



UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC
FACULDADE REGIONAL DE CIÊNCIAS EXATAS E SOCIAIS DE BARBACENA -
FACEC
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ROBSON CARLOS FERREIRA
MARCOS LEITE DO CARMO

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IDEIAÇÃO SUICIDA DE JOVENS NO MUNICÍPIO
DE BARBACENA: UMA ANÁLISE PSICANALÍTICA

BARBACENA
2013

**ROBSON CARLOS FERREIRA
MARCOS LEITE DO CARMO**

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A IDEIAÇÃO SUICIDA DE JOVENS NO MUNICÍPIO
DE BARBACENA: UMA ANÁLISE PSICANALÍTICA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Me. Ângela Buciano do Rosário

**BARBACENA
2013**

**Robson Carlos Ferreira
Marcos Leite do Carmo**

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A IDEIAÇÃO SUICIDA DE JOVENS NO MUNICÍPIO
DE BARBACENA: UMA ANÁLISE PSICANALÍTICA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em 28 de novembro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Psicóloga Esp. Rosane Auxiliadora de Almeida Costa
Santa Casa de Misericórdia de Barbacena

Prof.^a Me. Ângela Buciano do Rosário (Orientadora)
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Prof. Dr. Helder Rodrigues Pereira
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Agradecimentos

Agradecemos a Deus pela força e coragem durante toda esta longa caminhada. Aos nossos familiares pelo incentivo e suporte, imprescindíveis para a realização deste trabalho e de toda a jornada acadêmica.

Agradecemos a professora Ângela Buciano do Rosário por ter acolhido nosso projeto, pela paciência e carinho, por ter nos dado condições de compreender melhor a adolescência e o comportamento suicida pelo viés psicanalítico. À professora Patrícia Dias de Castro e à psicóloga Rosane Auxiliadora de Almeida Costa por terem tão gentilmente aceitado o convite para participar de nossa banca examinadora. Aos professores Ester de Matos Ireno e Helder Rodrigues Pereira pelo precioso auxílio e dedicação.

Agradecemos também a amiga Alexandra Maria da Silva pela imensa contribuição dada; à assistente social Marly Almeida e aos demais profissionais de saúde da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena; à equipe de trabalho da Vigilância Epidemiológica do município e ao 9º Batalhão de Polícia Militar de Minas Gerais.

Resumo

Objetivou-se analisar a ideação suicida em jovens, sujeitos com idades entre 12 e 24 anos, a partir de uma perspectiva quantitativa e qualitativa utilizando-se para tal, a análise de dados estatísticos sobre o tema, obtidos no município de Barbacena e por meio de um estudo de caso sob a ótica psicanalítica. Verificou-se a incidência de altas taxas de tentativas de suicídio e a necessidade de se pensar/implementar programas de atenção e prevenção no referido município.

Palavras-chave: suicídio, juventude, *acting out*, Políticas Públicas.

Abstract

The purpose of this study was to analyze the suicidal ideation in young, ranging in age between 12 and 24 years, from a qualitative and quantitative perspective utilizing for both, analysis of statistical data on the topic, obtained in the city of Barbacena and through a case study from the perspective psychoanalytic. There was the incidence of high rates of suicide attempts and the need to think/deploy programs of heed and prevention in the municipality.

Keywords: suicide, youth, psychoanalysis, Public Policy.

Lista de abreviaturas e siglas

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CID - Classificação Internacional de Doenças

CVV- Centro de Valorização da Vida

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.

ENPS - Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PMMG - Polícia Militar do Estado de Minas Gerais

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIM - Sistema de Informações de Mortalidade

SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHO - World Health Organization

Sumário

1	Introdução.....	15
2	Definição e aspectos históricos	17
3	Suicídio: um problema de Saúde Pública?	21
3.1	Sobre o método	23
3.2	Dados quantitativos.....	26
3.2.1	Resultados preliminares	29
3.3	Percurso qualitativo	32
4	Adolescência, juventude e suicídio na teoria psicanalítica	35
4.1	Adolescência e juventude.....	35
4.2	Luto, melancolia e narcisismo: o suicídio em Freud	37
4.3	O contexto social e a clínica do suicídio – “o caso Mariana”	39
5	Políticas Públicas, estratégias de intervenção e prevenção do comportamento suicida.....	45
6	Considerações finais.....	51
	Referências.....	53
	Anexo A: Tabelas	59
	Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	61
	Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (responsável).....	63
	Anexo D: Entrevista semiestruturada - tópicos a serem abordados	65
	Anexo E: Autorização para realização de entrevista semiestruturada	67
	Anexo F: Ficha de investigação de intoxicação exógena	69

1 Introdução

O suicídio sempre foi objeto de estudo de distintas áreas do saber e não há uma explicação única que permita sua total compreensão. É um fenômeno que sofre a interferência de fatores individuais, ambientais, sociais. Seja na forma de tentativa ou do ato consumado, expressa uma dor emocional que o sujeito considera ser interminável, intolerável e com a qual acredita não ter capacidade de lidar (ABASSE *et al.* 2008)¹. Muitos questionamentos surgem ao se abordar o suicídio. Segundo Baptista (2004, p. 20):

modelos hipotéticos sobre tentativas e suicídio são desenvolvidas por pesquisadores e profissionais de saúde, a fim de se tentarem entender as causas e consequências do suicídio, auxiliando o estabelecimento de programas preventivos e suportivos, pois muitas são as implicações e acaba por trazer como consequências importantes mudanças na teia familiar e social.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), todo ano, quase um milhão de pessoas morrem por suicídio em todo o mundo. O suicídio continua sendo um importante problema de saúde pública e social. A estimativa é que quase três mil pessoas cometam suicídios todos os dias no mundo – um a cada 40 segundos. Os fatores que contribuem para o suicídio podem variar entre demográficos específicos e grupos de população, os mais vulneráveis, como os jovens, os idosos e os socialmente isolados, estão na maior necessidade de esforços de prevenção do suicídio (WHO, 2012)².

De modo informal, percebeu-se em Barbacena, município de Minas Gerais, a partir do diálogo com profissionais da área da saúde, que o número de casos de tentativas de suicídio e atos consumados entre jovens subiu consideravelmente nos anos de 2011 e 2012. Tal informação é alarmante e nos força a refletir sobre o assunto, pois parece faltar uma rede de apoio eficaz a esses sujeitos. Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho foi o de investigar a problemática relativa à tentativa de suicídio envolvendo jovens do município de Barbacena, analisar os dados coletados referentes ao tema e promover por meio de entrevistas, a escuta de jovens nessa situação.

Assim, o percurso realizado para desenvolver esse estudo deu-se em quatro momentos, que foram divididos em capítulos. O primeiro capítulo diz respeito ao caráter histórico desse fenômeno, ou seja, à evolução do suicídio na história da humanidade e de como ele é

¹ <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a10v14n2.pdf>

² http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf (livre tradução dos autores)

abordado nos dias de hoje. Atualmente é tido como um problema de Saúde Pública e os desdobramentos dessa realidade são discutidos no capítulo dois. Considerando que a presente pesquisa é delimitada na faixa etária entre 12 e 24 anos, foi necessário, no terceiro capítulo, apresentar os conceitos de adolescência e juventude, uma vez que envolve a categoria de adolescência, vastamente explorada pela psicologia e psicanálise. Ainda nesse capítulo, são abordados a perspectiva do suicídio para a psicanálise e o estudo de caso da entrevista realizada, utilizando-se para tal a teoria freudiana. Cabe lembrar que Freud, pai da Psicanálise, iniciou sua exploração sobre o tema em *Luto e Melancolia* (FREUD, 1917 [1915] /1996), onde afirma que o ego, mesmo com o grande amor que sente por si mesmo, é capaz de se autodestruir quando identificado a um objeto perdido.

Por fim, são discutidas as Políticas Públicas no Brasil no tocante à prevenção do comportamento suicida e apresentados os resultados do presente estudo. Cabe ainda ressaltar, que a questão não é esgotada, e sim apresentada uma perspectiva para que possa ser refletida.

2 Definição e aspectos históricos

O termo suicídio (etimologicamente, do latim *sui*= si mesmo e *caedere*= ação de matar) aparentemente foi utilizado pela primeira vez pelo médico e filósofo Thomas Browne em sua obra *Religio medici*, de 1642 (OPAS, 2003)³. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), citada por Baptista, pode ser considerado como “[...] um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado final” (OMS, 2001, p. 4 *apud* BAPTISTA, 2004, p. 66). Já a tentativa de suicídio pode ser considerada como um ato não fatal, no qual um indivíduo inicia um comportamento não usual que, sem a intervenção de outros, poderá causar prejuízos a si mesmo (BAPTISTA, 2004).

O comportamento suicida pode ser entendido como “todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato” (WERLANG; BOTEGA, 2004, *apud* ABASSE *et al.* 2009, p. 408)⁴. A partir dessa noção, entende-se o comportamento suicida como um processo que se inicia com pensamentos de autodestruição, em seguida ameaça e gestos, para as tentativas de suicídio e por fim, o ato consumado (ABASSE *et al.* 2009)⁵.

O suicídio é um fenômeno que é descrito ao longo de toda a história da humanidade. Há relatos inclusive, no Velho Testamento⁶. Kalina e Kovadloff (1983), em ensaio sobre suicídio, expõem as condutas sociais autodestrutivas como fruto de comportamento coletivo. Os autores sustentam que nem sempre o suicídio assumiu o caráter clandestino ou patológico que o damos atualmente, em outras épocas a decisão de se tirar a própria vida, bem como sua execução, tinha o aval da comunidade. Na antiga Grécia e Roma, por exemplo, o ato de tirar a própria vida não era visto como transgressão, apenas se tornava ilegal quando era realizado sem o consentimento do Estado. Em outras culturas do primitivo mundo ocidental como os dinamarqueses, visigodos e celtas espanhóis, era dever do ancião se matar para preservar o grupo cuja solidez estava ameaçada pela debilitação do espírito que habitava o corpo do chefe de família. Ocorria “[...] uma franca indução comunitária ao suicídio, religiosamente estimulada e normativamente legitimada” (KALINA; KAVADLOFF, 1983, p. 50).

³ http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_chap7_spa.pdf (livre tradução dos autores)

⁴ <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a10v14n2.pdf>

⁵ *ibidem*

⁶ 1Cr 10,4-5

Em consonância com os autores acima citados, encontra-se na pesquisa de Parreira (1988), o predomínio do caráter religioso no ato suicida, confirmando o aspecto coletivo e social relacionado a esse comportamento. Segundo a autora, algumas minorias de diversas sociedades do mundo antigo eram levadas ao suicídio por normas sociais: os escravos do Egito antigo após a morte de seus senhores, as mulheres indianas após a morte de seus esposos, eram obrigados a se matarem.

No entanto, conforme nos lembra a autora, será na Idade Média, com a incidência de fatores religiosos, que o suicido deixa de ter um caráter social – coletivo e passa a ter um sentido individual (PARREIRA, 1988). Na Idade Média o que predominava a respeito do suicídio era o caráter religioso.

Deus, criador do homem e senhor da existência de sua criatura, era, em última instância, proprietário da vida e matar-se era atentar contra a propriedade divina. A vida do suicida não pertence mais aos domínios do grupo, da comunidade; pertence a Deus e cometer suicídio era um crime, um sacrilégio, que deveria ser punido com a morte dos sobreviventes. Nem mesmo os que não fracassavam em suas tentativas de suicídio escapavam dos castigos e represálias que eram extensivos aos herdeiros e cadáveres dos suicidas, que podiam ser queimados, arrastados pelas ruas, pendurados pelos pés. Acreditava-se que essas penas amedrontavam e desmotivavam pretensos suicidas, além de dramatizar a exclusão da alma do morto dos privilégios celestiais (PARREIRA, 1988, p. 7).

Com o passar dos tempos, as determinações e influências da sociedade cedem lugar à primazia dos determinantes individuais (PARREIRA, 1988). Somente, a partir da Revolução Francesa as medidas repressivas contra a prática do suicídio passam a ser abolidas.

Segundo Kalina e Kovadloff (1983), a conduta suicida deixou de comprometer a estabilidade do Estado. Para tais autores:

Entre a pessoa e a comunidade começou a se abrir, em meados do século XVIII, uma distância que duzentos anos mais tarde terminará constituindo as múltiplas formas de incomunicação contemporânea. Por isso, mais que um ato de indulgência estatal frente ao indivíduo, deve-se ver nesta liberalização progressiva das normas punitivas com respeito ao suicídio uma expressão de irrelevância social que começa a pesar sobre a pessoa. Ou seja, não se contempla o suicídio com tolerância porque se o compreende, mas porque já não se lhe atribui maior transcendência coletiva (KALINA; KOVADLOFF, 1983, p. 54).

