 2018.

LIMA, M. B.P. et al., Qualidade de vida de tabagistas e sua correlação com a carga tabagística. **Fisioterapia e Pesquisa**. v. 24, n. 3, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502017000300273&lang=pt. Acesso em: 22 de junho 2018.

LUZ, V. B.; GHIRINGHELLI, R.; IÓRIO, M. C. M. Restrições de participação e estado mental: estudo em novos usuários de próteses auditivas. **Audiol Commun Res**. v. 23, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acr/v23/2317-6431-acr-2317-6431-2017-1884.pdf>. Acesso em: 22 de junho 2018.

MAGALHÃES, A. P. N. de et al. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n1/047-2085-jbpsiq-63-1-0016.pdf>. Acesso em: Acesso em: 24 de jun. 2017.

MARCHI NETTO, F. L. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. **Pensar a prática**, v. 7, n. 1, p. 75-84, 2004. Disponível

em: <https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/67/2956?journal=fef>. Acesso em: 17 de jun. 2017.

MARTINS, A. M. E. B. L. Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. **Ciência saúde coletiva**, v. 21, n. 11, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016001103387&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 de jun. 2017.

MEDEIROS, D. V. et al. A percepção do idoso sobre a velhice. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 10, p. 3851-3859, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11452>. Acesso em: 17 de jun. 2017.

MELO, A. C. F. et al. Prevalência de doenças musculoesqueléticas autorreferidas segundo variáveis demográficas e de saúde: estudo transversal de idosos de Goiânia/GO. **Cadernos saúde coletiva**, v. 25, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000200138&lang=pt. Acesso em: 28 de maio 2018.

MINAYO, M. C. S.; FIGUEIREDO, A. E. B.; MANGAS, R. M. N. O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 981-1002, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000400981&lang=pt. Acesso em: 10 de abril 2018.

MORAES, E. N.; DE MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Medicina Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf. Acesso em: 17 de jun. 2017.

MORAES, S. M. et al. Atitudes relacionadas ao suicídio entre graduandos de enfermagem e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 643-649, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307050383007.pdf>. Acesso em: 24 de jun. 2017.

MORALES, S. et al. Intento e Ideacion Suicida em Consultantes a Salud Mental: Estilos Depressivos, Malestar Interpersonal y Satisfaccion Familiar. **Psykhe (Santiago)**, v. 26, n. 1, p.1-14, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/967/96751112006.pdf>. Acesso em: 24 de jun. 2017.

MOREIRA, M. R.; TEIXEIRA, R. M.; NOVAES, K. O. Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 201-217, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20492/15132>. Acesso em: 10 de abril 2018.

NASCIMENTO, R. C. R. M. et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300315&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 de maio 2018.

NEVES, A.; DUARTE, C. Sintomas depressivos, resolução de conflitos e satisfação conjugal em indivíduos num relacionamento. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 16, n. 3, p. 331-344, 2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000300005&lang=pt. Acesso em: 10 de abril 2018.

NUNES, J. D. et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 295-304, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2013000400880&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 25 de jun. 2017.

OLIVEIRA, A. A. V. D.; TRIGUEIRO, D. R. S. G.; FERNANDES, M. D. G. M.; SILVA, A. O. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v.1, n. 66, p.128-33, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a20.pdf>. Acesso em: 25 de jun. 2017.

OLIVEIRA, R. M.; SANTOS, J. L. F.; FUREGATO, A. R. F. Dependência do tabaco entre a população psiquiátrica e a população geral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281449566133.pdf>. Acesso em: 22 de junho 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção do Suicídio: um imperativo global, 2016. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf. Acesso em: 24 de jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 17 de jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Fundo de População das Nações Unidas - Relatório sobre a situação da população mundial 2011. UNFPA, 2011. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/caderno_populacao6.pdf. Acesso em: 1 de jul. 2017.

PEREIRA, K. C. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, 2017. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000505004&lang=pt#. Acesso em: 28 de maio 2018.

