

CURSO DE PSICOLOGIA

Mara Unfer

**O ADOLESCENTE QUE BUSCA SUICIDAR-SE: REGISTROS DE VIDA NO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

Santa Cruz do Sul

2016

Mara Unfer

**O ADOLESCENTE QUE BUSCA SUICIDAR-SE: REGISTROS DE VIDA NO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Psicologia da Universidade de Santa
Cruz do Sul – UNISC, como requisito à
obtenção do título de Psicóloga.

Orientador: Prof.^a. Ana Luisa Teixeira de
Menezes

Santa Cruz do Sul
2016

“Insanidade é continuar fazendo sempre a mesma coisa e esperar resultados diferentes”

(ALBERT EINSTEIN)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por ter me dado persistência e sabedoria para enfrentar todos os obstáculos que encontrei no caminho até aqui.

Ao meu esposo Cesar por cuidar de nossos filhos e compreendido minhas ausências, sem nunca ter me cobrado nada. Pelas cobranças de meu pai, que lá do outro plano tenho certeza que está comemorando comigo. Para minha amada mãe, fostes meu exemplo de vida, pela senhora me tornei essa mulher que sou hoje.

Aos meus sogros pelas vezes que estiveram presentes na vida dos meus filhos. Para minha irmã, que sempre me acolheu e amparou. A minha companheira e amiga de estágio Luciene, que durante dois anos seguidos me aturou e auxiliou tornando essa jornada mais leve, a qual levarei por toda a vida no coração.

A minha orientadora Ana Luisa pela dedicação e sabedoria que guiaste meu trabalho.

Aos meus filhos Guilherme e Bruna vai meu agradecimento especial, mas também meu pedido de desculpas pelas vezes que eu não estive presente nas apresentações da escola e do CTG, pelas vezes que precisaram de mim e eu não estava presente, pela falta de tempo e de paciência, pelos momentos felizes da vida de vocês que eu não pude compartilhar junto.

Foram oito anos de estrada, medo, angustia, mas também de muito aprendizado e amadurecimento.

Chegar até aqui só foi possível graças a essas pessoas maravilhosas que fazem parte de minha vida.

RESUMO

Considerando que a adolescência é um período do desenvolvimento em que ocorre inúmeras modificações no indivíduo, tanto biológica como psíquica, percebe-se que os adolescentes vivem mais intensamente dúvidas e períodos de instabilidades. Pesquisas têm revelado um aumento de índice de suicídio na adolescência, assim como a procura por ajuda destes adolescentes nos centros de atendimentos. A partir destas novas realidades, buscou-se investigar o adolescente que tenta o suicídio e a forma como os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência – CAPSIA de Santa Cruz do Sul lidam com esses pacientes. Empregou-se a metodologia qualitativa, que busca traduzir e também expressar os fenômenos que compõem o mundo social, através da compreensão e interpretação da análise dos dados. Verificou-se que os resultados das análises quantitativas de casos apontam para a questão do contexto familiar como fator desencadeante das tentativas de suicídio, ainda, a questão do perfil adolescente que tenta o suicídio intercorre fundamentalmente diante do sexo feminino com faixa etária entre 16 e 17 anos, decorrente de classe economicamente desfavorável e da desestruturação familiar em amplo espectro. Diante disso, conforme exposto pelo resultado do trabalho efetivado, tem-se que as ações e medidas empregadas pelos órgãos de atendimento a tal questão, disponibilizam intervenções importantes, porém pouco producentes, visto o grande número de reincidências observadas, assim, sendo, ressalta-se a necessidade de novas investigações neste contexto, de forma que possam futuramente contemplar contribuições significativas à melhoria das políticas públicas em aspecto social e particularmente no que se refere às ações e medidas empregadas pelos órgãos responsáveis ao enfrentamento de tal vicissitude social.

Palavra-chave: Acolhimento; Adolescente; Suicídio.

ABSTRACT

Considering that adolescence is a developmental period in which numerous changes in the individual, both biological and psychological, it is clear that teenagers live more intensely doubts and periods of instability. Research has revealed a suicide rate of increase in adolescence, as well as the demand for help of these teenagers in the care centers. From these new realities, we sought to investigate the teenager who attempts suicide and how professional the Psychosocial Care Center for Children and Adolescents - CAPSIA Santa Cruz do Sul, deal with these patients. We employed a qualitative methodology, which seeks to translate and also express the phenomena that make up the social world through understanding and interpretation of the data analysis. It was found that the results of quantitative analysis of cases point to the issue of the family context as a triggering factor of suicide attempts also the issue of teen profile that tries intercorre suicide mainly on females aged between 16 and 17 years, due to unfavorable economic class and family structure in a broad spectrum. Thus, as explained by the result of the work effected, it follows that the actions and measures employed by organs of compliance with this question, provide important interventions, however little producentes, since the large number of relapses observed, thus being, It is noteworthy the need for further research in this context, so that they may in future contemplate significant contributions to the improvement of public policies in social aspect and particularly with regard to the actions and measures employed by the agencies responsible to facing such social problem.

Keyword: Home; Adolescents; Suicide.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 Suicídio e Adolescência.....	12
2.2 Suicídio.....	13
2.3 Comportamento Suicida na Adolescência.....	15
2.4 Rede de Prevenção.....	16
2.5 Centro de Valorização da Vida (CVV).....	18
2.6 Setembro Amarelo.....	19
2.7 Divulgação da Mídia.....	19
3 METODOLOGIA.....	22
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

Falar sobre o suicídio não é um assunto fácil, mas é necessário e urgente. O suicídio ainda é um tabu e está envolto pelo silêncio, o que contribui para que continue acontecendo, mas que poderia ser prevenido, principalmente quando se trata de adolescentes, pois não aceitamos a ideia de que eles possam querer se matar, pensamos ser coisa da idade, e assim deixamos de falar sobre o assunto.

No caso dos adolescentes o problema é maior ainda, pois na maioria das vezes as tentativas acabam sendo negligenciadas, por falta de conhecimento, preconceito até pelo despreparo dos profissionais que integram a rede de apoio. Sentimentos de abandono, abusos físico e sexual, desajustes familiar e na escola, desesperança em relação ao futuro, abuso de álcool e drogas, doenças mentais, são alguns dos fatores de risco que podem contribuir para o comportamento suicida.

Conforme a publicação Mapa da Violência, que se baseia em dados coletados pelo Ministério da Saúde, as faixas em que as taxas de suicídio mais cresceram no Brasil, entre 2002 e 2012, foram as dos 10 aos 14 anos (40%) e dos 15 aos 19 anos (33,5%). Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde a cada 40 segundos uma pessoa se suicida no mundo. (OMS, 2014).