Atualmente, embora ainda seja um tabu nas conversas do dia-a-dia, o suicídio tende a ser aceito como mais um direito do sujeito contemporâneo, contudo, devido ao aumento nas taxas, tornou-se um grave problema de Saúde Pública. Para Pordeus, Fraga e Facó (2003), “o suicídio é um fato habitual no cotidiano da sociedade brasileira, afeta os diferentes grupos

sociais e etários e existe uma multiplicidade de maneiras para seu desfecho” (PORDEUS; FRAGA; FACÓ, 2003 *apud* VIERA *et al.* 2009, p. 1827)⁷.

De acordo com Minayo (1994)⁸, a violência, enquanto tema, só encontrou espaço na agenda da Saúde Pública no final dos anos 80 e foi só na década de 90 que a preocupação com o tema ganhou prioridade nas agendas das organizações internacionais do setor. As mortes por violência estão incluídas, na Classificação Internacional de Doenças (CID), no grande grupo das Causas Externas (E800-E999). A autora critica a pouca rigorosidade da categoria pela amplitude excessiva de eventos e processos que comporta, onde o suicídio está incluído (E950-E959). Como exemplo, cita que em um acidente de trânsito pode-se ter uma tentativa de homicídio ou de suicídio associada.

A complexidade das manifestações da violência, por outro lado, não permite uma classificação muito precisa e, ao mesmo tempo, compreensiva. Tal imprecisão fica ainda mais clara quando se trata da classificação de morbidade, fazendo que, nesta classificação, o fenômeno ao mesmo tempo se singularize, se confunda e se exclua (MINAYO, 1994, p. 10)⁹.

Botega afirma que

no caso de mortes por causas externas, é frequente o atestado de óbito trazer a natureza da lesão que levou à morte, sem se referir à circunstância que a ocasionou. É esse o motivo pelo qual se registram, em nosso país, nessa categoria, em torno de 10% de “óbitos por causas externas de tipo ignorado”. Fica-se sem saber se as mortes foram por homicídio, suicídio ou acidente” (BOTEGA, 2010, p. 12)¹⁰.

Os dados relacionados ao fenômeno do suicídio, portanto, são reconhecidamente subestimados, embora sejam mais precisos do que os que dizem respeito às tentativas. Recomenda-se ainda cautela nos estudos comparativos entre países, regiões ou cidades, por causa da diversidade das fontes e da qualidade dos sistemas de informação utilizados (BOTEGA, 2010)¹¹.

⁷ http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000500024&script=sci_arttext

⁸ <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf>

⁹ *ibidem*

¹⁰ http://www.abp.org.br/download/PSQDebates_7_Janeiro_Fevereiro_light.pdf

¹¹ *ibidem*

3 Suicídio: um problema de Saúde Pública?

De acordo com a OMS, o suicídio é a terceira causa de morte mais recorrente entre as pessoas de 15 a 44 anos. Já entre os jovens de 10 a 24 anos, o suicídio constitui a segunda maior causa de morte. (WHO, 2012)¹². Ainda segundo a OMS, todo ano, quase um milhão de pessoas morrem por suicídio em todo o mundo.

A estimativa é de que para cada caso consumado, existam ao menos 10 tentativas que exigem atenção dos profissionais, as tentativas podem ser até 40 vezes mais frequentes que os suicídios consumados (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013)¹³. Os fatores que contribuem para o suicídio podem variar entre demográficos específicos e grupos de população, os mais vulneráveis, como os jovens, os idosos e os socialmente isolados, estão na maior necessidade de esforços de prevenção do suicídio (WHO, 2012)¹⁴. O aumento expressivo desses números exige providência por parte das autoridades, pois toda a comunidade é afetada. Estudiosos do tema apontam que se todas as tentativas fossem computadas, os números se tornariam de 10 a 20 vezes maiores (VIEIRA *et al.*, 2005)¹⁵.

O suicídio não é tão-somente uma tragédia no âmbito pessoal, representa também um sério problema de saúde pública. De acordo com Waiselfisz (2013)¹⁶, entre os anos 1980 e 2011, 205.890 pessoas suicidaram-se no Brasil, um aumento de 152,9% no período. Na faixa etária dos 15 aos 24 anos, também entre os anos 1980 e 2011, foram registrados 43.135 suicídios, com um aumento de 73,6% nesse período. Ainda nessa faixa etária, no ano de 2011, a taxa de suicídios foi de 5,1 óbitos por 100 mil.

Embora a taxa média no Brasil não seja considerada alta (4,5 suicídios a cada 100 mil pessoas), o problema vem crescendo em certos segmentos da população, como homens mais jovens, índios, idosos, trabalhadores do setor agrícola que tiveram a saúde prejudicada por pesticidas e mulheres jovens gestantes moradoras de rua. Algumas cidades brasileiras possuem taxas acima da média nacional, como Porto Alegre, onde em 2004 na população masculina registraram-se 16 casos para cada 100 mil homens (BRASIL, 2006)¹⁷.

¹² http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf (livre tradução dos autores)

¹³ <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>

¹⁴ *ibidem*

¹⁵ <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/24.pdf>

¹⁶ http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_homicidios_juventude.pdf

¹⁷ http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

Abasse *et al.* (2009)¹⁸ afirmam que em Minas Gerais, entre 1998 e 2003, o número total de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) decorrentes de tentativas de suicídio foi de 14.443, das quais 55,4% eram do sexo masculino e 44,6% do feminino. A faixa etária dos 10 aos 19 anos representou 16,2% do total dessas internações. No período de 1980 a 2002, ocorreram 25.060 óbitos por causas externas de adolescentes, entre 10 e 19 anos, (uma mulher para cada três homens), sexo masculino, na faixa de 15 a 19 anos, apresentou riscos mais elevados de morte ao longo dos anos, com uma taxa de mortalidade média aproximadamente duas vezes maior que o feminino (3,5 e 2,0 por 100.000 habitantes). No entanto, as taxas de mortalidade para os jovens de 10 a 14 anos apresentaram mais oscilações entre os sexos. Minas Gerais apresentou baixa taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente em adolescentes (taxas inferiores a 5 óbitos por 100.000 habitantes). A autointoxicação foi o meio mais utilizado para a tentativa de cometer suicídio em ambos os sexos, principalmente pelas mulheres. O principal meio utilizado para a conclusão do ato suicida, para os dois sexos, foi o enforcamento, seguido pelo estrangulamento ou sufocamento, lesões por arma de fogo em homens e autointoxicação em mulheres (ABASSE *et al.*, 2009).

Entre 2001 e 2009, no estado de Minas Gerais, o suicídio foi a terceira causa de morte entre mulheres na faixa etária dos 10 aos 19 anos, entre os homens, na mesma faixa etária, ocupou a sexta posição (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2010)¹⁹. Em 2010, ainda de acordo com a Secretaria de Saúde de Minas Gerais, o suicídio ocupou a terceira posição como causa da mortalidade no estado, sendo a masculina maior (78%). A taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas, por cada cem mil habitantes, subiu de 1,8 entre os anos de 2000 e 2002 para 2,4 entre os anos de 2008 e 2010 na população feminina; já para a masculina, saltou de 7,0 entre os anos de 2000 e 2002 para 8,6 entre os anos de 2008 e 2010 (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2012)²⁰. De acordo com Abasse *et al.* (2009)²¹, a cidade Belo Horizonte apresentou taxa de mortalidade de 4,3 no ano de 1979 e 6,8 por 100.000 habitantes em 1995; portanto, um crescimento de 58,1% nesse período.

¹⁸ <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a10v14n2.pdf>

¹⁹ http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/publicacao_subsec_saude_FINAL.pdf

²⁰ <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/ANALISE%20DE%20SITUACaO%20DE%20SAUDE%20FINAL.pdf>

²¹ <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a10v14n2.pdf>

Santana *et al.* (2011)²², em um estudo transversal realizado em Sete Lagoas, de janeiro a junho de 2009, revelou que, ao considerar a faixa etária, observou-se que 26% dos casos atendidos encontravam-se na faixa etária dos 11 aos 20 anos, percebeu-se ainda que a maior parte das vítimas era composta por adolescentes e adultos jovens, 83,3%.

Em estudo realizado por Vidal, Gontijo e Lima (2013)²³, na microrregião de Barbacena, entre os anos de 2003 e 2009, com uma amostra de 807 casos (de 1.060 registros de tentativas de suicídios pela Polícia Militar de Minas Gerais), observou-se que ocorreram 114 mortes por suicídio, que equivale a uma taxa de 7,5 óbitos por 100 mil habitantes, em 2008, a taxa de morte subiu para 11 óbitos por 100 mil habitantes, mais que o dobro da taxa nacional. As tentativas de suicídio predominaram entre as mulheres e os mais jovens, o principal método utilizado foi a ingestão de medicamentos. Ainda de acordo com os autores, os homens cometem mais suicídio e utilizam métodos mais letais e violentos como enforcamento, utilização de arma de fogo e precipitação de lugares elevados. Já as mulheres apresentam maior número de tentativas, utilizam para tal a ingestão de medicamentos e outras substâncias tóxicas. Quanto aos casos de tentativa, foram registrados 807 casos no período, sendo 122 casos no ano de 2009.

Tendo em vista que esse estudo foi realizado entre os anos de 2003 e 2009, foi necessário investigar a coleta de dados em campo a fim de se obter informações atuais sobre tentativas e realização do ato suicida em um período mais recente. Assim, faz-se necessário nesse momento, abordar o método utilizado para o presente estudo que, além de uma abordagem quantitativa, que revelará a incidência das tentativas e atos consumados de autoextermínio, abrangerá também uma perspectiva qualitativa a partir de um estudo de caso.

3.1 Sobre o método

O presente estudo foi realizado no município de Barbacena, localizado na região da Serra da Mantiqueira, com distância de 169 quilômetros da capital do estado, Belo Horizonte. O município, com 759,186 quilômetros quadrados, ocupa o sítio de um antigo aldeamento de índios puris, na região conhecida como Campo das Vertentes. Tem população de 126.284 habitantes (IBGE, 2010)²⁴. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0,769²⁵.

²² <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/82/Art10.pdf>

²³ <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>

²⁴ <http://cod.ibge.gov.br/G9J>

²⁵ http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/barbacena_mg

Na perspectiva quantitativa, o objetivo consistiu em fazer uma análise descritiva dos dados referentes à mortalidade por suicídio e as tentativas de suicídio na cidade, na faixa etária de 12 a 24 anos e em toda a população. Para estudar a mortalidade, a fonte de dados adotada foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade, Ministério da Saúde/Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde no período de 1996 a 2012. Quanto às tentativas de suicídio também foram analisados os dados referentes aos boletins de Ocorrência do 9º Batalhão da Polícia Militar de Minas Gerais no ano de 2012 e as fichas de investigação de intoxicação exógena (anexo F) do Pronto Atendimento da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, também do ano de 2012.

Os dados foram analisados em termos de frequências simples absoluta (números absolutos) e relativa (proporções, razão e taxas). Para o cálculo das taxas de mortalidade e de internação, foram considerados como numerador o número de suicídios cometidos/tentativas e como denominador a contagem populacional de 2010 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). É importante ressaltar que os pesquisadores não tiveram acesso aos Boletins de Ocorrência do 9º Batalhão da Polícia Militar de Minas Gerais, as informações citadas por esse estudo relatam os dados já previamente levantados pela instituição.

No tocante à análise qualitativa, em princípio foi determinado que a amostra seria composta por jovens que tentaram suicídio nos anos de 2011 e 2012 na microrregião de Barbacena. Tal amostra seria levantada a partir dos registros de atendimentos prestados aos adolescentes nessa situação que foram ou que ainda estivessem sendo atendidos pelo setor de Psicologia da Clínica Escola da UNIPAC de Barbacena. A escolha dos sujeitos a serem entrevistados se daria de forma aleatória seguindo os critérios de faixa etária, sendo ela, adolescentes e jovens entre 12 e 24 anos, de ambos os sexos que já tivessem passado pela clínica escola ou que estivessem em acompanhamento psicológico na mesma. Foram selecionadas duas jovens, contudo, apenas uma delas participou de fato da pesquisa, conforme mencionado acima. Para preservar o anonimato, a jovem foi denominada Mariana. Durante a realização dessa pesquisa, Mariana estava em acompanhamento psicológico na Clínica Escola e a estagiária que a acompanhava, a nosso pedido, fez os primeiros esclarecimentos acerca da pesquisa e realizou o convite, marcando para dois de setembro de 2013 o primeiro encontro. Após os esclarecimentos dos objetivos da pesquisa, foi solicitada autorização para a participação na pesquisa, por escrito (anexo E) da estagiária e supervisor acadêmico, responsáveis pelo atendimento. A participação deu-se de forma voluntária, mediante

apresentação e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela entrevistada e também por seu responsável legal. Foi solicitado a Mariana autorização para a gravação das entrevistas.