REIS, C. S.; NORONHA, K.; WAJNMAN, S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 33, n. 3, p. 591-612, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982016000300591&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 17 de jun. 2017.

REIS, L. A. D.; GOMES, N. P.; REIS, L. A. D.; MENEZES, T. M. D. O.; CARNEIRO, J. B. Expressão da violência intrafamiliar contra idosos. **Acta Paul Enfermagem**, v. 5, n.27, p.434-9, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500008&lang=pt. Acesso em: 17 de jun. 2017.

RIBEIRO, D. B. et al. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/54896>. Acesso em: Acesso em: 24 de jun. 2017.

RIBEIRO, L. M.; COMIN, F. S. Relações entre Religiosidade e homossexualidade em jovens adultos Religiosos. **Psicologia e Sociedade**, v. 29, p. 1-11, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100235&lang=pt. Acesso em: 10 de abril 2018.

ROSA, N. M. et, al. Tentativas de suicídio na atenção pré-hospitalar. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852016000300231&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: Acesso em: 24 de jun. 2017.

SANTA, N. D.; CANTILINO, A. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000400772&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: Acesso em: 24 de jun. 2017.

SANTOS, E. G. O. et al. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. **Rev. brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 20, n. 6, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000600845&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 de maio 2018.

SANTOS, H. G. B. et al. Fatores associados à presença de ideação suicida entre universitários. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100332&lang=pt. Acesso em: 24 de jun. 2017.

SANTOS, S. A. et al. Suicídios e tentativas de suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-2008. **Rev Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, p. 376-387, 2013. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100013&lang=pt. Acesso em: 28 de maio 2018.

SANTOS, T. R. A. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 47, n. 1, p. 94-103, 2012. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100013&lang=pt. Acesso em: 28 de maio 2018.

SÉRVIO, S. M. T.; CAVALCANTE, A. C. S. Retratos de autópsias Psicossociais sobre suicídio de idosos em Teresina. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 33, n. spe, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000500016&lang=pt. Acesso em: 1 de jul. 2017.

SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. Violência contra idosos na Família: Motivações, sentimentos e Necessidade do Agressor. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.36, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000300637&lang=pt. Acesso em: 1 de jul. 2017.

SILVA, D. R. et al. Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. **Jornal brasileiro de Pneumologia**. v. 44, n. 2, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132018000200145&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 de maio 2018.

SILVA, R. M. et al. Influencias dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosos. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 20, n. 6, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601703&lang=pt. Acesso em: 1 jul. 2017.

SOUSA, G. S. et al. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 49, p. 389-402, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832014000200389&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 25 de jun. 2017

SOUZA, R. A. et al. Vulnerabilidade de famílias de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200244&lang=pt. Acesso em: 28 de maio 2018.

TAVARES, D. M. S, et al., 2016. Incapacidade funcional e fatores associados em idosos urbanos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 18, n. 5, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372016000500499&lang=pt. Acesso em: 19 de maio 2018.

TAVARES, R. E. et al. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Rev. brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 20, n. 6, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000600878&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 de abril 2018.

TORRES, K. R. B. O; LUIZA, V. L.; CAMPOS, M. R. A educação a distância no contexto da política nacional de saúde da pessoa idosa: estudo de egressos. **Trabalho educação e saúde**, v. 16, n. 1, p. 337-360, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100337. Acesso em: 28 de maio 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****ESTUDO: AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO EM IDOSOS E FATORES ASSOCIADOS**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, profissão _____, residente e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade nº _____, inscrito no CPF _____. Nascido (a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “**AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO EM IDOSOS E FATORES ASSOCIADOS**”, declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam identificar a presença de risco de suicídio na população idosa e o conjunto de possíveis fatores associados;
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Será garantida a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- IV) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- V) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- VI) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VII) Entende-se como fatores de risco nesta pesquisa: constrangimento, estresse emocional, omissão de respostas relacionadas aos sentimentos de intimidação pela entrevista. E, mesmo não tendo benefícios diretos em participar deste estudo, indiretamente você

estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico;