Apesar dos números serem tão alarmantes, falar sobre suicídio ainda é um tabu, mas que precisa ser desmistificado, a fim de conscientizar a população e assim criar estratégias de prevenção. As pessoas que tentam o suicídio pedem ajuda, mas normalmente, não são atendidas e nem compreendidas. E deixar de falar, só colabora para o agravamento e o distanciamento social.

Conforme as estatísticas o número de adolescentes que tentam tirar a própria vida vem aumentando significativamente nos últimos anos no Brasil.

Conforme Botega (2015, p. 156), “pensamentos suicidas são frequentes na adolescência, mas é preciso saber diferenciar reações que podem ser normais de um sinal de alerta, que algo está errado, necessitando alguma intervenção”.

Com essa pesquisa buscou-se traçar um perfil de quem são os adolescentes em risco, quais os motivos que desencadearam esse comportamento, bem como, seu perfil psicológico, e como o CAPSIA acolhe estes adolescentes, através de suas ações e políticas.

Qual perfil do adolescente com tentativa de suicídio que foram atendidos no CAPSIA de Santa Cruz do Sul? Quais os fatores desencadeantes do suicídio para os adolescentes?

Como os profissionais do CAPSIA abordam essa problemática? Quais as medidas de prevenção e de intervenção?

Diante disso, intentou-se conforme objetivo geral, identificar qual é o perfil do adolescente com tentativas de suicídio que foram atendidos no CAPSIA, de Santa Cruz do Sul para compreender os aspectos individuais, familiares e sociais envolvidos no ato de suicidar-se. E no que tange aos objetivos específicos, buscou-se identificar quais foram os fatores desencadeantes que possam ter contribuído para que esses jovens quisessem tirar sua própria vida; investigar se os adolescentes que foram atendidos no Centro de Atendimento Psicossocial CAPSIA, com tentativa de suicídio, apresentam transtorno mental e ainda compreender como o CAPSIA aborda a problemática do suicídio em suas propostas de intervenções.

O interesse por essa temática deu-se a partir do momento em que percebe-se um significativo aumento no número de adolescentes que chegam ao CAPSIA com essa demanda. Ao ler alguns prontuários e dialogando com a equipe de saúde, verifica-se um elevado número de jovens que vem em busca do serviço com tentativa de suicídio. Frente a isso nota-se que jovens com essa característica aumentam significativamente a cada dia.

A adolescência pode ser entendida como um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental e emocional, sexual e social. Seu início se dá com mudanças corporais da puberdade e termina quando esse sujeito alcança seu crescimento e sua personalidade obtendo progressivamente sua independência. Essa fase de transgressão demanda esforço pelo indivíduo, para que consiga alcançar seus objetivos e ainda atender às expectativas culturais impostas pela sociedade.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2), e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142). O adolescente pode ter o voto opcional como eleitor e cidadão a partir dos 16 anos. O conceito de menor fica subentendido para os menores de 18 anos. (ECA, 1990).

O período da adolescência é considerado muitas vezes como um momento intenso, de conflitos e mudanças. E na tentativa de resolver seus problemas os adolescentes acabam recorrendo a comportamentos agressivos, impulsivos ou suicidas, e assim a ideação suicida pode ser considerada como um primeiro passo para um eventual suicídio.

Dessa forma, é necessário ter clareza sobre os aspectos que podem ser patológicos na adolescência, estando relacionado, muitas vezes, com a intensidade, o grau e o desajuste com que aparecem as características próprias desta fase do desenvolvimento humano. O que se sabe é que o jovem que pensa, ameaça, tenta ou concretiza o suicídio está revelando, na verdade, um colapso em seus mecanismos adaptativos, de modo que tal situação é percebida não somente na adolescência, mas como em qualquer idade, como uma tentativa de alívio de sua dor e seu sofrimento. (BORGES; WERLANG, 2006, p. 3).

A adolescência, por sua vez, é o grupo que mais mobiliza preocupações com comportamentos de risco à saúde. No Brasil, os índices de suicídios entre adolescentes vem aumentando consideravelmente, sendo a terceira principal causa de morte na adolescência. (BRASIL, 2006).

Conforme Borges e Werlang (2006), Porto Alegre e Curitiba estão entre as capitais com maior índices de suicídios entre jovens de 15 e 24 anos, se comparadas com outras (Belém, Fortaleza, Natal, Recife, Salvador, belo Horizonte, vitória, Rio de Janeiro e São Paulo).

O Estado do Rio Grande do Sul é o segundo com maior índice de suicídios no Brasil, ficando atrás de Roraima apenas. Segundo o Ministério da Saúde, das vinte cidades com maior índice de suicídio no país, dez estão no Rio Grande do Sul, são elas: Venâncio Aires, Santa Rosa, Lajeado, Vacaria, São Borja, Canguçu, Uruguaiana, Passo Fundo, Santa Cruz do Sul e Sapiranga.

De acordo com o médico psiquiatra Ricardo Nogueira em sua pesquisa realizada no ano de 2008, pela Universidade Estácio do Rio de Janeiro, na sua dissertação de mestrado intitulada “Promoção da vida e prevenção do suicídio no RS”, esse índice é alarmante. Segundo o médico acima citado, nos municípios de Venâncio Aires e Candelária estão entre as cidades com maior índice de suicídio do mundo. Foram analisadas quatro cidades gaúchas com maior índice de casos de suicídio no estado: Santa Cruz do Sul, Candelária, Venâncio Aires e São Lourenço do sul. Esses municípios foram escolhidos pela média de habitantes, questão logística e pela incidência e prevalência. Esse estudo foi patrocinado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, através do Centro de vigilância em Saúde e do Programa de Prevenção a Violência. (NOGUEIRA, 2013).

Esses dados se tornam alarmantes uma vez que as estatísticas sobre o suicídio podem ser falhas subestimadas por se tratar de adolescentes, tendo em vista que esses atos autodestrutivos são na maioria das vezes negados pela família.

Para os autores acima citados, a ideação suicida se refere ao pensamento ou ideia, onde existe desejos, atitudes ou planos de tirar a própria vida, e que com o passar do tempo poderá aumentar na intensidade e a frequência, principalmente depois da puberdade.

Ideação suicida envolve três nuances: os pensamentos que podem ser passageiros de que a vida não vale a pena ser vivida, indagações sobre por que viver ou morrer e também ideias suicidas que podem serem acompanhadas de um estado delirante, quando o sujeito apresenta algum transtorno mental. (BOTEGA, 2015, p.54).

A ideação ou a tentativa de suicídio é o principal fator de risco para um futuro suicídio. Sendo assim, as tentativas devem ser levadas muito a sério, sendo essas entendidas como um sinal de alerta para que a partir disso se crie estratégia a fim de evitar um futuro suicídio.

Para Botega (2015), a ideação suicida consiste em um preditor de tentativas e, nesse sentido, pode ser considerada como primeiro passo para que tal atitude seja finalizada.