Como instrumento para colher informações sobre os fatores que contribuem para a tentativa de suicídio de jovens, foi utilizado a entrevista semiestruturada. É importante frisar que a entrevista foi direcionada à jovem, sujeito de idealização suicida e os tópicos abordados, cuja importância é relatada pela literatura, estão descritos no Anexo D.

De acordo com Marconi e Lakatos (2011), na entrevista semiestruturada “o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada. É uma forma de explorar mais amplamente uma questão” (MARCONI; LAKATOS, 2011, p. 279). Em geral as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversação informal.

A escolha do tipo de entrevista deu-se em virtude de oferecer maior possibilidade de acesso às informações referentes ao problema da pesquisa. Assim foi possível ao longo do processo, obter os esclarecimentos que se fizeram necessários, contribuindo para o aprofundamento da investigação.

Outro ponto importante que endossou a escolha por esse método de entrevista foi a sua análise. A análise das entrevistas foi feita à luz da teoria psicanalítica, desta forma, na entrevista semiestruturada foi possível contemplar não somente aquilo que a entrevistada disse, mas também os não ditos, os lapsos, os atos falhos que foram posteriormente analisados.

Após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC, os autores desse presente instrumento pretendiam proceder a coleta de dados em dois momentos. Em um primeiro momento, em uma perspectiva quantitativa, seria realizada a coleta de informações acerca do número de tentativas de suicídio e dos atos consumados por jovens nos anos de 2011 e 2012. Para tanto, foi feito um contato prévio com as instituições fornecedoras de tais informações, a fim de explicitar a finalidade e objetivos da pesquisa, além de esclarecer as possíveis dúvidas. Após o esclarecimento e autorização das instituições, seria realizado o levantamento dos dados quantitativos. Os dados seriam então obtidos a partir do acesso ao banco de dados da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, além das informações das Polícias Civil e Militar do Estado de Minas Gerais e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e o 9º Batalhão da Polícia Militar de Minas Gerais não dispunham de dados referentes ao ano de 2011. A partir dessa informação, os autores desta pesquisa ficaram limitados a analisar unicamente os dados do ano de 2012.

A partir de tal levantamento, os pesquisadores puderam verificar se houve aumento nos índices nesse período. A análise desses dados permitiram aos autores fazer correlações com dados disponíveis na literatura.

Em um segundo momento, após os primeiros esclarecimentos da pesquisa fornecidos à jovem, foram realizados dois encontros que aconteceram nas dependências da Clínica Escola da UNIPAC Barbacena. Por acreditar que a presença da estagiária que acompanha Mariana facilitaria o processo no nosso primeiro encontro com a jovem, foi feito o convite que foi prontamente aceito. A entrevista foi gravada e transcrita na íntegra, foi realizada após a assinatura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que detalha os aspectos éticos da presente pesquisa (Anexos B e C), por parte da entrevistada e um responsável.

Os dados estatísticos obtidos por meio das fichas de investigação de intoxicação exógena registradas no Pronto Atendimento da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena e registro dos boletins de Ocorrência do 9º Batalhão da Polícia Militar de Minas Gerais foram digitados pelos pesquisadores responsáveis. Foram digitados num banco de dados criado especificamente para este estudo²⁶. A análise estatística desses dados contribuiu para obtenção de informações acerca da temática do suicídio e ideação suicida entre jovens de 12 a 24 anos na microrregião de Barbacena.

A análise qualitativa dos dados obtidos, a partir das entrevistas semiestruturadas com a jovem envolvida com o ato suicida, foi realizada à luz da teoria psicanalítica.

3.2 Dados quantitativos

Com o objetivo de mensurar a frequência dos eventos envolvendo o ato e a intenção suicida no município de Barbacena, a coleta quantitativa de dados teve o intuito de justificar a pertinência da presente pesquisa.

Foram registrados pelo Pronto Atendimento da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, no ano de 2012, 54 casos de intoxicação exógena praticadas por jovens na faixa etária compreendida entre 13 e 24 anos, sendo 39 por jovens do sexo feminino e 15 do sexo

²⁶Para fins de análises estatísticas foi utilizado o software Microsoft Excel 2010 para ambiente Windows.

masculino. As localidades com maior incidência foram o distrito de Correia de Almeida; os bairros Diniz II, Nova Cidade e São Pedro, considerados periferia da cidade. Em 90,7% dos casos, a intoxicação aconteceu em ambiente doméstico, 57,4% dos jovens eram estudantes. Os benzodiazepínicos diazepam® e clonazepam e os antidepressivos amitriptilina e fluoxetina foram os agentes tóxicos mais utilizados - estavam presentes em 88,8% dos casos. Devido ao não preenchimento de todos os campos do formulário de notificação, não foi possível verificar quantos casos tiveram o óbito como desfecho e em quais casos a intoxicação foi confirmada como tendo o propósito de se tirar a própria vida.

De acordo com a Polícia Militar do Estado de Minas Gerais (PMMG), por meio de seu 9º Batalhão de Polícia, foram registrados em Boletim de Ocorrência no ano de 2012, 234 tentativas de suicídio e 15 suicídios consumados. O bairro São Sebastião se destaca pelos seus altos índices: 35 casos de tentativa e dois óbitos, dados preliminares do ano de 2013 confirmam tal tendência²⁷. No tocante às tentativas, no centro da cidade foram registrados 11 casos; no bairro Água Santa, nove casos; Diniz, Pinheiro Grosso e São Pedro oito casos cada, João Paulo II, Novo Horizonte e São Francisco com sete casos cada. A variável “idade” não foi considerada pela PMMG ao elaborar o relatório com os dados que foram disponibilizados para a presente pesquisa. Cabe ainda ressaltar que a iniciativa de registrar os casos de suicídio e tentativas teve início apenas no ano de 2012, não tendo tal instituição dados referentes aos anos anteriores.

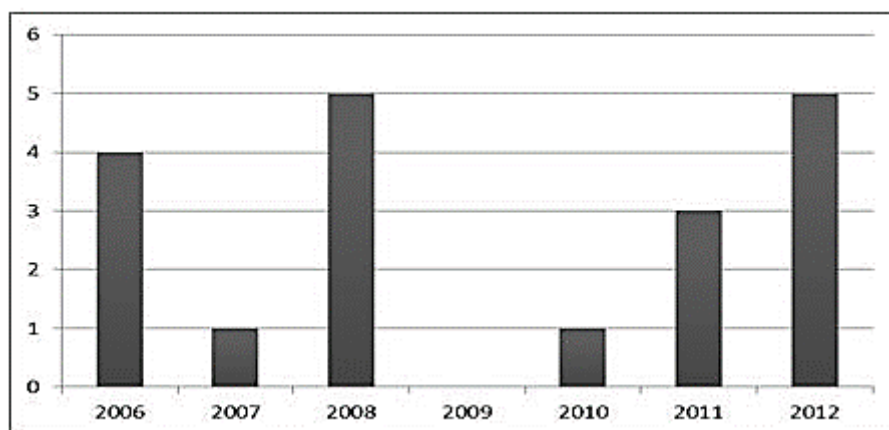
Todos os casos de intoxicação exógena, violência doméstica, sexual e outras violências, atendimentos pela Santa Casa de Misericórdia e outras instituições, são registrados e enviados à Vigilância Epidemiológica de Barbacena.

De acordo com os dados obtidos junto ao órgão, através do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), entre os anos de 2006 e 2012 foram notificados 77 suicídios na cidade de Barbacena, 69 deles foram cometidos por homens. Na faixa etária que vai dos cinco aos 24 anos foram registrados 20 casos, sendo um caso entre cinco e 14 anos e 19 casos entre os 15 e 24 anos. Em 14 desses casos, o óbito deu-se por enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID X 70.0). Em 2012 houve registro de 17 suicídios, o maior índice no período mencionado, sendo um caso na faixa etária dos cinco aos 14 anos e cinco na faixa que vai dos 15 aos 24. Com relação às

²⁷ 25 casos de tentativa de suicídio registrados até o mês de setembro de 2013. De janeiro à setembro de 2013 foram registrados ao todo pela PMMG 153 tentativas de suicídio e cinco de suicídios consumados.

tentativas de suicídio, foram notificados 12 casos no ano de 2012, sendo cinco na faixa etária que vai dos 14 aos 23 anos.

Figura 1 - Números de suicídios entre sujeitos com faixa etária entre 15 e 24 anos no período de 2006 a 2012.



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade - SIM – DATASUS

É notável a discrepância nos dados obtidos. Vidal, Gontijo e Lima (2013)²⁸ ressaltam que há desvantagens na utilização de tais dados, como o viés da informação. Casos suspeitos de suicídio podem ter sido registrados como mortes acidentais por envenenamento ou por outras causas externas de mortalidade, por exemplo. Com relação aos Boletins de Ocorrência,

[...] apesar de existir padronização e treinamento para seu preenchimento, os dados são preenchidos por diferentes profissionais e em diversos contextos. Essa imprecisão pode, em maior ou menor grau, interferir nos resultados observados (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013, p. 184)²⁹.

Tal observação também se aplica ao preenchimento das fichas de investigação de notificação de intoxicação exógena realizado na Santa Casa de Misericórdia. Em consonância com Vidal, Gontijo e Lima (2013)³⁰, Abasse *et al.* (2009)³¹ ressaltam outras questões que interferem no real dimensionamento do problema, como a utilização de taxas oficiais precárias, a imprecisão na fonte de produção, a tendência à subnotificação dos dados e falhas nos registros.

²⁸ <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>

²⁹ *ibidem*

³⁰ *ibidem*

³¹ <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a10v14n2.pdf>

Além disso, há um estigma que cerca esse tipo de morte, o uso de conceitos e definições diversas do ato suicida, a dificuldade em saber se o episódio foi acidental ou intencional. Em se tratando de crianças e adolescentes, essas barreiras na notificação serão ainda mais acentuadas, na medida em que os atos autodestrutivos serão negados ou até escondidos pela família, devido a sentimentos de culpa e/ou vergonha (ABASSE *et al.* 2009, p. 409)³².

3.2.1 Resultados preliminares

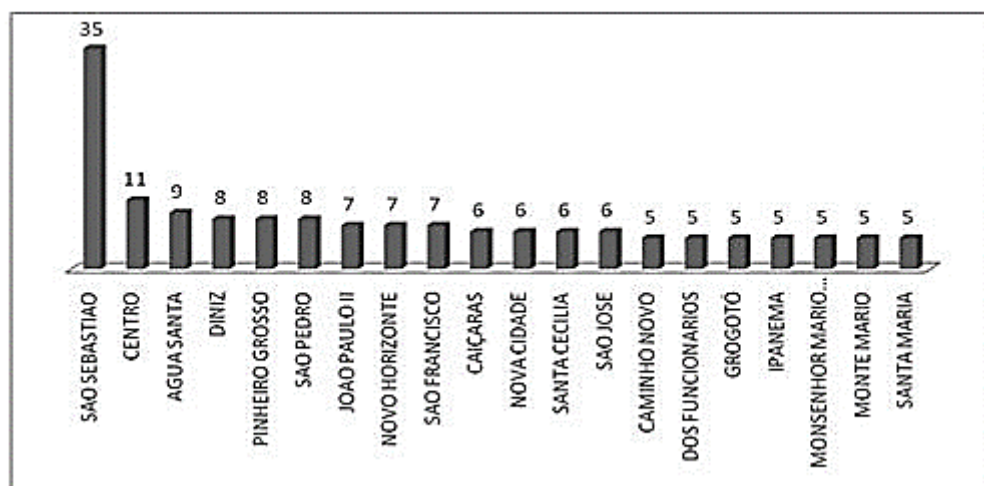
Os dados obtidos pelo 9º Batalhão de Polícia Militar de Minas Gerais revelaram que houve em Barbacena, no ano de 2012, elevado número de tentativas de suicídio, sendo 234 casos (185,3 por cem mil habitantes). Contudo, não foi possível verificar o número de casos na faixa etária alvo dessa pesquisa, 12 aos 24 anos. No ano de 2009, foram relatados 122 casos (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013)³³. Ainda de acordo com o 9º Batalhão de Polícia Militar de Minas Gerais, o bairro com maior incidência de tentativas de suicídio foi o São Sebastião, na área central da cidade, com três vezes mais casos que o segundo colocado, o Centro.

Tais dados vêm corroborar a preocupação por parte de vários profissionais que atuam na área da saúde e reforçam a necessidade de se implantar programas de atenção e prevenção ao comportamento suicida no município. No ano de 2012, a Polícia Militar contabilizou 15 suicídios, o Sistema de Informações de Mortalidade apontou 17 casos (13,47 por 100.000 habitantes).

³² <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a10v14n2.pdf>

³³ <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>

Figura 2 - Bairros com maior incidência de tentativas de suicídio – 2012.