VIII) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa. Estou ciente que receberei uma via deste termo de consentimento

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58401 – 490, Campina Grande-PB, Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br; Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

_____, ____ de _____ de 2017.

Participante / Responsável

Testemunha 1 : _____
Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto: _____
Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

Telefone para contato e endereço profissional:

Endereço: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, Campus Cuité. Sítio Olho D'Água da Bica. Telefone: (83) 3372-1900 ou (83) 9.9971-6838

APÊNDICE B

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E COMPORTAMENTAL

Seção A: Informações Pessoais		CODIFICAÇÃO
A1	Idade: _____ (anos completos) Data de nascimento: ____/____/____.	<i>AIDADE:</i> _____ <i>ADATA:</i> _____
A2	Sexo (1) Masculino (2) Feminino	<i>ASEXO:</i> _____
A3	Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR	<i>ACOR:</i> _____
A4	Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo (a) (6) União consensual (99) NS/NR	<i>AESTCIV:</i> _____
A5	Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho (s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o (s) filho (s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos) (9) Não familiares (10) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>AMORA:</i> _____
A6	Quem é o (a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho (a) (4) Outro familiar (5) Não familiar (99) NS/NR	<i>ACHEFE:</i> _____
A7	O (A) Sr (a) tem cuidador? (1) Sim (2) Não	<i>ACUID:</i> _____
A8	Quem é o seu cuidador? (1) Cônjuge (2) Cônjuge e filho (s) (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora (4) Somente com o(s) filho(s) (5) Outro idoso (6) Cuidador particular (7) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>AQCUID:</i> _____
A9	Qual é a sua religião? (0) Nenhuma (1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Judaica (5) Outra (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>ARELIG.</i> _____
Seção B: Perfil Social		CODIFICAÇÃO
B1	a) O (A) Sr (a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>BLERES:</i> _____

	b) Escolaridade: Quantos anos o (a) Sr (a) frequentou a escola? Nº de anos: _____ (Se nenhum, colocar “0”)	<i>BESCOL:</i> _____																						
B2	Qual é a renda mensal em Reais: Idoso: _____ Família _____ (incluir idoso): _____ (99) NS/NR	<i>BRENDI:</i> _____ <i>BRENF:</i> _____																						
B3	Qual(is) dessas rendas o (a) Sr(a) tem? (Pode ter mais de uma opção) (1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR B3a) Aposentadoria: _____ B3b) Pensão: _____ B3c) Aluguel: _____ B3d) Trabalho Próprio: _____ B3e) Doações (família, amigos, instituições) : _____ B3f) Outras _____	<i>BAPOS:</i> _____ <i>BPENS:</i> _____ <i>BALUGUEL:</i> _____ <i>BTRAPO:</i> _____ <i>BDOA:</i> _____ <i>BOUTR:</i> _____																						
B4	No seu entender de acordo com sua situação econômica atual de que forma o(a) Sr (a) avalia suas necessidades básicas (como: alimentação, moradia, saúde, etc). (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (99) NS/NR	<i>BNECBAS:</i> _____																						
B5	O (A) Senhor (a) recebe algum tipo de assistência à saúde? (1) Sim (2) Não Se _____ sim, _____ por _____ quem _____ e/ou _____ aonde: _____	<i>BASSIS:</i> _____																						
B6	O (A) Senhor (a) faz uso de medicação diariamente? (1) Sim (2) Não Sabe quais são? _____	<i>BMEDIC:</i> _____																						
B7	O (A) Senhor (a) tem alguma doença crônica? (1) Sim (2) Não Sabe quais são? _____	<i>BDOEN:</i> _____																						
Seção C: Estilo de vida		<i>CODIFICAÇÃO</i>																						
C1	O (A) Senhor (a) é fumante? (1) sim (2) não (99) NS/NR Quantidade: _____ unidades/dia	<i>CFUM:</i> _____																						
C2	O (A) Senhor (a) consome bebida alcoólica? (1) sim (2) não (99) NS/NR Quantidade: _____ dias/semana	<i>CALCOOL:</i> _____																						
C3	O (A) Senhor (a) realiza atividade física? (1) sim (2) não (99) NS/NR Modalidade: _____ Frequência: _____ vezes/semana	<i>CATIV:</i> _____																						
C4	Como o (a) Senhor (a) classifica seu nível de estresse? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												<i>CESTRESSE:</i> _____
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														