Pensamentos suicidas são frequentes na adolescência, principalmente em épocas de dificuldades diante de um estressor importante, na maioria das vezes são passageiros, não indicam psicopatologia ou necessidade de intervenção. No entanto, se esses pensamentos são intensos e prolongados, o risco de levar a um comportamento suicida aumenta. (BOTEGA, 2015, p. 156).

Frente a esses acontecimentos e diante do grande aumento de números nas estatísticas que comprovam um considerável aumento nos números de suicídio nos últimos anos no Brasil, faz-se necessário um mapeamento de quem são os adolescentes em risco, quais os motivos que desencadearão esse comportamento, bem como, seu perfil psicológico.

Conforme Vidal e Gontijo (2013), em cada caso de suicídio existe no mínimo dez tentativas graves que requerem cuidados médico e que esse comportamento chega a ser até 40 vezes mais frequentes do que o suicídio consumado. Os autores consideram ainda que para cada tentativa documentada existem pelo menos 4 que não chegam ao conhecimento da equipe de saúde por ser de menor gravidade e por isso deixam de registradas. E quando são atendidos nas unidades de assistência, o registro que fica no prontuário não conta como tentativa de suicídio, e sim como lesão ou trauma que exigiram cuidados médicos resultantes dessa tentativa.

[...] a maioria dos casos de autoagressão é atendida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência, antes de ocorrer uma tentativa fatal de suicídio. Esse primeiro contato é uma excelente oportunidade para que médicos e demais profissionais de saúde identifiquem o potencial nível de risco e possam intervir para reduzi-lo. (VIDAL & CONTIJO, 2013, p.109).

O que se vê hoje são profissionais pouco preparados para lidar com essa temática levando a diminuição do cuidado necessário, ocorrendo muitas vezes a não aderência e até o afastamento do sujeito do serviço. Sendo assim, esse primeiro atendimento irá fazer toda a diferença no tratamento do sujeito que tenta o suicídio, pois a identificação precoce do risco e o tratamento adequado poderão impedir um futuro suicídio. Mas para isso é necessário que a equipe que irá recebê-lo esteja para ajudá-lo. Muitas vezes o que acontece é um julgamento estereotipado vendo esse sujeito como pertencente de um grupo onde o que acontece é também desse profissional abster-se dessa mesma conduta caracterizando um pré julgamento com hostilidade e rejeição. (VIDAL; GONTIJO, 2013).

Com essa pesquisa foi possível identificar qual o perfil ou motivação e se existe ou não algum transtorno associado ao comportamento suicida nos jovens que chegam ao CAPSIA com essa demanda.

2.1 Suicídio e adolescência

Devido ao aumento nas estatísticas de jovens que planejam ou tiram a própria vida, importantes pesquisas nessa área vem sendo desenvolvidas.

De acordo com OMS,

[...] na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte. Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos), estudos têm demonstrado que indivíduos que padecem de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtorno afetivo bipolar possuem maior risco para suicídio. (BRASIL, 2014, p. 7).

Conforme Botega (2015) pessoas com histórico de comportamento suicida ou que apresentam algum transtorno mental apresentam um risco maior para o suicídio. A depressão e transtorno bipolar estão entre os transtornos que apresentam maior risco e tentativas de suicídio.

Para Botega (2009) *apud* Nogueira (2013) referindo-se ao comportamento suicida, enfatiza que existe uma complexidade que interage entre si. Para ele os transtornos psiquiátricos como a depressão, esquizofrenia, dependência de álcool, doenças físicas dolorosas e incapacitantes juntos com outros fatores associados como a perda de um ente querido, pobreza, desentendimentos familiares e rupturas nos relacionamentos ou com amigos, ter ocorrido caso de suicídio na família, são grandes fatores de risco para quem tem uma pré disposição ao suicídio. Fatores sociais e genéticos, acesso à arma de fogo, medicamentos e pesticidas assim como ter tentado anteriormente o suicídio, também aumentam as chances para um ato suicida. (NOGUEIRA, 2013).

De acordo com a OMS (2006), as equipes dos profissionais da saúde que atuam nos CAPS são responsáveis pelo cuidado das pessoas que, apresentam transtornos mentais ou comportamento suicida. Essas equipes lidam constantemente com indivíduos em situação de

crise, por isso a importância de estarem preparados a fim de saber qual manejo será adequado para tal situação. Também por estarem em contato próximo e duradouro com os pacientes, seus familiares, bem como a comunidade, estão em posição privilegiada para avaliação da “rede de proteção social” dos pacientes em risco de suicídio e a criação de estratégias de reforço dessa rede.

Para Botega (2015), a capacitação desses profissionais é de extrema importância, uma vez que de alguma maneira serão eles os “responsáveis” por manter esse paciente a salvo.

Como um sério problema de saúde pública, a prevenção do comportamento suicida não é uma tarefa fácil. Uma estratégia nacional de prevenção, como a que se organiza no Brasil a partir de 2006, envolve uma série de atividades, em diferentes níveis, e uma delas é a qualificação permanente das equipes de saúde, uma das diretrizes desta proposta. Uma vez que várias doenças mentais se associam ao suicídio, a detecção precoce e o tratamento apropriado dessas condições são importantes na sua prevenção. (BRASIL, 2014, p. 5).

Verifica-se a partir de então importância de estarmos nos preocupando cada vez mais com esse tema, principalmente em termos de saúde pública e saúde mental destes jovens, percebendo o agravo causado em todas as repercussões sociais, familiares e econômicas vinculadas ao ato suicida.

2.2 Suicídio

Com base nas diferentes leituras realizadas sobre a proposta do tema, entende-se como relevante apontar a perspectiva trazida por diferentes autores, compreendendo a urgência de uma análise reflexiva sobre esse tema, a fim de pontuar e problematizar o que estaria levando tantos adolescentes quererem tirar suas vidas ou atentar-se contra si mesmos.

“Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta diretamente ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado”. (DURKEIM, 2000, p. 14).

Sobre o ponto de vista da sociologia, o suicídio está associado ao contexto sociocultural bem como da pressão que esse meio provoca no sujeito, para que possamos compreendê-lo, devemos entender o que leva o sujeito a desenvolver um comportamento suicida e quais os fatores estão envolvidos.

Para Durkheim (2000), não devemos enxergar o suicídio como um acontecimento isolado e particular, mas sim considerarmos o suicídio em uma determinada sociedade durante um determinado tempo, podemos constatar que o total obtido não é uma simples soma de

unidades, e sim uma coleção de elementos, que constitui por si só um fato novo, e que possui individualidade de natureza própria e eminentemente social.

Desta forma, é importante pontuar que entender o suicídio enquanto um fenômeno social projeta nele uma complexidade de proporções maiores, pois passa ser analisado a partir de um contexto menos simplista, que abrange mais que um diagnóstico individual, alcançando proporções que dizem respeito à vida do sujeito e ao meio no qual ele está inserido.