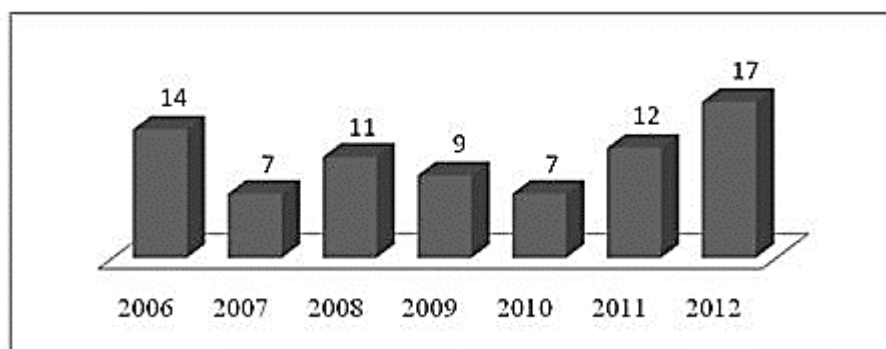
Fonte: 9º Batalhão de Polícia Militar de Minas Gerais - Barbacena.

Segundo a OMS (2003, *apud* ARAÚJO, ROMERA; OLIVEIRA, [20--])³⁴, a classificação da mortalidade por suicídio, os coeficientes inferiores a 5 por 100.000 habitantes são considerados baixos, entre 5 e 15 por 100.000 habitantes são médios, entre 15 e 30 por 100.000 habitantes são altos e acima de 30 por 100.000 habitantes são muito altos. Baseando-se nesse critério de classificação a mortalidade por suicídio em Barbacena, no ano de 2012, encontra-se com índice considerado médio, ou seja, 13,47 por 100 mil habitantes. Verifica-se contudo, que esse índice encontra-se bem próximo do que se considera alto.

De acordo com os dados obtidos através do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), entre os anos de 2006 e 2012 foram notificados 77 suicídios na cidade de Barbacena.

³⁴<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.seer.ufu.br%2Findex.php%2Fhorizontecientifico%2Farticle%2Fdownload%2F11686%2F7501&ei=sIBpUrDzEon-9QT04IH0DA&usq=AFQjCNH9xGmX6wzAQUAIXvFukZIIOK8Jgw&bvm=bv.55123115,d.eWU&cad=rja>

Figura 3 – Número de suicídios em Barbacena entre 2006 e 2012.



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade - SIM – DATASUS

O método mais utilizado para se cometer o ato suicida foi a lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID 10 X70), presente em 53,25% dos casos envolvendo sujeitos com 25 anos ou mais e em 70% dos casos com sujeitos na faixa etária dos cinco aos 24 anos.

Na pesquisa realizada na Santa Casa de Misericórdia, considerando apenas a faixa etária compreendida entre 13 e 24 anos, foi possível observar que houve maior prevalência de intoxicação exógena entre jovens do sexo feminino, contudo, não foi possível confirmar se de fato todos os casos se tratavam de tentativas de suicídio. Baggio, Palazzo e Aerts (2009)³⁵ afirmam que há maior prevalência de planejamento suicida entre jovens do sexo feminino. A maior parte das intoxicações se deu por ingestão de medicamentos de uso controlado e em ambiente doméstico. Esses dados sugerem a facilidade de acesso a essas medicações.

Devido a fatores como metodologias divergentes, limitações nos registros públicos, entre outros, as estimativas das taxas de suicídio e tentativa variam de forma significativa em diferentes estudos. Portanto, muitos dados são divergentes e até mesmo contraditórios. Essa realidade foi percebida quando foram comparados os dados obtidos pelas diferentes instituições consultadas.

Considerando que a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos, torna-se necessário discutir como as autoridades vêm tratando o assunto (BOTEGA, 2006)³⁶. Botega afirma que no início dos anos 2000, o suicídio no Brasil não era visto como um

³⁵ <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/15.pdf>

³⁶ http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistaseletronicas.pucrs.br%2Ffojs%2Findex.php%2Frevistapsico%2Farticle%2Fdownload%2F1442%2F1130&ei=grV7UtyMM82fkAeAqIHABA&usq=AFQjCNFwLe5_zWfM8c3rQcAiOLiACT8rRA&bvm=bv.56146854,d.eW0&cad=rja

problema de Saúde Pública, destacavam-se nesse período os elevados índices de homicídios e acidentes de trânsito. “No entanto, a necessidade de se discutir a violência, de modo geral, trouxe à tona o problema do suicídio” (BOTEGA, 2006, p. 218)³⁷.

3.3 Percurso qualitativo

O fenômeno do suicídio sempre despertou o interesse da comunidade científica no intuito de se compreender e prevenir tal problema. Há considerável literatura que revela e discute dados estatísticos sobre o tema, no entanto, é pertinente apontar que o estudo do tema não deve ser reduzido a esses indicadores. Nesse sentido, os autores do presente estudo concordam com Parreira de que, “a pesquisa sobre o suicídio pode e deve ser antecedida e complementada por uma via que não seja apenas a da estatística” (PARREIRA, 1988, p. 2).

Como norteador teórico, a Psicanálise foi escolhida por privilegiar em seu trabalho a singularidade dos sujeitos, sua subjetividade. “A escuta do ato da tentativa de suicídio pode ajudar o sujeito a criar e/ou desenvolver sua potencialidade simbólica” (MACEDO; WERLANG, 2007, p. 92)³⁸. Ainda de acordo com tais autoras, “[...] o que é descarregado no ato de tentar acabar com a própria vida tem íntima relação com um excesso derivado de vivências traumáticas às quais não foi possível dar uma atribuição de sentido ou obter uma captura no mundo representacional do sujeito” (MACEDO; WERLANG, 2007, p. 93)³⁹.

A partir do relato de alguns profissionais da área de saúde que atuam no município de Barbacena – Minas Gerais, percebeu-se no decorrer do ano de 2012, o aumento do número de casos de suicídio entre jovens. Tais profissionais demonstraram apreensão com tal realidade e os autores do presente estudo também se sensibilizaram, pois se o suicídio entre adultos já causa desconforto e apreensão, entre jovens é ainda maior, pois “queremos ver os adolescentes felizes porque eles seriam apenas a caricatura despreocupada de nós mesmos” (CALLIGARIS, 2001, p. 70). “[...] O adolescente não é só um ideal comparativo, como as criancinhas. Ele é um ideal possivelmente identificatório.” (CALLIGARIS, 2001, p. 69) Assim, parece-nos que o mal estar diante dessa realidade refere-se à identificação da sociedade contemporânea com os adolescentes.

³⁷ http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistaseletronicas.pucrs.br%2Ffojs%2Findex.php%2Frevistapsico%2Farticle%2Fdownload%2F1442%2F1130&ei=grV7UtyMM82fkAeAqIHABA&usg=AFQjCNFwLe5_zWfM8c3rQcAiOLiACT8rRA&bvm=bv.56146854,d.eW0&cad=rja

³⁸ <http://www.scielo.br/pdf/agora/v10n1/a06v10n1.pdf>

³⁹ *ibidem*

É importante ressaltar que para a realização dessa pesquisa foram privilegiados dois instrumentos para a abordagem do tema, a coleta de dados quantitativos e o estudo de caso. A análise quantitativa dos dados obtidos a partir da Santa Casa de Misericórdia, da Vigilância Epidemiológica e do 9º Batalhão da Polícia Militar de Minas Gerais, todos situados no município de Barbacena, sobre o número de adolescentes e jovens que intentaram contra a própria vida e que de fato efetivaram o ato no município, serviu para reafirmar a importância desse fenômeno como um problema de saúde pública que merece a atenção das autoridades locais. No entanto, os autores concordam com Macedo e Werlang (2007)⁴⁰ de que o caráter do ato suicida merece uma escuta atenta do singular. Nesse sentido, optou-se por uma abordagem qualitativa do problema privilegiando o estudo de caso a partir da realização de entrevistas semiestruturadas, cuja análise foi feita sob a perspectiva da teoria psicanalítica. A amostra seria composta por jovens que tivessem histórico de tentativa de suicídio e que estivessem em atendimento ou que tivessem sido atendidos no setor de Psicologia da Clínica Escola da UNIPAC. A partir da análise de todo o arquivo da Clínica, identificou-se duas jovens que possuíam o perfil para serem entrevistadas.

Mariana⁴¹ foi a primeira jovem a ser convidada a participar. Por estar em acompanhamento psicológico na Clínica Escola à época desse estudo, o primeiro contato foi realizado pela estagiária responsável pelos atendimentos. Por acreditar que a realização das entrevistas poderia trazer sofrimento psíquico à jovem bem como consta no Termo de consentimento livre e esclarecido (Anexos B e C), os autores entendem que, pelo fato de estar em acompanhamento psicológico, atenuaria os possíveis riscos que envolvem a pesquisa. Assim, a entrevista com Mariana foi realizada nas dependências da Clínica escola.

Com relação à segunda jovem, foi realizado contato telefônico e com o aval de seus responsáveis, decidiu participar. Foram agendados três encontros, contudo, a jovem só compareceu a um deles. Por tratar-se de assunto de extrema delicadeza, os pesquisadores entendem a dificuldade em se abordar o assunto por parte dos sujeitos que intentam o ato suicida. Em virtude da disponibilidade de apenas um relato, os pesquisadores optaram pelo estudo de caso.

No decorrer da pesquisa, foi constatado que houve de fato, alto número de tentativas de suicídio no município de Barbacena no ano de 2012, configurando-se, portanto como um problema de Saúde Pública. Em virtude do aumento das taxas de mortalidade por suicídio

⁴⁰ <http://www.scielo.br/pdf/agora/v10n1/a06v10n1.pdf>

⁴¹ Nome fictício para preservar a identidade da jovem.

entre jovens, torna-se fundamental investigar esse fenômeno a partir do estudo da adolescência, entendida pela psicanálise como momento crítico para o sujeito.

4 Adolescência, juventude e suicídio na teoria psicanalítica

Considerando a faixa etária alvo da presente pesquisa, 12 aos 24 anos, torna-se necessário abordar os conceitos de adolescência e juventude, bem como as transformações psíquicas ocorridas na puberdade para, em um segundo momento, investigar a temática do suicídio apresentada por Freud. A psicanálise, como o eixo teórico norteador, é também utilizada na condução do estudo de caso aqui apresentado.

4.1 Adolescência e juventude

A adolescência é o período que marca o momento preparatório do homem para a vida adulta, a perda do corpo infantil e o aparecimento de características que antes não haviam devido ao período da puberdade. É vista como um momento de separação, de ruptura e de intenso trabalho de luto, que estarão relacionados à renúncia da segurança e de seu meio protetor. Transforma por completo a aparência do corpo agora mais parecido com o estereotipo adulto, exige um novo lugar para si no mundo e qual será a partir de então seu papel social e seus valores (ABASSE *et al.* 2009)⁴².

Freud, em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, afirma que o advento da puberdade promove transformações que levam a vida sexual infantil à sua forma definitiva. Observa-se então uma reativação pulsional que culmina com a retomada do conflito edípico. Freud chega a dizer que a tarefa mais difícil desse momento é o desligamento das figuras parentais, mas não menciona como a revivescência do Édipo poderia trazer problemas para a adolescência (FREUD, 1905/1996). Ainda acerca do Édipo, Dantas (2002, p. 33)⁴³ vem dizer que

a adolescência é o momento em que a promessa do Édipo se mostra enganadora, na medida em que a puberdade faz do corpo da criança um corpo igual ao do adulto e do mesmo tipo que o deste. Se a criança aceitou a interdição do incesto e do assassinato, é porque ela veio com uma promessa, promessa, isto é, a de que quando crescesse teria acesso a esse gozo. O adolescente descobre que o gozo de ser, orientado pelo falo e que devia se realizar na genitalidade, é um gozo parcial: a atividade sexual não garante nenhuma relação sexual que possa dar aquela unidade vivida com a mãe um dia. Descobre, também, que essa promessa sempre é remetida para “um mais tarde”, quando terminar os estudos, quando trabalhar, quando se aposentar, terminando com a morte.

⁴² <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a10v14n2.pdf>

⁴³ http://www.unicap.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=84

O autor afirma que essa revivescência traz de volta todo o conflito existente na questão da sexualidade e do lugar que o adolescente ocupa frente aos pais.

É o momento em que o projeto narcísico construído pelos pais e dirigido aos filhos é ameaçado por um sujeito que começa a falar por ele mesmo; que não acredita mais nas promessas de felicidade e vida eterna, nem do encontro harmonioso. Encontrar subterfúgios para tamponar esse processo de desilusão, que a angústia acompanha, é o que vemos na clínica através da drogadição, do suicídio, da anorexia e da bulimia. É como se o adolescente tivesse pressa de viver ou de morrer. Tudo é vivido muito intensamente nesse momento: até os sintomas são marcantes na adolescência. Encontramos, frequentemente, uma tendência a agir (DANTAS, 2002, p. 41)⁴⁴.