APÊNDICE C

TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, eu, abaixo-assinado, pesquisador responsável do estudo intitulado “**AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO EM IDOSOS E FATORES ASSOCIADOS**” assumo o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cuité, 21 de agosto de 2017.

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador responsável – SIAPE 1842347

APÊNDICE D

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por este termo de responsabilidade, eu abaixo-assinado, Orientador da pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO EM IDOSOS E FATORES ASSOCIADOS**”, assumo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de delegação de competências de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmo, outrossim, a responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentarei sempre que solicitado pelo CEP/HUAC/EBSER (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro) ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC/EBSERH, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, 21 de agosto de 2017.

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador responsável – SIAPE 1842347

APÊNDICE E
TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, Monyelle Yvine de Andrade Alencar Furtado, Secretária de Saúde do Município de Cuité – Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “**Avaliação do Risco de Suicídio em Idosos e Fatores Associados**”, que será realizada com os idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família deste município, pela discente do curso de Bacharelado em Enfermagem Ananda Sabrina Ramos Nunes, sob a orientação do Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité, ____ de _____ de 2017.

Monyelle Yvine de Andrade Alencar Furtado
Secretária Municipal de Saúde

APÊNDICE F**TERMO DE ANUÊNCIA SETORIAL****PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TERMO DE ANUÊNCIA SETORIAL**

Ilma. Sra. Adriana Selis de Sousa

A Graduanda ANANDA SABRINA RAMOS NUNES do curso de BACHARELADO EM ENFERMAGEM, matrícula 516120688 da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cuité, pretende desenvolver uma pesquisa intitulada: “**Avaliação do Risco de Suicídio em Idosos e Fatores Associados**”, sob a orientação do Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira. Para tanto a mesma necessita coletar dados junto aos idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família deste município.

Diante do exposto, os pesquisadores solicitam sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar a realização da coleta de dados pela graduanda. Respeitando os princípios éticos em pesquisa, os dados serão utilizados para realização do Trabalho de Conclusão de Curso bem como publicação em eventos e artigos científicos.

Dada à relevância da proposta, respeitando a programação da Unidade e a disponibilidade da Equipe, na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Cuité-PB, ____ de _____ de 2017.

Adriana Selis de Sousa
Gerente da Atenção Básica

ANEXO

ANEXO A

IRIS - Índice de Risco de Suicídio

F. A. Veiga, J. Andrade, P. Garrido, S. Neves, N. Madeira, A. Craveiro, J.C. Santos, C.B. Saraiva

Identificação: _____

SOCIODEMOGRAFIA - Ponderação 1

- **Sexo** Masculino → 1 Feminino → 0
 - **Idade** ≥ 45 → 1 < 45 → 0
 - **Religiosidade** Não → 1 Sim → 0
- Existem factores de natureza religiosa ou espiritual suscetíveis de frenar a passagem ao acto?