No final da década de 1960, o comportamento suicida foi definido pela Organização das Nações Unidas como um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis.

Assim, na década de 1990, considerou-se o suicídio como um problema a ser enfrentado também na área da saúde pública. Através de documentos lançados periodicamente, a OMS passou a divulgar estatísticas sobre o número crescente de suicídios e mostrar que esses números aumentam significativamente na população mais jovem, ou seja, em adolescentes e adultos jovens. Assim começou a difundir estudos científicos vinculando o suicídio a certos transtornos mentais e a alertar e conchamar os países para a urgência em desenvolverem estratégias de prevenção.

O suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal. Também fazem parte do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio. (BRASIL, 2014, p. 9).

A OMS (2006) mostra que o suicídio tem aumentado nas últimas décadas. Nas últimas quatro décadas, o suicídio cresceu significativamente em todos os países, envolvendo todas as faixas etárias e, também, em vários contextos socioeconômicos. Pode-se dizer que o suicídio está entre as dez principais causas de morte. A OMS registra suicídios a partir dos cinco anos de idade e isso é altamente impactante. Sendo assim é preciso dar atenção especial a esse problema tanto para prevenção quanto para a capacitação de profissionais que irão trabalhar com esse tema.

Dados do Ministério da Saúde (2014) apontam que o Brasil é o 8º país em números absolutos de suicídio no mundo. A cada ano, mais de 800 mil pessoas tiram a própria vida, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 16 por 100 mil habitantes, o mesmo que uma morte a cada 40 segundos, número que pode dobrar até 2020. Na faixa etária entre 15 e 29 anos, o suicídio é a segunda causa de morte, e para cada suicídio há em média 5 ou 6 pessoas próximas sofrem as consequências emocionais, sociais e econômicas.

Apesar de os números serem tão alarmantes, falar sobre suicídio ainda é um tabu, mas que precisa ser desmistificado, a fim de conscientizar a população e assim criar estratégias de prevenção. As pessoas que tentam o suicídio pedem ajuda, mas normalmente, não são atendidas e nem compreendidas. E deixar de falar, só colabora para o agravamento e o distanciamento social.

2.3 Comportamento suicida na adolescência

O comportamento suicida na adolescência é um grande desafio, mas que pode ser prevenido. Para isso é preciso um bom planejamento e a criação de programas envolvendo os diversos profissionais da área da saúde qualificando-os para tal fim. O comportamento autodestrutivo, em qualquer intensidade que for, é sempre um pedido de ajuda e do outro lado da comunicação é preciso ter alguém que ouça, enxergue o sofrimento do outro e parta para a ação. (FONTELLE, 2008).

Adolescentes estão mais propensos ao imediatismo e a impulsividade, e por não possuírem ainda plena maturidade emocional, encontram maior dificuldade pra lidar com os estresses do dia a dia. Ex: "termino de namoro, situações que provocam vergonha ou humilhação, rejeição do grupo social, fracasso escolar e perda de um ente querido". Esses acontecimentos podem funcionar como desencadeantes de atos suicidas. (BOTEGA, 2015, p. 156). Outros fatores também podem estar envolvidos, como aspectos social, e econômico, bullying, álcool, drogas, também contribuem para desencadear um comportamento suicida.

Para Braga e Aglio (2013) um grave fator de risco para o suicídio na adolescência são os sintomas depressivos, como tristeza, desesperança, humor, falta de motivação, diminuição do interesse ou prazer, perda ou ganho de peso, problemas com o sono, capacidade diminuída de pensar e concentrar-se. Segundo os autores a solidão é um sentimento muito comum entre os adolescentes que tentam o suicídio. Em decorrência desses fatores poderão vir desenvolver sentimento de tristeza e abandono, e associados a eles, problemas emocionais comportamentais e afetivos. Levando o adolescente a um sentimento de abandono e a uma busca pela resolução rápida do desses sintomas, que seria tirar a própria vida.

Segundo a OMS NO (2000, p. 8),

Ele nunca é o resultado de um evento ou fator único. Normalmente sua causa é uma interação complexa de vários fatores, como transtornos mentais e doenças físicas, abuso de substâncias, problemas familiares, conflitos interpessoais e situações de vida estressantes. O reconhecimento de que uma variedade de fatores contribui para o suicídio pode ser útil.

Ainda é muito comum acreditarmos na crença de quem diz não faz principalmente vindo de um adolescente, pois será interpretado como sendo de sua característica ou como forma de exagero nas emoções ou ainda para chamar atenção. Mas mesmo com todos esses componentes não pode ser ignorado. Segundo Fontelle (2008), mais de 80% das vítimas de suicídio tiveram atitudes que indicavam sua intenção e dor. A simples verbalização do querer morrer, já é um indicativo de algo está errado e que necessita ser investigado.

Entender o que leva um jovem a querer pôr um fim em sua vida pode ser mais complexo do que se possa imaginar e saber identificar esse adolescente fará toda a diferença e até salvar sua vida.

Dessa forma o suicídio na adolescência é ponto importante de estudo e torna-se singular, na medida em que nessa fase do desenvolvimento, aparecem sentimentos de estima baixa e mesmos quadros psiquiátricos de grande risco ou atitudes de arrogância e enfrentamento, podem ser um pedido de ajuda, de limites, de carinho, de expressão de dúvidas e angustias. “A medida em que esses fatores vão se agrupando, o jovem se sente cada dia mais perdido, cria-se assim um vazio que é preenchido de maneiras nem sempre saudáveis e que podem comprometer sua vida.” (FONTELLE, 2008, p. 112).

Entre os principais fatores de riscos associados ao comportamento suicida nos adolescentes destacam-se, além dos fatores já citados no texto, o baixo rendimento escolar; histórico de comportamento suicida na família: separação ou morte dos pais; abuso sexual; violência doméstica e comportamento imitativo. Além desses clássicos transtornos associados devemos considerar o déficit de atenção/ hiperatividade, depressão, abuso de substâncias e transtorno de conduta, e no aumento de impulsividade e de condutas de risco. (BOTEGA, 2015).

2.4 Rede de prevenção

De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio (2011, p. 13) o suicídio é um “fenômeno complexo que envolve múltiplas causas e que afeta além da vítima, os sobreviventes”. Envolve também todos os profissionais de saúde de vários setores que iram lidar com o problema direta ou indiretamente. Sendo esse cercado pelo desconhecimento, medo, preconceito e incomodo e atitudes condenatórias, o que acaba por levar ao silêncio. Sendo esse visto como um problema individual, o que acaba dificultando o seu entendimento como um problema que afeta toda a sociedade.