A crise da adolescência, na psicanálise, pode então ser compreendida a partir de três pontos: passagem do corpo infantil para o estatuto de corpo sexuado, a elevação da libido e a escolha de um novo objeto sexual não incestuoso e por fim, a perda gradativa da identificação com os pais (MOREIRA; ROSÁRIO; SANTOS, 2011)⁴⁵.

Sendo assim, pode-se dizer que o termo “adolescência”, pouco comum na teoria freudiana⁴⁶, trata-se de um processo marcado pelo surgimento da puberdade e principalmente pela revivência do Édipo que agora possibilita o ato sexual, proporcionando transformações psíquicas e emocionais. De acordo com Cardoso (2008),

a adolescência configura uma experiência de ruptura e transformação, ao mesmo tempo em que promove o retorno de conflitos infantis inconscientes, num entrecruzamento da revivência de um desamparo primário com a revivência do Complexo de Édipo (CARDOSO, 2008, p. 70).

Para Rassial (1999), “adolescência é o momento privilegiado onde, encontrando a sexualidade não mais como o próprio de um adulto diferente, mas como o que organiza sua nova posição, o sujeito deve responder com os meios que dispõe.” (RASSIAL, 1999, p. 20).

No Brasil, de acordo com Moreira, Rosário e Santos (2011), há uma tendência em antecipar o início da vida juvenil para antes dos 15 anos devido ao prematuro ingresso no mundo do trabalho. Em consonância com esses autores, juventude que é uma categoria etária, localizada entre os 15 e 24 anos, é caracterizada “a partir das ideias de força, sentimento de

⁴⁴ http://www.unicap.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=84

⁴⁵ <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8943/7450>

⁴⁶ Cabe lembrar que Freud quase não menciona o designo adolescência, mas em puberdade. Entende-se que, pelo fato de a adolescência ser considerada um fenômeno cultural que se modifica, Freud utiliza puberdade, que é constante. No entanto, tem um fator invariável que é o ressurgimento da pulsão sexual manifesta, agora, em um corpo adulto.

inadequação, rebeldia, ruptura, hedonismo” (p. 461). Tais características estão presentes também na adolescência que, embora tenha definição própria, será incluída em uma categoria mais ampla: a juventude (MOREIRA; ROSÁRIO; SANTOS, 2011)⁴⁷.

Embora consideremos as especificidades que compreendem a adolescência, utilizaremos nesse estudo o designo genérico “juventude”, para nos referirmos aos sujeitos da faixa etária entre 12 e 24 anos que intentaram ou cometeram o ato de autoextermínio.

A articulação teórica sobre o suicídio sustenta-se em textos psicanalíticos e a teoria freudiana foi contemplada para se abordar a questão.

4.2 Luto, melancolia e narcisismo: o suicídio em Freud

Em *Luto e Melancolia*, Freud (1917 [1915]/1996) caracteriza o luto como reação à perda de um objeto amado. Diante da perda, o confronto com a realidade exige que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Na melancolia, nem sempre o objeto perdido pode ser identificado, levando o autor a acreditar que a perda se dá em nível inconsciente, diferente do luto que se apresenta de forma consciente. Na melancolia outra característica chama a atenção: as autoacusações, contudo, são recriminações que apontam para um objeto amado e que foram deslocadas para o ego. Dessa forma, cria-se uma identificação do eu com o objeto abandonado, que a partir de então, pode ser julgado como um objeto externo. Como o ego torna-se passível de punição, a partir dessa identificação, pode tratar-se a si mesmo como um objeto, dirigindo a si mesmo com hostilidade, assim o suicídio no melancólico torna-se possível (FREUD, 1917 [1915]/1996). Contudo, Freud afirma que isto é “secundário; trata-se do efeito do trabalho interno que lhe consome o ego – trabalho que, nos sendo desconhecido, é, porém, comparável ao do luto” (FREUD, 1917 [1915]/1996, p.252).

De acordo com Freud, “se o amor pelo objeto – um amor que não pode ser renunciado, embora o próprio objeto o seja – se refugiar na identificação narcisista, então o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento” (FREUD, 1917 [1915]/1996, p. 256/257). A catexia, calcada narcisicamente, quando rompida com o objeto original, sofre uma dupla vicissitude: uma parte volta-se a identificação narcísica, enquanto a outra, devido à ambivalência, é encaminhada à etapa de sadismo. É esse sadismo que soluciona o enigma da tendência ao

⁴⁷ <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8943/7450>

suicídio, pois “na regressão desde a escolha objetal narcisista, é verdade que nos livramos do objeto; ele, não obstante, se revelou mais poderoso do que o próprio ego. Nas duas situações opostas, de paixão intensa e de suicídio, o ego é dominado pelo objeto [...]” (FREUD, 1917 [1915]/1996, p. 257).

Na melancolia, Freud cita a identificação narcisista com o objeto, ou seja, a escolha objetal é efetuada numa base narcisista. Apoiando-se na ineficácia do método psicanalítico tradicional em determinados pacientes como os esquizofrênicos, propôs a ideia da libido do eu ou libido narcísica. Uma das primeiras exposições que fez sobre o narcisismo estava relacionada à análise do caso de paranoia de Schreber (KAUFMANN, 1996).

Em *Sobre o narcisismo: uma introdução*, o termo narcisismo adquiriu o valor de um conceito. Como fenômeno libidinal, o narcisismo passou então a ocupar um lugar essencial na teoria do desenvolvimento sexual do ser humano. Freud definiu o narcisismo como a atitude resultante da transposição, para o eu do sujeito, dos investimentos libidinais antes feitos nos objetos do mundo externo. Trata-se, portanto de uma fase do desenvolvimento do sujeito que se situa entre o autoerotismo e a escolha objetal. (ROSÁRIO, MOREIRA, 2012)⁴⁸. Freud ainda postula que a libido do eu é inversamente proporcional à libido do objeto, já que se trata da mesma energia das pulsões sexuais que ora se volta para o eu, ora para o objeto; observa-se um movimento de gangorra: se uma enriquece, a outra empobrece (FREUD, 1914/1996).

Sobre a clínica das psicoses, Freud se questiona sobre qual seria o destino da libido que é retirada dos objetos. Considerando que as distorções patológicas nada mais são do que repetições de um estado psíquico anterior, postula então, a partir do exemplo do delírio de grandeza, a existência de um estado original onde o eu é totalmente investido pela libido. A esse estado de onipotência, definiu-se como narcisismo primário. No narcisismo secundário a libido é investida nos objetos, há um retorno dos investimentos feitos sobre objetos externos ao eu. Freud dá à libido um caráter móvel, permitindo que seja possível ao mesmo tempo o investimento no eu e em objetos externos, na mesma medida em que permite a retirada dos investimentos externos com retorno da libido ao eu (DRUBSCKY, 2008 *apud* OLIVEIRA; PATTARELLI, 2012)⁴⁹.

Assim, pensar o ato suicida a partir dos textos freudianos mencionados, implica considerar o modo de relação do sujeito com seus objetos. Na perspectiva da melancolia, o ato suicida ocorre quando o eu é maciçamente identificado com o objeto abandonado. De maneira

⁴⁸ <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/viewFile/234/296>

⁴⁹ http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2012/8/494_811_publipg.pdf

análoga, na problemática do narcisismo, podemos conjecturar que, quando o movimento de gangorra mencionado por Freud (1914/1996) não ocorre, ou seja, quando o investimento libidinal é direcionado somente para o objeto, o eu, desinvestido de libido, ao ser abandonado pelo objeto, não suportaria a existência.

Outro aspecto fundamental para se tentar compreender a dinâmica do comportamento suicida é analisar o contexto social/histórico e as implicações que estes trazem para os sujeitos.

4.3 O contexto social e a clínica do suicídio – “o caso Mariana”

É impossível analisar o fenômeno do suicídio sem levar em consideração o contexto social e histórico em questão. Cambaúva e Silva Júnior (2005)⁵⁰ afirmam que o meio social oferece aos indivíduos modelos de estruturação e funcionamento da personalidade, e a subjetividade dos mesmos é constituída de acordo com tais modelos. Neste cenário contemporâneo, percebe-se a fragilidade dos laços sociais e afetivos que produzem no sujeito ambivalências de sentimentos de segurança e valores éticos e morais.

“Vivemos em uma sociedade delirantemente suicida, que aniquila os seus cidadãos das formas mais violentas” (ANGERAMI-CAMON, 2009 p. 178). O autor responsabiliza a sociedade contemporânea pelo ato suicida e por outras formas de violência, dizendo que o ato suicida nada mais é do que o produto de uma sociedade que promove a violência, “a destruição social faz com que as vítimas dessa degeneração transformada em violência nada mais sejam do que simples vítimas de uma sociedade suicida que aniquila suas próprias células” (ANGERAMI-CAMON, 2009, p. 178).

Rigo (2013)⁵¹ afirma que vivemos em um mundo cuja lógica capitalista exige que tenhamos sucesso, há um imperativo de gozo e satisfação, não havendo lugar para tristeza e para a dor. As famílias normalmente reproduzem essa lógica em suas casas, a partir dessa situação, os adolescentes são envolvidos por esse imperativo de que precisam atender tais exigências, que precisam alcançar o sucesso, tornarem-se ícones. Muitas vezes, por se sentirem incapazes de atender a essa demanda, precipitam-se ao ato suicida.

⁵⁰ <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v25n4/v25n4a03.pdf>

⁵¹ Debate online: Suicídio – Uma questão de saúde pública e um desafio para a Psicologia clínica. Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=epjhgKhOu9g>.

Rosário e Moreira (2012, p. 77)⁵², a respeito do cenário atual, afirmam ser possível observar que:

[...] atravessamentos sociais incidem de maneira contundente no sujeito. Características como o individualismo exacerbado, a política neoliberal e o capitalismo buscando ocupar um lugar norteador das relações são observadas nas relações contemporâneas. Com os efeitos dos novos arranjos sociais, balizados por tais características, vislumbramos uma nova configuração que incide substancialmente na subjetividade contemporânea.

Ainda segundo as autoras, a sociedade pós-moderna contribui de forma incisiva para o enfraquecimento do vínculo social, onde os sujeitos tendem a minimizar seus investimentos libidinais. O que se vê então são relações baseadas no superficialismo, “uma promiscuidade sexual e uma ‘escolha’ por exprimir os conflitos através da atuação” (ROSÁRIO; MOREIRA, 2012, p. 78)⁵³.

Analisando a clínica do suicídio, Rigo (2013), ao fazer uma correlação entre o ato suicida e a intenção de morrer, afirma que há pessoas que, inconscientemente, não têm o desejo de morte propriamente dito, como se inconscientemente desejassem que o ato fracassasse. A essa faceta, chamada de *acting out* relata que:

O sujeito faz um apelo ao outro. Na verdade, é um tipo de suicídio onde normalmente o que está em jogo é uma demanda de amor, uma demanda de atenção, de reconhecimento. O sujeito cria a cena, se insere nela para que o outro possa perceber o grau do seu sofrimento. (Informação verbal)⁵⁴.

De modo semelhante, Kaufmann vem dizer que “[...] um *acting out* pode constituir um apelo, um desafio, uma réplica, que atestam uma incapacidade do dizer [...]” (KAUFMANN, 1996, p. 4). É justamente desse mecanismo que Mariana lança mão.

Mariana tem 17 anos e durante a realização dessa pesquisa, estava em acompanhamento psicológico na Clínica Escola da UNIPAC de Barbacena. É filha de pais separados, permanece com a mãe durante a semana e com o pai aos finais de semana, tem três irmãos.

Mariana foi encaminhada até a Clínica por meio de uma solicitação do Conselho Tutelar, que foi acionado pela escola. Assim que foi acolhida pelo plantão da Clínica, foi

⁵² <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/viewFile/234/296>

⁵³ <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/viewFile/234/296>

⁵⁴ <http://www.youtube.com/watch?v=epjhgKhOu9g>.

encaminhada para o estágio de Psicodiagnóstico, o laudo emitido vem afirmar que ela apresentava grande dificuldade de relacionamento interpessoal. Também foi identificado neste processo depressão em nível grave, com ideação suicida. Tais dados indicavam a necessidade de acompanhamento psiquiátrico e psicológico, além de vigilância por parte dos familiares. Nesta data, Mariana já havia tentado suicídio duas vezes, sendo a primeira quando estava com 15 anos. Durante as entrevistas, não revelou a razão que a levou ao primeiro ato suicida, com relação ao segundo ato, disse ter sido em decorrência da perda da avó materna, com quem mantinha uma relação amistosa. Contudo, por meio de outras informações obtidas durante as entrevistas, o fim do seu primeiro namoro, cuja iniciativa foi do namorado, parece ter tido papel crucial no desencadeamento do primeiro ato.