CONTEXTOS - Ponderação 2 Não → 0 Sim → 2

- **Isolamento** - vive só, sem apoio familiar ou social?
- **Perda recente marcante** - luto, desemprego, perda material ou de estatuto
- **Doença física** - incapacitante ou terminal
- **Abuso actual** de álcool ou substâncias
- **Doença psiquiátrica grave** - descompensação actual de psicose, depressão major unipolar ou bipolar, perturbação grave da personalidade
- **História de internamento psiquiátrico**
- **História familiar de suicídio**

ESFERA SUICIDA• **História pessoal de comportamentos suicidários**

Ponderação 3 Não → 0 Sim → 3

Considerar Sim em caso de 2 ou mais comportamentos prévios ou apenas 1 se grave (método violento ou tendo justificado cuidados intensivos) • **Plano suicida**Apura-se a existência de plano organizado, consistente, letal e exequível?
- valorizar actos preparatórios recentes (exs: carta de despedida, testamento), bem como o acesso a meios letais (exs: arma de fogo, pesticidas / herbicidas)Não → 0 Sim → Atribuir directamente o valor 20 ao Score Total do Índice **SCORE TOTAL**

ANEXO B

PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO EM IDOSOS

Pesquisador: MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79323217.8.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.401.417

Apresentação do Projeto:

O envelhecimento é um processo contínuo, individual e irreversível, que acontece ao longo do decorrer da vida. A velhice normalmente é permeada

por dificuldades de adaptação, podendo evoluir para estados depressivos e outros agravos afetivos, e juntamente com a condição física e social do

idoso, podem gerar situações significativas de risco para o suicídio. Dessa forma, objetiva-se com esse estudo avaliar o risco de suicídio em idosos

assistidos na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa observacional transversal com desenho quantitativo e será desenvolvido no

município de Cuité no estado da Paraíba. Os métodos utilizados para a coleta de dados dessa pesquisa serão por meio dos seguintes instrumentos:

I) Questionário sociodemográfico e comportamental; e II) Índice de Risco de Suicídio – IRIS. A análise dos dados socioeconômicos e demográficos

será descritiva. Em seguida utilizar-se-á a análise estatística inferencial para assim relacionar as variáveis e depois descrever a relação entre elas,

utilizando o software IBM SPSS versão 20. No processamento dos dados serão aplicados testes de associação, diferença e correlação estatística,

sendo considerado significativo quando o p-valor for inferior a 0,05.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.401.417

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o risco de suicídio em idosos residentes no município de Cuité - PB

Objetivo Secundário:

Investigar os principais de fatores de risco associados ao suicídio em idosos do município de Cuité; Descrever a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes; Analisar a relação entre o risco de suicídio e fatores comportamentais, sociais, financeiros e biológicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em relação aos riscos, estes são mínimos e não perpassam a importância do estudo, ficando claro no momento da realização da pesquisa, de forma também a oportunizar o participante a esclarecer as dúvidas a respeito do questionário, considerando a Resolução nº 466/12 do CNS. Dentre os riscos estão: constrangimento, estresse emocional, omissão de respostas relacionadas aos sentimentos de intimidação pela entrevista.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, a pesquisa almeja trazer contribuições significativas a população idosa, tendo em vista que a análise dos possíveis fatores de riscos que estes estão expostos, pode facilitar a traçar estratégias e intervenções por parte dos profissionais da enfermagem, que de fato funcionem diante as situações de riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa encontra-se dentro dos padrões éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão presentes:

Informações básicas

Projeto detalhado

Termo de compromisso de divulgação dos resultados

Termo de compromisso do pesquisador

Termo de anuência setorial e institucional

TCLE

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José **CEP:** 58.107-670

UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.401.417

Folha de rosto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_993069.pdf	23/10/2017 11:00:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETOAVALIACAODORISCODESUICIDIO.docx	23/10/2017 10:59:20	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSODEDIVULGACAO.pdf	23/10/2017 10:58:42	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSODOPEQUISADOR.pdf	23/10/2017 10:57:44	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Outros	TERMODEANUENCIASETORIAL.pdf	03/10/2017 09:36:54	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Outros	TERMODEANUENCIA.pdf	03/10/2017 09:36:33	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/10/2017 09:36:10	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOSUICIDIO.pdf	03/10/2017 09:35:27	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.401.417

CAMPINA GRANDE, 27 de Novembro de 2017

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br