Recentemente foi lançada a Cartilha de Prevenção ao Suicídio intitulada “*Suicídio, informando para Prevenir*” por sugestão da Comissão de Ações Sociais (CAS), Conselho Federal de Medicina (CFM), com o propósito de estar alertando a população para esse importante assunto, pois acredita-se que em uma sociedade englobada na defesa pela vida e que prevenir o suicídio é possível.

De acordo com a Cartilha de Prevenção, o suicídio pode ser prevenido,

O suicídio é uma grande questão de saúde pública em todos os países. Segundo OMS, 2014, é possível prevenir o suicídio, desde que, entre outras medidas, os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecerem os fatores de risco presentes, a fim de determinarem medidas para reduzir tal risco e evitar o suicídio. (CPS, 2014, p. 10).

Em 2005, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho (GT) integrado por pesquisadores, com a finalidade de organizar diretrizes nacionais para trabalhar com comportamentos suicidas. Assim, foi possível em 2006, organizar diretrizes em Porto Alegre, por ser o Rio Grande do Sul o estado que apresenta os maiores índices de suicídio no país. Toda a região Sul, formada por Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, apresenta o maior número de suicídio. Esperava-se que os municípios e estados, por meio das Secretarias de Saúde, incentivassem a criação de equipes que pudessem trabalhar com a prevenção a respeito do comportamento suicida Brasil (2006).

De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio (2011, p.17) essa rede deve ser constituída por dois níveis de articulações e ações:

- a) Área da saúde, formada por profissionais de vigilância epidemiológica, serviços de urgência, de saúde mental e de atenção primária, que vão construir juntos os planos de cuidado pra cada caso
- b) Abrange integrantes de outros setores, públicos ou não, que vão definir e aplicar medidas de apoio as pessoas em situação de vulnerabilidade e suas famílias.

Somente através da articulação dessa rede que poderão surgir ações concretas e efetivas de apoio, pois são essas pessoas que interagindo entre si enfrentando o problema no dia a dia que terão a capacidade de formar e fazer funcionar as estratégias de prevenção e controle do suicídio.

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e, entre os principais objetivos a serem alcançados, destacam-se:

- a) desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos;

b) informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

b) fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

c) promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência. (BRASIL, 2006).

Instituir Políticas Públicas eficazes, estabelecer estratégias, planejar ações de prevenção e reforçar o apoio a rede, são algumas das estratégias que irão auxiliar o indivíduo no tratamento e melhorar a continuidade do cuidado.

2.5 Centro de Valorização da Vida (CVV)

Fazendo parte da rede de prevenção ao suicídio temos os Centros de Valorização da Vida (CVV), que é uma entidade não governamental (ONG). É uma das organizações não governamentais mais antigas do Brasil, fundada em março de 1962 por um grupo de voluntários na cidade de São Paulo onde é feito o lançamento oficial da entidade e do serviço. Mais tarde é reconhecida como uma entidade de utilidade pública federal pelo decreto lei nº73.348 de 20 de dezembro de 1973. Em Agosto de 1970 na cidade de Porto Alegre foi fundada o primeiro centro no estado do Rio Grande do Sul. Tal atuação baseia-se essencialmente no trabalho voluntário de milhares de pessoas distribuídas por todas as regiões do Brasil. São no total de 18 países que possuem Postos do CVV.

Está associada ao Befrienders Worldwide, entidade que congrega instituições de apoio emocional e prevenção do suicídio em todo o mundo. No Brasil é reconhecida como um serviço de utilidade pública pelo Ministério da Saúde. O voluntário que deseja trabalhar no serviço terá que ser maior de idade, recebe um curso teórico e prático oferecido pelo Posto da CVV. É um curso gratuito e ministrado periodicamente com previa divulgação na comunidade. A forma de atendimento efetuada pelo voluntário é baseada na psicologia humanista de Carl Rogers. Tem como missão valorizar a vida, contribuindo para que as pessoas tenham uma vida mais plena, e conseqüentemente prevenido o suicídio. É um dos serviços mais procurado no país hoje recebendo cerca de um milhão de ligações por ano.

Em 2004 e 2005, o centro participou do Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde para a definição da Estratégia de Prevenção do Suicídio. Sua iniciativa é trabalhar através de

um Programa de Apoio Emocional realizado pelo telefone, chat, e-mail, correspondência ou pessoalmente nos postos de atendimentos. Esse trabalho é realizado por voluntários que se disponibilizam a ajudar através do diálogo e apoio emocional as pessoas que procuram o serviço do CVV. São em média de 30 a 40 voluntários por região onde o CVV está instalado. O serviço é oferecido 24 horas por dia, inclusive nos finais de semana e feriados.

O estado do Rio Grande do Sul é o primeiro no Brasil a oferecer o serviço por telefonia de forma gratuita, a partir do acidente com a Boate Kiss em 2013 o serviço intensificou o atendimento fazendo com que o presidente da CVV de Santa Maria entrasse com um pedido de gratuidade uma vez que o custo da ligação telefônica ou os créditos nos celulares acabasse antes de completar o atendimento. As cidades gaúchas que tem postos de atendimentos CVV são: Caxias do sul, Chapada, Novo Hamburgo, Porto alegre, Santa Cruz do Sul, Santa Maria e São Marcos. O número para receber atendimento aqui no estado é 188, nos outros estados é o 141.

2.6 Setembro Amarelo

O mês de setembro foi escolhido pela Associação Internacional de Prevenção do Suicídio para alertar sobre a importância de ações de prevenção. O objetivo da organização é dar destaque ao assunto, encarado por muitos como um tabu, e conscientizar a população.

O mês de setembro foi escolhido para alertar sobre a importância de ações de prevenção e conscientizar a população sobre o suicídio. Conhecido como Setembro Amarelo, o dia 10 de setembro foi instituído como o dia da Prevenção do Suicídio no lançamento do Relatório Mundial do Suicídio (Word Suicide Report. – WSR) que é promovido pela Associação Internacional para Prevenção do Suicídio e a Organização Mundial da Saúde (OMS), com a finalidade de promover campanhas de prevenção para salvar vidas. Este documento é considerado pela Internacional Association for Suicide Prevention – (IASP) um recurso de valor incalculável para quem trabalha na prevenção e elaboração de políticas públicas bem como em sua implementação.

2.7 Divulgação na Mídia

Além da pouca capacitação dos profissionais da saúde, existe também a pouca divulgação do ou quase nada se fala a respeito do suicídio na mídia, ela é tida como uma importante fonte formadora de opinião social que perpassa as diferentes residências, nos mais

diferentes contextos, fornecendo uma gama de informações que são abordadas de diferentes formas, influenciando fortemente nas atitudes, comportamentos e crenças da sociedade. Desta forma, destacamos a importância de uma discussão sobre o tema, podendo fazer uma correlação entre as perspectivas, especialmente envolvendo diferentes áreas do conhecimento, como a psicologia e a comunicação.