A escola é um espaço privilegiado na trama de Mariana. Foi o cenário escolhido para as duas tentativas, a ingestão de altas doses de medicamentos da mãe⁵⁵ foi o método utilizado por ela. Freud, em *Contribuições para uma discussão acerca do suicídio*, ressalta o quanto a instituição escolar tem importante papel na vida psíquica do jovem, segundo ele “a escola secundária toma o lugar dos traumas com que outros adolescentes se defrontam em outras condições de vida” (FREUD, 1910/1996, p. 243). Ainda, de acordo com o autor, tal ambiente tem papel crucial no desencadeamento da ideação suicida, a escola deve “lhes dar o desejo de viver e devia oferecer-lhes apoio e amparo numa época da vida em que as condições de seu desenvolvimento os compelem a afrouxar seus vínculos com a casa dos pais e com a família” (FREUD, 1910/1996, p. 243).

De acordo com Baggio, Palazzo e Aerts (2009, p. 143)⁵⁶,

a escola tem papel estratégico para a promoção e proteção da saúde de seus alunos, pois é o local onde são reproduzidos os padrões de comportamento e relacionamentos que podem por em risco a saúde dos jovens. Nesse sentido, acredita-se que a escola possa ser um local privilegiado para a identificação precoce de situações problemáticas [...].

Mariana referencia a escola diversas vezes. Em um momento da entrevista relata que é nesse espaço que pratica esporte atualmente: “*eu faço na educação física na escola, só*”. Sua entrada na Clínica Escola deu-se mediante encaminhamento do Conselho Tutelar por conta do comportamento dos colegas com ela, contudo, acreditou-se que há outras razões desse encaminhamento que não foram esclarecidas nas entrevistas.

⁵⁵ Mariana não soube precisar qual medicamento utilizou, mas refere que se tratava de um medicamento para controle de pressão arterial.

⁵⁶ <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/15.pdf>

Rassial vem dizer de uma propensão ao “agir” na crise da adolescência, que reúne tanto os *acting out*, quanto as passagens ao ato. Para o autor, “a adolescência aparece como um momento de loucura” e afirma que “comumente a entrada na psicose se dá num registro de uma crise de adolescente” (RASSIAL, 1999, p. 125). Distingue dois tipos de tentativa de suicídio: por em ato uma demanda neurótica (especificamente histérica) e as passagens ao ato psicótico.

Durante as entrevistas, ficou clara a dificuldade de Mariana em estabelecer vínculos afetivos e de amizade, de falar de si mesma. Há em seu histórico de vida, a morte de pessoas que para ela eram muito importantes, a saber, um tio e os avós maternos. A morte de alguns familiares quando ela tinha nove anos parece não terem sido superadas, ou seja, o processo de luto aparentemente ainda não foi elaborado. Freud (1996, p. 249), em *Luto e Melancolia* afirma que: “o luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante”.

O luto é um processo interno demorado que consome o próprio ego e não é possível estipularmos o tempo que cada pessoa levará para a elaboração, pois se trata de um processo individual. Sendo assim, cada pessoa enlutada deve ter seu tempo respeitado, já que o mundo do sujeito durante o processo se torna frio, pobre e vazio e, seria inútil ou até mesmo prejudicial ao sujeito interferir no seu processo.

Roudinesco (1998, p. 505), diz que tanto o luto quanto a depressão podem expressar um tipo de melancolia, já que a melancolia é considerada “uma forma de loucura caracterizada pelo humor sombrio, isto é, por uma tristeza profunda, um estado depressivo capaz de conduzir ao suicídio”. Ela ainda nos diz que a melancolia, forma patológica da depressão, tem como sintomas clínicos o “ânimo entristecido, sentimento de um abismo infinito, extinção do desejo e da fala, impressão de hebetude, seguida de exaltação, além de atração irresistível pela morte, pelas ruínas, pela nostalgia e pelo luto” (p. 506). Desta forma o humor triste, a inibição das atividades mentais e físicas além do sofrimento moral, fazem parte do dia a dia do sujeito deprimido. Segundo Ey, Bernard e Brisset (1974, p. 250), sobre a depressão, diz que “a inibição pode ser uma reação normal no indivíduo são após um acontecimento muito penoso (luto normal). O exagero ou o prolongamento deste estado é que se torna patológico”.

Durante as entrevistas, Mariana afirma que não confia em ninguém, que não se sente importante para ninguém. Suas relações afetivas parecem ser mais breves e superficiais.

Quando questionada sobre seu relacionamento com os pais, relata que “*eles ficam no canto deles e eu no meu*”. Na escola quando é convidada para realizar alguma atividade em grupo, esse comportamento se repete: “*eu não gosto de fazer nada junto*”.

O fato de negar-se a falar de si mesma parece dizer sobre um aspecto da histeria. A histeria “é uma neurose caracterizada por quadros clínicos variados e os conflitos psíquicos inconscientes se exprimem de maneira teatral e sob a forma de simbolizações [...]” (Roudinesco, 1998, p. 337). Esse “não falar”, bem como as tentativas de suicídio, podem ser entendidos como modos de simbolização expressos nas formas de laço da adolescente. O “não falar” diz respeito à dinâmica da histeria que, ao perceber aquilo que o outro quer, nega-se a entregar. De maneira análoga, com relação às tentativas de suicídio, o caráter histriônico revela-se na escolha de Mariana de um local público para a realização de seu ato.

O que parece predominar para Mariana não é o desejo de morrer, mas o desejo de não perder novamente. A primeira tentativa de suicídio parece ter se dado em virtude da perda do primeiro namorado, a segunda após o falecimento de sua avó, Mariana tinha forte laço com ambos. Nesse caso, a falta remete ao insuportável. Trabalhou-se com a hipótese de o caso de Mariana se tratar de uma neurose histérica. A depressão, que na psiquiatria é localizada como doença mental, na psicanálise encontra-se no campo da sintomatologia. No caso estudado, inferiu-se que o sintoma depressivo de Mariana, que tem como alicerce uma estrutura neurótica histriônica, culminou no *acting out* manifesto nas tentativas de suicídio.

É importante ressaltar que para a psicanálise a pesquisa e o tratamento coincidem. Em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, Freud (1912/1996) afirma que não é bom trabalhar cientificamente num caso enquanto o tratamento ainda está em curso. Nesse texto, Freud diz ainda que “os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança [...] sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta neles, e sempre se o enfrenta com liberalidade, sem quaisquer pressuposições” (FREUD, 1912/1996, p. 128).

No entanto, como os autores desse estudo não atuaram como analistas de Mariana, mas entendem que, pelo fato de a jovem ainda estar em tratamento, não é possível fechar qualquer conclusão definitiva a respeito de seu caso. Pode-se, no entanto apontar, a partir de seu discurso no contexto da entrevista, que sua dificuldade em estabelecer laços sociais é acentuada na realidade do município, pois quase não há Políticas Públicas voltadas aos jovens no sentido de promover o acesso ao lazer, à cultura e à prática de esportes. A rede de saúde

municipal também dá sinais de despreparo no sentido de viabilizar soluções e estratégias visando à prevenção do comportamento suicida.

5 Políticas Públicas, estratégias de intervenção e prevenção do comportamento suicida

Em 2005, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho cujo objetivo era elaborar e implantar o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, com representantes do governo, de entidades da sociedade civil e das universidades. (Portaria GM nº 2.542 de 22 de dezembro de 2005). No ano seguinte, o Ministério da Saúde apresentou a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio (ENPS). A Portaria GM nº 1.876 foi criada em 14 de agosto de 2006 e as principais diretrizes foram: desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006)⁵⁷.

No campo das Políticas Públicas, a prevenção e controle de todas as situações de vulnerabilidade para o suicídio, compete à rede que deve ser constituída basicamente por dois níveis de articulações das ações:

O primeiro nível está na área da saúde, formado por profissionais da saúde epidemiológica, serviços de urgência, de saúde mental e da atenção primária, que vão construir juntos, os planos de cuidados; e b) o segundo nível abrange integrantes de outros setores, públicos ou não, que vão definir e aplicar medidas, medidas de apoio a pessoas em situações de vulnerabilidade e suas famílias. (MOURA *et al.*, [20--], p. 9)⁵⁸.

De acordo com o projeto de pesquisa realizado em quatro municípios do Rio Grande do Sul:

⁵⁷ http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

⁵⁸ http://www.saude.rs.gov.br/upload/1339707841_Preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20suic%C3%ADdio%20-%20orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20forma%C3%A7%C3%A3o%20de%20redes%20municipais%20de%20preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20controle%20do%20suic%C3%ADdio.pdf

O cuidado com o paciente que tentou suicídio se inicia na unidade de emergência mas deve ser referenciado ao profissional de saúde mental para os devidos encaminhamentos quer seja, para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para o Programa Saúde da Família (PSF), ou mesmo para outros serviços existentes no município, que devem desenvolver um trabalho efetivo e articulado de apoio e tratamento a essas pessoas, contribuindo para prevenção de novas tentativas (MOURA *et al.*, [20--], p. 12)⁵⁹.

Como um sério problema de saúde pública, a prevenção do comportamento suicida, envolve uma série de atividades, em diferentes níveis. Considerando o despreparo dos profissionais na atenção básica diante do problema, o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde e o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, lançaram em 2009 o guia “Prevenção do Suicídio: Manual Dirigido a Profissionais da Saúde da Atenção Básica”. De acordo com ele, o comportamento suicida tem causas complexas que interagem entre si. Dentre os fatores de risco, são destacados:

- a) transtornos psiquiátricos, tais como depressão, esquizofrenia e dependência de álcool;
- b) doenças físicas, particularmente as dolorosas e incapacitantes;
- c) pobreza, a perda de pessoas queridas, desentendimentos com familiares ou amigos, uma ruptura de relacionamento são, reconhecidamente, fatores de risco que afetam os que estão predispostos, ou especialmente vulneráveis ao suicídio;
- d) história de suicídio na família, tanto a aspectos psicossociais quanto genéticos;
- e) ter acesso aos meios de se matar (armas de fogo, medicamentos, pesticidas).
- f) ter tentado o suicídio anteriormente é, também, um importante fator preditivo de um futuro suicídio (BRASIL, 2009)⁶⁰.

De acordo com a publicação, a maioria das pessoas sob risco de suicídio apresentam três características, sendo a 1) ambivalência: “é atitude interna característica das pessoas que pensam em, ou que tentam o suicídio. Quase sempre querem ao mesmo tempo alcançar a morte, mas também viver.” (BRASIL, 2009, p. 19)⁶¹. Essa ambivalência é observada quando Mariana é questionada sobre o que diria a alguém que estivesse tentando tirar a própria vida: “*que não era pra você fazer isso*”. Na sequência da entrevista, ela é perguntada sobre o porquê diria isso ela e responde: “*porque é doideira*”, pergunta-se a ela o que é “*doideira*” e

⁵⁹ http://www.saude.rs.gov.br/upload/1339707841_Preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20suic%C3%ADdio%20-%20orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20forma%C3%A7%C3%A3o%20de%20redes%20municipais%20de%20preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20controle%20do%20suic%C3%ADdio.pdf

⁶⁰ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_prevencao240111.pdf

⁶¹ *ibidem*

ela afirma: “*tirar a própria vida*”. Ainda de acordo com a publicação, “o predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é o fator que possibilita a prevenção do suicídio” (BRASIL, 2009, p. 19)⁶². 2) impulsividade: “o suicídio pode ser também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, ou para cometer suicídio pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas” (BRASIL, 2009, p. 19)⁶³. 3) rigidez/constrição: “o estado cognitivo é, geralmente, de constrição. A consciência passa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. Os pensamentos, sentimentos e ações estão constritos, quer dizer, constantemente pensa-se em suicídio como única solução” (BRASIL, 2009, p. 20)⁶⁴. Visto que o caso foi estudado com base em duas entrevistas, não foi possível observar no relato de Mariana as características de impulsividade e rigidez/constrição.

As pessoas com ideação suicida comunicam suas intenções e frequentemente dão sinais e fazem comentários de que “querem morrer”. Nesse sentido, o manual orienta os profissionais de saúde a ficarem atentos às frases de alerta,

por trás delas estão os sentimentos de pessoas que podem estar pensando em suicídio. São quatro os sentimentos principais de quem pensa em se matar. Todos começam com “D”: depressão, desesperança, desamparo e desespero. (BRASIL, 2009, p. 20)⁶⁵.