A literatura apresenta diferentes pressupostos sobre a divulgação de informações de suicídio na mídia. Alguns autores apontam que divulgar informações em veículos de comunicação de massa ocasionaria um efeito de contágio, que poderia incitar a população suscetível a cometer suicídio. Com base nesta perspectiva e munidos de um entendimento sobre a teoria de Emile Durkheim (2000) sobre o suicídio, alguns autores apontam ainda o fato da divulgação de informações contribuir como um fator eminentemente social e manipulador na propagação de novos casos, ou seja, as notícias sobre o suicídio possibilitariam a incidência de novos casos, por imitação ou mimetismo, em que a notícia seria uma fonte de inspiração para a repetição do ato publicado.

Por vez, outros autores apresentam uma opinião diferente sobre a divulgação de informações sobre o suicídio, apontando que o fato de informar poderia ser percebido como uma alavanca na prevenção dos casos, conforme o Manual de Prevenção do Suicídio (2011, p. 45):

Os profissionais da mídia tem um papel fundamental nas ações de prevenção de suicídio e de promoção da saúde. Alguns cuidados importantes, porém simples, podem ser decisivos na divulgação da notícia e no seu impacto sobre a sociedade.

O fato de não divulgar pode aumentar o índice de mortes por suicídio, percebendo-se a importância de falar sobre o assunto, desde que usada uma forma correta de expressão, ao vedar toda e qualquer informação sobre suicídio sob o pretexto de estar fazendo a coisa certa os veículos de comunicação acabam contribuindo para o agravamento das estatísticas. Conforme a OMS (2000, p. 9) Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da mídia, o que ela pode fazer em relação ao suicídio:

- Trabalhar em conjunto com autoridades de saúde na apresentação dos fatos.
- Referir-se ao suicídio como suicídio “consumado”, não como suicídio “bem sucedido”.
- Apresentar somente dados relevantes, em páginas internas de veículos impressos.
- Destacar as alternativas ao suicídio.
- Fornecer informações sobre números de telefones e endereços de grupos de apoio e serviços onde se possa obter ajuda.
- Mostrar indicadores de risco e sinais de alerta sobre comportamento suicida.

A mídia é uma fonte formadora de opinião social que perpassa as diferentes residências, nos mais diferentes contextos, fornecendo uma gama de informações que são abordadas de diferentes formas, influenciando fortemente nas atitudes, comportamentos e crenças da sociedade. E o fato de não divulgar pode aumentar o índice e dessa maneira estar contribuindo para o agravamento.

Segundo o Departamento de Saúde Mental da OMS (2000), a maneira de divulgar as informações sobre suicídio, tem influência na propagação dos casos, mas, quando informados de forma correta e objetiva, tendo um cuidado com o conteúdo e a forma de divulgação, pode ter um efeito positivo de prevenção. “O relato de suicídios de uma maneira apropriada, acurada e cuidadosa, por meios de comunicação esclarecidos, pode prevenir perdas trágicas de vidas.” (DEPARTAMENTO DE SAUDE MENTAL DA OMS, 2000, p. 05)

3 METODOLOGIA

Frente a esses fatos e também diante do significativo número de jovens que chegam em busca de atendimento com ideação ou tentativas de suicídio no Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência - CAPSIA, de Santa Cruz do Sul, dá-se a necessidade de compreender qual a causa ou motivação que leva um adolescente querer tirar sua própria vida.

Campo – Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência - CAPSIA de Santa Cruz do Sul. Em 21 de Agosto de 2003 o Ministério da Saúde habilitou o serviço na modalidade de CAPSIA (Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência) regido pela Portaria nº336 de 19/02/02, a qual estabelece este como um serviço de Atenção Psicossocial para atendimento de Crianças e Adolescentes.

O CAPSIA é um setor vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. Sua missão é proporcionar cuidado, atenção e proteção a crianças e adolescentes usuários do serviço até 18 anos, que por sua condição psíquica estão com dificuldade de manter ou estabelecer laços sociais, promovendo sua saúde emocional, desenvolvendo habilidades, resgatando possibilidades e redescobrimdo novos sentidos.

O serviço visa trabalhar de forma interdisciplinar e em uma rede articulada com o intuito de qualificar e agilizar o fluxo de encaminhamentos, acesso e atendimentos, expandindo ações conjuntas e ampliando a resolutividade.

Empregou-se o método qualitativo com base na hermenêutica e dialética, que busca compreender o outro em sua história e singularidade. Bem como compreender e interpretar o sujeito a partir de suas experiências e condição de vida. (MINAYO; CAVALCANTE, 2015).

Na primeira parte da coleta de dados, efetivou-se a sistematização dos 30 prontuários de pacientes que foram atendidos nos últimos três anos, no CAPSIA, de Santa Cruz do Sul, em torno das seguintes categorias: sexo, idade, localização, situação socioeconômica, motivos e fatores, meios utilizados, sentimentos, transtorno mental, reincidência e tratamento no CAPSIA.

Realizou-se um estudo piloto com 4 prontuários para verificar a existência de outras categorias para a análise. Após essas informações, os prontuários foram analisados, buscando uma reflexão teórica que envolva os dados registrados, em relação aos objetivos propostos do estudo, de identificar qual é o perfil do adolescente com tentativas de suicídio que foram atendidos no CAPSIA, de Santa Cruz do Sul, buscando compreender os aspectos individuais, familiares e sociais envolvidos no ato de suicidar-se, bem como a relação com algum tipo de doença mental.

A partir da produção da análise dos dados, embasando pressupostos teóricos as informações colhidas nos prontuários dos usuários sobre a abordagem do comportamento suicida na adolescência, elaborou-se uma tabela com os dados colhidos e comparativos entre esses adolescentes a fim de que se pudesse traçar o perfil de ambos.

Esse tipo de investigação compreensiva tem como matéria prima a experiência vivida que organiza a aprendizagem da pessoa no mundo; a vivência que sintetiza as reflexões sobre a experiência; o senso comum que traduz em linguagem e atitude as opiniões e os valores sobre a experiência e a vivência; e a ação social que consiste no exercício comum e ao mesmo tempo contraditórios de indivíduos, grupos e instituições para construir suas vidas, histórias e trajetórias. (MINAYO, CAVALCANTE 2015, p. 1656-1657). bfh

Além destes aspectos, buscou-se compreender como o CAPSIA aborda a problemática do suicídio em suas propostas de intervenções.