Com relação ao risco de suicídio, são elencados três níveis: o baixo, onde a pessoa não fez nenhum plano e a orientação é oferecer apoio emocional, trabalhar com os sentimentos suicidas e focalizar nos aspectos positivos da pessoa. No caso de a pessoa não conseguir identificar uma condição tratável, o encaminhamento para um profissional da saúde mental se faz necessário. O nível médio abarca as pessoas que têm pensamentos e planos suicidas. Além das medidas já citadas, com a permissão da pessoa, orienta que seja feito contato com sua família e amigos no sentido de discutir medidas de prevenção, como esconder armas, não deixar medicamentos em local que a pessoa tenha acesso e com alguém responsável por administrá-los. Mariana parece se enquadrar nesse nível e ao final da segunda entrevista, afirma que ainda existe a possibilidade de voltar a atentar contra a própria vida. Por fim, no nível alto, a pessoa apresenta um plano definido, os meios para fazê-lo, e planeja fazê-lo prontamente. Diante dessa condição, a orientação é nunca deixar a pessoa sozinha, devendo

⁶² http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_prevencao240111.pdf

⁶³ *ibidem*

⁶⁴ *ibidem*

⁶⁵ *ibidem*

ser encaminhada ao setor de referência em saúde mental. A família deve ser prontamente informada (BRASIL, 2009)⁶⁶.

A escola, bem como seus professores, tem papel fundamental no sentido de fornecimento de apoio e criação de espaço onde o jovem possa falar de si. Cabe ressaltar que Mariana relata que a única pessoa com quem se sentiu à vontade para falar sobre a segunda tentativa foi sua professora de educação física. Cabe lembrar que os atendimentos psicológicos realizados com Mariana foram iniciados a partir de um encaminhamento feito pelo Conselho Tutelar. Este, por sua vez, foi acionado pela Escola.

Em 2000 foi elaborado um Manual para Prevenção de Suicídio para Professores e Educadores. Este documento aponta para os profissionais da educação a importância de ficarem atentos às mudanças súbitas ou dramáticas relacionadas ao desempenho dos estudantes, como: falta de interesse nas atividades habituais; declínio geral nas notas; diminuição no esforço/interesse; má conduta na sala de aula; faltas não explicadas e/ou repetidas, ficar “matando aula”; consumo excessivo de cigarros (tabaco) ou de bebida alcoólica, ou abuso de drogas (incluindo maconha); incidentes envolvendo a polícia e o estudante violento (OMS, 2000, p.17)⁶⁷.

Se algum desses sinais for identificado por um professor ou orientador escolar, o grupo coordenador da escola deve ser alertado e medidas devem ser tomadas para se obter uma avaliação abrangente do estudante, desde que ele indique sofrimento severo em que o resultado, em alguns casos, pode ser o comportamento suicida.

A respeito da avaliação, a Organização Mundial da Saúde ressalta que quando se trata de suicídio, a escola precisa ter consciência de que os problemas são sempre multidimensionais, alertando que entre os fatores associados estão as tentativas prévias de suicídio. “Ter história de tentativas prévias de suicídio é um dos fatores mais significativos de risco. Pessoas jovens em sofrimento tendem a repetir seus atos” (OMS, 2000, p. 18)⁶⁸.

No sentido de elaborar estratégias para prevenção do suicídio, no ano de 2004 o programa Centro de Valorização da Vida (CVV)⁶⁹ iniciou sua parceria com o Ministério da Saúde. O programa CVV é uma iniciativa privada, constituído por voluntários, foi fundado em primeiro de março de 1962. Oferece um serviço de grande relevância, pois oferece suporte às pessoas que estão em sofrimento, buscando evitar a consumação do suicídio.

⁶⁶ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_prevencao240111.pdf

⁶⁷ http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf

⁶⁸ *Ibidem*

⁶⁹ <http://www.cvv.org.br/>

(DOCKHORN; WERLANG, 2008)⁷⁰. Tal serviço é oferecido via *chat online*, telefone (141), por meio do software Skype e por e-mail.

Dockhorn e Werlang (2008, p.185) afirmam que

predizer quais sujeitos vão transformar fantasias e/ou ideações em atos concretos, sem dúvida, é um problema de difícil solução. Contudo, é possível afirmar que a maioria dos suicídios pode ser prevenida. Para tanto, é necessária uma exaustiva qualificação dos agentes de prevenção e/ou intervenção, já que a avaliação em relação ao comportamento suicida deve ser extremamente cuidadosa, considerando o indivíduo em sua singularidade e especificidade.

Contudo, é importante dizer que a função do voluntário que atende um sujeito em crise por contato telefônico ou *online* é oferecer um espaço para que nos momentos de crise os solicitantes do serviço tenham condições de expor suas questões. "A relação de ajuda não é aconselhamento, nem um substituto da psicoterapia ou qualquer tipo de ajuda especializada", mas no sentido de desabafar (DOCKHORN; WERLANG, 2008, p. 193).

⁷⁰ <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/4817/3636>

6 Considerações finais

A investigação do comportamento suicida é uma das questões mais intrigantes para o profissional psicólogo e representa um grave problema de saúde pública. Sua ocorrência atinge não só o sujeito, mas também afeta toda a comunidade através das marcas que deixa nos sobreviventes. Nesse sentido, é preciso pensar então em estratégias de enfrentamento do problema que envolvam toda a sociedade.

Diante dos altos números de tentativas de suicídio e dos vários casos de atos consumados, foi necessário realizar uma investigação na rede de saúde do município a fim de verificar como os setores agem diante dos casos de autoextermínio. Nesse sentido, a Vigilância Epidemiológica, o setor de Saúde Mental e o do Programa Saúde da Família, os Prontos Atendimentos da Santa Casa de Misericórdia e do hospital Ibiapaba⁷¹ foram procurados e questionados sobre como tratam o problema.

Foi possível observar que há graves falhas na rede que refletem diretamente nas taxas de tentativas e suicídios a cada ano, pois não há articulação entre os diversos setores de saúde do município, há ainda um empasse, uma delegação de responsabilidade. Nesse sentido, os setores procurados afirmam que não possuem conhecimento a respeito de trabalhos ou projetos direcionados para prevenção e implementação de Políticas Públicas voltadas para a diminuição das ocorrências das tentativas de autoextermínio. A partir de uma consulta no site oficial do município⁷², percebe-se também a escassez de Políticas Públicas voltadas aos jovens no sentido de lhes proporcionar opções de lazer, cultura e esportes.

Desse modo, é preciso discutir o tema abertamente entre todos os setores da sociedade, pois o suicídio é de fato uma realidade na juventude e demanda medidas preventivas por parte das autoridades. “É necessário que a sociedade ‘abraçe’ as políticas que valorizam a vida, compartilhe adversidades, resgate autoestima e redimensione a lógica do atendimento em saúde” (VIEIRA *et al.* 2009, p. 1832)⁷³. Reconhecemos as limitações concernentes ao presente estudo, contudo, esperamos que o mesmo sirva para promover a reflexão e possível mudança na forma como a temática do suicídio é abordada no município de Barbacena.

⁷¹ hospital particular localizado no município de Barbacena.

⁷² <http://www.barbacena.mg.gov.br>

⁷³ <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/24.pdf>

Referências

- ABASSE M. L. F. *et al.* **Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.2, mar./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a10v14n2.pdf>> Acesso em: 11 mar. 2013.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **Tendências em psicologia hospitalar: A ética diante dos casos de suicídio.** São Paulo: Cengage Learning, 2009.
- ARAÚJO, C. N.; ROMERA, M. L. C.; OLIVEIRA, P. R. **Abordagem epidemiológica e psicológica sobre o suicídio no município de Uberlândia – MG, no período de 2004 – 2008.** Universidade Federal de Uberlândia, [20--]. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.seer.ufu.br%2Findex.php%2Fhorizontecientifico%2Farticle%2Fdownload%2F11686%2F7501&ei=sIBpUrDzEon-9QTo4IH0DA&usg=AFQjCNH9xGmX6wzAQUAIXvFukZIIOK8Jgw&bvm=bv.55123115,d.eWU&cad=rja>>. Acesso em: 24 out. 2013.
- BAGGIO, L.; PALAZZO, L. S.; AERTS, D. R. G. C. **Planejamento Suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.25, 2009. p. 142-150. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/15.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2013.
- BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão: atualizações.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- BOTEGA, N. *et al.* **Comportamento suicida.** Psicov. V.37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006.
- BOTEGA, N. **Comportamento suicida em números.** Associação Brasileira de Psiquiatria. Debates, v.2, n.1, jan/fev. 2010. Disponível em: http://www.abp.org.br/download/PSQDebates_7_Janeiro_Fevereiro_light.pdf. Acesso em: 30 set. 2013.
- BRASIL, K. T.; *et al.* **Fatores de risco na adolescência:** discutindo dados do DF. Paidéia. Ribeirão Preto. v.16, n.35, 2006. p. 377-384.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde; Universidade Estadual de Campinas. **Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf> Acesso em: 10 set. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde; Universidade Estadual de Campinas. **Prevenção do Suicídio: Manual Dirigido a Profissionais da Saúde da Atenção Básica.** 2009. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_prevencao240111.pdf > Acesso em: 10 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para Prevenção do suicídio**. Portaria n. 1876, de 14 de agosto de 2006. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em: 20 out. 2013.

CALLIGARIS, C. **A adolescência**. São Paulo: Publifolha. 2001.

CAMBAÚVA L. G.; SILVA JUNIOR M. C. **Depressão e Neoliberalismo**: Constituição da Saúde Mental na Atualidade. Psicologia Ciência e Profissão, 2005. p.525-535 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v25n4/v25n4a03.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2013.

CARDOSO, Marta Rezende. Transgressão pulsional e geracional: a perpetuação da adolescência. In: CARDOSO, Marta Rezende; MARTY, Francis (Org.). **Destinos da Adolescência**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2008. p. 69-80

DOCKHORN. Carolina Neumann de Barros Falcão; WERLANG, Blanca Susana Guevara. **Programa CVV: Prevenção do suicídio no contexto das hotlines e do voluntariado**. Revista Textos & Contextos. Porto Alegre, v. 7, n. 2, 2008. p.183-198.

DANTAS, N. M. **Adolescência e psicanálise**: uma possibilidade teórica, 54 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Centro de Teologia e Ciências Humanas. Universidade Católica de Pernambuco. Departamento de Psicologia. Recife, Pernambuco. 2002.

DOLTO, F. **A causa dos adolescentes**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

DRUBSCKY, C. A. **Até que ponto o narcisismo pode ser datado?**: Uma reflexão à luz das contribuições de Peira Aulagnier. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

OLIVEIRA, N. Z.; PATTARELLI, S. C. **O Narcisismo e psicanálise**. V Congresso de Psicologia da UNIFIL 2012. Disponível em: <http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2012/8/494_811_publipg.pdf> Acesso em: 17 out 2013.

EY, H.; BERNARD, P; BRISSET, C. **Manual de Psiquiatria**. 5.ed. São Paulo: Masson/Atheneu, 1974.

FREUD, S. Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, 1996, v.11. (Obra original publicada em 1910).

_____. Luto e melancolia. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, 1996, v.14. (Obra original publicada em 1917 [1915]).

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 1996. v.12. (Obra original publicada em 1912).

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. *In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 1996. v.14. (Obra original publicada em 1914).

_____. Três ensaios sobre a sexualidade. *In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 1996, v.7. (Obra original publicada em 1905).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Barbacena - Infográficos:** dados gerais do município. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/G9J>> Acesso em: 18 out. 2013.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de Psicanálise**. Rio de Janeiro, Zahar, 1996. 785 p.

MACEDO, M. M. K. WERLANG, B. S. G. **Trauma, dor e ato:** o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. *Agora*, Rio de Janeiro, n. 1, 2007. p. 89-107.

MINAYO, M. C. S. **A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 1994. p. 07-18. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v10n1/a06v10n1.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2013.

MOREIRA, J. O.; ROSÁRIO, A. B.; SANTOS, A. P. **Juventude e adolescência:** considerações preliminares. *Revista Psico*, v. 42, n. 4, out./dez. 2011. p.457-464. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8943/7450>>. Acesso em: 22 out. 2013.

MOURA *et al.* **Prevenção do suicídio no nível local:** orientações para formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para profissionais que a integram. [20--]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1339707841_Preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20suic%C3%ADdio%20-%20orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20forma%C3%A7%C3%A3o%20de%20redes%20municipais%20de%20preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20controle%20do%20suic%C3%ADdio.pdf>. Acesso em 28 out. 2013.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Prevenção do suicídio:** Manual para Professores e Educadores. Genebra, 2000. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf>. Acesso em: 18 out. 2012.

_____. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001:** saúde mental – nova concepção, nova esperança. Genebra, 2000.

OPAS (Organización Panamericana de la Salud) **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** Capítulo 7: Suicidio: la violencia auto infligida. Mundial de la Salud: Washington, D.C., 2003. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_chap7_spa.pdf. Acesso em: 30 set. 2013.

PARREIRA, V. T. **Suicídio em Freud**, 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais. Centro de Pós-Graduação em Psicologia, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1988.