Para aprofundar esta compreensão, de como o serviço se organiza em torno dessa temática e quais as propostas de intervenções, foram entrevistados três profissionais que compõem a equipe de profissionais no CAPSIA: 1 enfermeira; 1 psicóloga; 1 Terapeuta Ocupacional (coordenadora do local). Foram feitas entrevistas semiestruturadas, nas quais os profissionais descreveram como é elaborado o Plano Terapêutico Singular (PTS), dos pacientes que são atendidos no CAPSIA, após uma tentativa de suicídio. Para isso foram utilizadas quatro questões norteadoras: 1) Como é elaborado o projeto terapêutico singular? 2) Quais atendimentos são oferecidos ao paciente que chega no serviço com tentativa de suicídio? 3) Como é trabalhado e incluído a família no projeto terapêutico singular? 4) Como cada profissional lida com a problemática do suicídio no CAPSIA, evidenciando os aprendizados e dificuldades.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, buscando analisar os sentidos e experiências destes com a temática, sendo também um espaço de reflexão em torno das experiências vividas destes profissionais no CAPSIA. Destacou-se que esses profissionais foram escolhidos de forma aleatória e que não foram eles necessariamente, que fizeram os

registros dos relatórios. O que buscou-se com a entrevista, conforme já explicitado, era compreender a experiência profissional, a partir da experiência objetiva, singular e subjetiva.

Após a coleta de dados, desenvolveu-se a análise dos resultados e a utilização de pressupostos teóricos na correlação com os dados abordados, possibilitando uma discussão sobre as perspectivas de forma a auxiliar na problematização do tema em questão.

Para a análise, trabalhou-se os dados objetivos dos prontuários, através das categorias, considerando a forma como cada registro é elaborado pelo serviço e também com uma reflexão que considera as contradições, o material bibliográfico consultado e as descrições obtidas por parte dos profissionais, conforme a abordagem fenomenológica nos permite desenvolver.

Souza (2001), trabalhar com categorias significa estabelecer uma classificação em torno de uma ideia e ou conceito.

[...] as categorias podem ser estabelecidas antes ou após os dados colhidos. As anteriores pertencem a conceitos mais gerais ou mais abstratos. Estas requerem uma fundamentação teórica sólida por parte do pesquisador. As formuladas posteriormente são mais específicas e concretas. (MINAYO, 1994 apud SOUZA, 2001, p. 34).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Tendo em vista abordar os referidos resultados obtidos primariamente do contexto de análise de prontuários, estruturou-se a seguinte tabela.

Tabela 1 – Análise de prontuários

NOME	SEXO	IDADE	LOCAL	SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA	MOTIVOS E FATORES	MEIOS UTILIZADOS	SENTIMENTOS	TRANSTORN O MENTAL	REINCIDÊNCIA	TRATAMENTO CAPSIA
S.	F	16	B. GOIÁS	BOA, MORA COM OS PAIS	A FAMÍLIA NÃO ACEITOU O NAMORADO DORES NO PEITO	FIO DO BIQUÍNI	CONFUSA ARREPENDIDA NERVOSA	NÃO	NÃO	ORIENTAÇÃO AOS PAIS CONSULTA PSIQUIÁTRICA MEDICAMENTOS
J.	F	15	B. RAUBER	REGULAR, PAIS SEPARADOS, MORA COM MÃE, PADRASTO E 2 IRMÃOS	APEGADA COM AVÓ QUE FALECEU A 2 ANOS, ACHA QUE A MÃE NÃO GOSTA DELA	GILLETE, CORTOU OS PULSOS	MÁGOA ABANDONO BRABEZA	NÃO	NÃO	CONSULTA PSIQUIÁTRICA MEDICAMENTOS
J	M	17	GRAMADO XAVIER (INTERIOR)	REGULAR, MORA COM OS PAIS E 3 IRMÃOS	REPROVADO 3 VEZES NA SEXTA SÉRIE, PROBLEMAS NA APRENDIZAGEM, ABUSO DE ALCÓOL	USO DE MEDICAMENTOS	TIMIDEZ, AGRESSIVIDADE, DISTANCIAMENTO DA FAMÍLIA, INSÔNIA	ABUSO DE ALCOOL	NÃO	CONSULTA MÉDICA, SEM USO DE MEDICAMENTOS
C	M	17	ABRIGO MUNICIPAL DE SANTA CRUZ	PAIS SEPARADOS, SEM RENDA FAMILIAR FIXA	TESTEMUNHOU UM CRIME, FOI SEPARADO DA FAMÍLIA, MUDOU DE CIDADE	ENFORCAMENTO	TRISTEZA SOLIDÃO MEDO	NÃO	NÃO	CONSULTA PSIQUIÁTRICA USO DE MEDICAMENTOS OFICINA TERAPÉUTICA
R	M	15	B. SANTO ANTÔNIO	MORA COM OS PAIS	TERMINOU O NAMORO	JOGOU-SE DE CIMA DA CASA	CHORO TRISTEZA	NÃO	NÃO	CONSULTA MÉDICA E PSICOTERAPIA
E	F	12	B. SANTA VITÓRIA	PAIS SEPARADOS	BRIGAS CONSTANTES COM A MÃE	USO DE MEDICAMENTO	ARREPENDIMENTO	NÃO	SIM	CONSULTA MÉDICA OFICINA DE CULINÁRIA
N	F	11	VERA CRUZ	MORA COM OS PAIS	GANHAR ATENÇÃO DOS PAIS ACHA QUE ELES NÃO SE IMPORTAM COM ELA	CORTOU OS PULSOS	NÃO DEMONSTRA ARREPENDIMENTO	SINTOMAS DEPRESSIVO S	NÃO	CONSULTA MÉDICA
A	F	16	B. GOIÁS	MORA COM OS PAIS	APÓS TERMINO DE NAMORO SENTIU MUITA TRISTEZA E DESÂNIMO	CORTOU OS PULSOS	TRISTEZA SEM VONTADE DE VIVER IDEAÇÃO	DEPRESSÃO	NÃO	CONSULTA MÉDICA OFICINA TERAPÉUTICA
G	F	17	B. FAXINAL	MORA COM OS PAIS, MÃE SOLTEIRA AOS 16 ANOS	MAUS TRATOS PELO PAI, CHAMADA DE VAGABUNDA POR ELE,SENTE MEDO DE ENGRAVIDAR NOVAMENTE	ENFORCAMENTO	BAIXA AUTO ESTIMA SOLIDÃO MEDO	QUADRO DEPRESSIVO COM IDEAÇÃO	NÃO	CONSULTA MÉDICA