PORDEUS A. M. J.; FRAGA M. N. O.; FACÓ T. P. P. **Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza**, Ceará, Brasil. Caderno de Saúde Pública, v.19, n.4, 2003. p.1201-1204.

RASSIAL, J. **O adolescente e o psicanalista**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

RIGO, S. C. **Transmissão online: Suicídio:** Uma questão de saúde pública e um desafio para a Psicologia clínica. Conselho Federal de Psicologia. Disponível em:
 <<http://www.youtube.com/watch?v=epjhgKhOu9g>> Acesso em: 10 set. 2013.

ROSÁRIO, A. B.; MOREIRA, J. O. **Culpa e narcisismo na tragédia moderna**. Analytica, São João del-Rei, v. 1, n. 1, julho/dezembro de 2012. p. 73-89. Disponível em:
 <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/viewFile/234/296>> Acesso em: 23 set. 2013.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. 874 p.

SANTANA *et al.* **Caracterização das vítimas de tentativa de autoextermínio atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sete Lagoas e região**. Revista Bioethikos. Centro Universitário São Camilo; 2011. p. 84-92. Disponível em:
<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/82/Art10.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Análise de Situação de Saúde Minas Gerais 2010**, Belo Horizonte, 2010. Disponível em:
 <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/publicacao_subsec_saude_FINAL.pdf>. Acesso em 30 de setembro de 2013.

_____. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Análise de Situação de Saúde Minas Gerais 2012**, Belo Horizonte, 2010. Disponível em:
 <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/ANALISE%20DE%20SITUACAO%20DE%20SAUDE%20FINAL.pdf>>. Acesso em 30 set. 2013.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. **Tentativa de suicídio:** fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro,

v.29, janeiro de 2013. , p. 175-182. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf> >. Acesso em: 07 nov. 2013.

VIEIRA *et al.* "**Amor não correspondido**": discursos de adolescentes que tentaram suicídio. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.5, nov./dez. 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/24.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

WASELFISZ J. J. **Mapa da Violência 2013**. Homicídios e Juventude no Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:
<http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_homicidios_juventude.pdf>. Acesso em: 07 nov 2013.

WERLANG B.G.; FENSTERSEIFER L.; BORGES V. R. Dor psicológica e Suicídio: aproximações teóricas. *In*: WERLANG B. G.; OLIVEIRA M. S. **Psicologia Clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

WHO (World Health Organization) **Public Health Action for the Prevention of Suicide**. 2012. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf. Acesso em: 11 mar. 2013.

Anexo A: Tabelas

Tabela 1. Método utilizado no suicídio em Barbacena (CID 10) entre 2006 e 2012.

Causa determinante	Número de casos
X70Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	41
X61Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos) sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte	9
X68Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas	6
X69Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	6
X74Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	6
X76Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	2
X78Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante	2
X72Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão	1
X75Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos	1
X80Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	1
X82Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor	1
X84Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	1

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade - SIM – DATASUS

Tabela 2. Método utilizado no suicídio em Barbacena (CID 10) entre 2006 e 2012 na faixa etária dos 5 aos 24 anos.

Causa determinante	5-14a	15-24a
X61Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos) sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte	-	1
X68Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas	-	2
X70Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	1	14
X74Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	-	2

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade - SIM – DATASUS

Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____, possuidor da identidade nº _____, declaro que concordo em fazer parte da pesquisa intitulada “Considerações sobre a ideação suicida de jovens no município de Barbacena: uma análise psicanalítica”, em que participarei de uma entrevista e permitirei que os dados sejam devidamente utilizados pelos responsáveis para fins de pesquisa acadêmica.

Ao assinar esse termo de consentimento estou ciente de que:

- 1- Minha participação será voluntária e não remunerada;
- 2- Estou ciente de que as entrevistas podem suscitar sofrimentos psíquicos. Caso ocorra, terei o acompanhamento psicológico da Clínica Escola de Psicologia da UNIPAC-Barbacena, sem nenhum ônus financeiro.
- 3- As informações obtidas serão tratadas sob absoluto sigilo e anonimato e fielmente relatadas pelos pesquisadores;
- 4- Estou livre para interromper, a qualquer momento, a participação no estudo, não sofrendo qualquer tipo de sanção ou prejuízo em consequência do ato da desistência;
- 5- Os pesquisadores estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários quanto ao assunto abordado, durante a realização da pesquisa, conforme endereço de e-mail e telefone constantes abaixo;
- 6- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação no referido estudo.

Os pesquisadores asseguram, ainda, total sigilo com relação às informações coletadas. Os resultados individuais não serão divulgados. Os resultados gerais serão publicados em revistas científicas da área, garantindo o anonimato de todos os participantes.

Portanto, tenho pleno conhecimento de que esta pesquisa está de acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo e com a Resolução Nacional sobre Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde no Brasil.

Barbacena, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do responsável/voluntário

Telefones para contato: _____

Responsáveis pela pesquisa:

Marcos Leite do Carmo – (32)91112710, e-mail: marcos_leite2009@hotmail.com

Robson Carlos Ferreira – (32)88278627, e-mail: robsoncf@hotmail.com

Ângela Buciano do Rosário – (32)84029969, e-mail: estagiopsicologia@unipac.br

Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (responsável)

Eu _____, possuidor da identidade nº _____, declaro que autorizo _____ a fazer parte da pesquisa intitulada “Considerações sobre a ideação suicida de jovens no município de Barbacena: uma análise psicanalítica”, na condição de participante de uma entrevista. Permitirei que os dados sejam devidamente utilizados pelos responsáveis para fins de pesquisa acadêmica.

Ao assinar esse termo de consentimento estou ciente de que:

- 1- A participação será voluntária e não remunerada;
- 2- As entrevistas podem suscitar sofrimentos psíquicos. Caso ocorra, o entrevistado terá a opção de contar com o acompanhamento psicológico realizado na Clínica Escola de Psicologia da UNIPAC-Barbacena, sem nenhum ônus financeiro.
- 3- As informações obtidas serão tratadas sob absoluto sigilo e anonimato e fielmente relatadas pelos pesquisadores;
- 4- Estou livre para interromper, a qualquer momento, a participação no estudo, não sofrendo qualquer tipo de sanção ou prejuízo em consequência do ato da desistência;
- 5- Os pesquisadores estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários quanto ao assunto abordado, durante a realização da pesquisa, conforme endereço de e-mail e telefone constantes abaixo;
- 6- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação no referido estudo.

Os pesquisadores asseguram, ainda, total sigilo com relação às informações coletadas. Os resultados individuais não serão divulgados. Os resultados gerais serão publicados em revistas científicas da área, garantindo o anonimato de todos os participantes.

Portanto, tenho pleno conhecimento de que esta pesquisa está de acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo e com a Resolução Nacional sobre Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde no Brasil.

Barbacena, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do responsável/voluntário

Telefones para contato: _____

Responsáveis pela pesquisa:

Marcos Leite do Carmo – 32 91112710, e-mail: marcos_leite2009@hotmail.com

Robson Carlos Ferreira – 32 88278627, e-mail: robsoncf@hotmail.com

Ângela Buciano do Rosário – 32 84029969, e-mail: estagiopsicologia@unipac.br

Anexo D: Entrevista semiestruturada - tópicos a serem abordados

- a) Relacionamento familiar,
- b) Relacionamento amoroso;
- c) Aspectos socioeconômicos;
- d) Histórico de tratamento psicológico ou psiquiátrico, doenças mentais na família;
- e) Uso de drogas lícitas ou não;
- f) Tentativa de suicídio por parte de outra(s) pessoa(s) do círculo social;
- g) Ocupação, sendo se trabalha ou estuda, ou ambos;
- h) Método utilizado na tentativa;
- i) Endereçamento ao ato (comunicação prévia, elaboração de cartas ou bilhetes);
- j) Outras informações relevantes.

Anexo E: Autorização para realização de entrevista semiestruturada

Solicitamos autorização para que o (a) paciente _____ participe da pesquisa intitulada “Considerações sobre a ideação suicida de jovens no município de Barbacena: uma análise psicanalítica”, a ser realizada pelos alunos Robson Carlos Ferreira e Marcos Leite do Carmo, matriculados no 10º período do curso de Psicologia da UNIPAC-Barbacena, sob orientação da docente Ângela Buciano do Rosário.

A presente pesquisa visa investigar a problemática relativa à tentativa de suicídio envolvendo jovens do município de Barbacena. Objetiva-se, a partir da análise do discurso desses jovens, verificar quais fatores podem contribuir para o surgimento desse fenômeno e situá-los no contexto socioeconômico local.

Cientes do papel da Universidade como lugar de oferta de serviços conectados à realidade social, atrelados ao ensino e à pesquisa, ressaltamos a importância da realização dessas entrevistas para a execução da pesquisa.

Barbacena, ____ de _____ de 2013.

Estagiário(a) responsável pelo acompanhamento psicológico

Supervisor(a) do estágio

Anexo F: Ficha de investigação de intoxicação exógena

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO INTOXICAÇÃO EXÓGENA

Nº

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	INTOXICAÇÃO EXÓGENA		T 65.9		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20	Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22	Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso				
	Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da Investigação		32 Ocupação
33 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12- Outros 99 - Ignorado					
34		Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2. Ambiente de trabalho 3. Trajeto do trabalho 4. Serviços de saúde 5. Escola/creche 6. Ambiente externo 7. Outro 9. Ignorado			
Dados da Exposição	35	Nome do local/estabelecimento de ocorrência		36 Atividade Econômica (CNAE)	
	37 UF	38 Município do estabelecimento	Código (IBGE)	39 Distrito	
	40	Bairro	41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)		
	42	Número	43 Complemento (apto., casa, ...)	44 Ponto de Referência do estabelecimento	45 CEP
	46 (DDD) Telefone	47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	48 País (se estabelecimento fora do Brasil)		
	Intoxicação Exógena Sinan NET SVS 09/06/2005				

Dados da Exposição	49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral [] [] 01. Medicamento 02. Agrotóxico/uso agrícola 03. Agrotóxico/uso doméstico 04. Agrotóxico/uso saúde pública 05. Raticida 06. Produto veterinário 07. Produto de uso Domiciliar 08. Cosmético/higiene pessoal 09. Produto químico de uso industrial 10. metal 11. Drogas de abuso 12. Planta tóxica 13. Alimento e bebida 14. Outro 99. Ignorado			
	50 Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular Princípio Ativo 1 - _____ 1 - _____ 2 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 3 - _____			
	51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização [] 1. Inseticida 2. Herbicida 3. Carrapaticida 4. Raticida 5. Fungicida 6. Preservante para madeira 7. Outro 8. Não se aplica 9. Ignorado			
	52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual 01- Diluição 05- Colheita 09- Outros 1ª Opção: [] [] 02- Pulverização 06- Transporte 10- Não se aplica 2ª Opção: [] [] 03- Tratamento de sementes 07- Desinfestação 99- Ignorado 3ª Opção: [] [] 04- Armazenagem 08- Produção/formulação			
	53 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura _____			
Dados do Atendimento	54 Via de exposição/contaminação 1- Digestiva 4- Ocular 7- Transplacentária 1ª Opção: [] 2- Cutânea 5- Parenteral 8- Outra 2ª Opção: [] 3- Respiratória 6- Vaginal 9- Ignorada 3ª Opção: []			
	55 Circunstância da exposição/contaminação [] [] 01- Uso Habitual 02- Acidental 03- Ambiental 04- Uso terapêutico 05- Prescrição médica inadequada 06- Erro de administração 07- Automedicação 08- Abuso 09- Ingestão de alimento ou bebida 10- Tentativa de suicídio 11- Tentativa de aborto 12- Violência/homicídio 13- Outra: _____ 99- Ignorado			
	56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? [] 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		57 Tipo de Exposição 1- Aguda - única 2- Aguda - repetida 3- Crônica [] 4- Aguda sobre Crônica 9- Ignorado	
	58 Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento [] [] [] 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9- Ignorado			
	59 Tipo de atendimento [] 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Domiciliar 4- Nenhum 9- Ignorado		60 Houve hospitalização? [] 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Conclusão do Caso	61 Data da internação [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		62 UF [] []	
	63 Município de hospitalização Código (IBGE) [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		64 Unidade de saúde Código [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
	65 Classificação final 1 - Intoxicação confirmada 2 - Só Exposição 3 - Reação Adversa 4 - Outro Diagnóstico 5 - Síndrome de abstinência 9 - Ignorado []			
	66 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico _____ CID - 10 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []			
	67 Critério de confirmação [] 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico		68 Evolução do Caso [] 1 - Cura sem sequelas 2 - Cura com sequelas 3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa 5 - Perda de seguimento 9 - Ignorado	
69 Data do óbito [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. [] 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		
71 Data do Encerramento [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
Informações complementares e observações				
Observações:				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	