S	F	14	GEDEÕES SANTA CRUZ	ABRIGADA AOS 12 ANOS, NÃO TEM CONTATO COM A FAMÍLIA	CALADA TÍMIDA DIFICULDADE DE SE RELACIONAR COM OS OUTROS HUMOR OSCILANTE	CORTOU OS PULSOS COM TESOURA	DEPRIMIDA TRISTE CALADA	QUADRO DEPRESSIVO	SIM, 2 VEZES	CONSULTA MEDICA
V	F	17	VERA CRUZ	MORA COM A MÃE E AVÓ, NÃO TEM CONTATO COM O PAI	SOFRE BULLING NA ESCOLA A MAIS DE UM ANO NÃO TEM AMIGOS	CORTOU OS PULSOS, E OUTRAS PARTES DO CORPO	SENTE-SE REJEITADA MAL TRATADA LIXO TRISTEZA	NÃO	NÃO	CONSULTA MEDICA E PSICOTERAPIA
R	F	16	CAPÃO DA CRUZ	MORA COM A MÃE, O PADRASTO E 5 IRMÃOS	VÍTIMA DE MAUS TRATOS E ABUSO SEXUAL	VENENO DE RATO E COMPRIMIDOS	NÃO QUER MAIS MORAR COM A FAMÍLIA TRISTEZA	CHORA MUITO IDEIAÇÃO	NÃO	CONSULTA MEDICA E PSICOTERAPIA
E	F	16	HERVEIRAS	MORA COM O PAI, A MADRASTA E 2 IRMÃOS	BRIGOU COM A MÃE E FOI MORAR COM O PAI	ENFORCAMENTO E COMPRIMIDOS	NÃO DEVEIA TER NASCIDO, NÃO SEI PORQUE ESTOU VIVENDO, VE VULTOS AO REDOR DELA	BAIXA AUTOESTIMA IDEIAÇÃO	SIM	CONSULTA MEDICA E PSICOTERAPIA
Y	F	15	B. SANTUÁRIO	PAIS SEPARADOS, MORA SOZINHA NO PÁTIO DA VÓ, MÃE TRABALHA EM CAPÃO DA CANOA, SÓ VEM A CADA 15 DIAS	SENTE-SE ABANDONADA PELA MÃE E SOZINHA	CORTOU OS PULSOS	TRISTE DESANIMADA	QUADRO DEPRESSIVO	NÃO	CONSULTA MEDICA
F	M	17	B. BOM JESUS	MORA COM OS PAIS	APRESENTA EPISÓDIOS DE AGRESSIVIDADE E AGITAÇÃO	USO DE MEDICAMENTOS	NÃO CONSEGUE CONTROLAR A RAIVA	USO ESPORÁDICO DE MACONHA E ALCOOL	NÃO	CONSULTA MEDIC. GRUPO DE FAMILIARES PARA OS PAIS
A	F	15	CERRO ALEGRE BAIXO	MORA COM OS PAIS	INFANTILIDADE, FANTASIA TUDO O QUE ACONTECE EM SUA VOLTA, QUER MORRER PARA FICAR JUNTO DO AVÓ	CORTOU OS PULSOS	SENTE MUITA DOR DE CABECA NERVOSISMO COMPORTAMENTO INFANTILIZADO	ENURESE	NÃO	CONSULTA MEDICA
L	F	17	B. SENAI	PAIS SEPARADOS DESDE OS 4 ANOS, NÃO TEM CONTATO COM O PAI FOI MORAR COM A MÃE, ATUALMENTE MORA COM A FAMÍLIA DO NAMORADO	GESTANTE DE 22 SEMANAS BRIGOU COM O CUNHADO POR CAUSA DA SUA ATUAL COMPANHEIRA	TOMOU MEDICAMENTOS	SENTE-SE UM ESTORVO NA VIDA DO IRMÃO, SEMPRE FOI IMPULSIVA SEMPRE SE AUTO MUTILOU FAZENDO CORTES NOS BRAÇOS	NÃO	NÃO	CONSULTA MEDICA GRUPO DE ADOLESCENTES
T	F	16	B. SANTA VITÓRIA	MORA COM OS PAIS, PAI ALCOÓLATRA	DIZ NÃO GOSTAR DE SI PRÓPRIA, PAI E MÃE AUSENTES, NÃO SE IMPORTAM COM ELA, BRIGAS CONSTANTES DOS PAIS	MEDICAMENTOS E VENENO DE RATO	DIZ QUE SUA MÃE A VIU TOMANDO FLUXETINA E CLONASEPAN E NEM SE IMPORTOU, NÃO QUIS SABER O PORQUÊ	NÃO	SIM, 4 VEZES	CONSULTA MEDICA GRUPO DE ADOLESCENTES
A	F	16	LINHA CAPÃO INTERIOR	PAIS SEPARADOS, MORA COM A MÃE, O PAI ESTÁ PRESO	SENTE-SE SOZINHA E TRISTE QUERIA VER A MÃE FELIZ LONGE DELA	ARMA DE FOGO DO PADRASTO ATIROU CONTRA O ABDÔMEN	CALADA, SEM QUERER RESPONDER AS PERGUNHAS DO TÉCNICO	NÃO	NÃO	CONSULTA MEDICA
J	F	17	RINCÃO DA SERRA VERA CRUZ	FOI ABUSADA PELO PAI AOS 16 ANOS, ENGRAVIDOU DESTA, FICOU DEPRIMIDA DESDE ENTÃO, O FILHO FOI ABRIGADO PELA COPAME	AOS 13 ANOS ENGRAVIDOU E FOI MORAR COM NAMORADO, SOFREU VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR UM ANO E VOLTOU PRA CASA DOS PAIS	CORTES COM FACA PELO CORPO	TRISTE, ARREPENDIDA DE TER TENTADO O SUICÍDIO, DIFICULDADE EM LIDAR COM OS SEUS PROBLEMAS, APÁTICA E RÍGIDA, BAIXA AUTOESTIMA,	HUMOR DEPRIMIDA	NÃO	CONSULTA MEDICA ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO PELO C-AME DE VERA CRUZ
L	F	16	GRAMADO XAVIER,	MORA COM OS AVÓS A 4 ANOS	TEM PENSAMENTOS PARANOIDES, ESCUTA VOZES E VÊ BICHOS, TEM MEDO DE FICAR SOZINHA	TOMOU AGUA SANITÁRIA	MUITA IRRITAÇÃO E DESANIMO, VONTADE DE CHORAR NÃO TEM VONTADE DE SAIR DE CASA	NÃO	2 VEZES	CONSULTA MEDICA
A	F	16	ARROIO GRANDE	PAIS SEPARADOS A 2 MESES, MORA COM A MÃE	TERMINOU O NAMORO RECENTEMENTE, SENTE-SE FEIA, REJEITADA E SEM VALOR, SE VE COMO UMA PESSOA RUIM E INCAPAZ	CORTOU OS PULSOS COM TESOURA	BAIXA AUTOESTIMA E ACETIAÇÃO COM O PRÓPRIO CORPO, SEMPRE TEVE DIFICULDADE DE FAZER AMIZADE, QUANDO OS AMIGOS QUEREM AJUDÁ-LA SE ORENDE AFASTANDO AS PESSOAS AO SEU REDOR	BULIMIA	2 VEZES	CONSULTA MEDICA E PSICOTERAPIA NO SIS
B	F	15	ARROIO LINDO, CANDELÁRIA	MORA COM OS PAIS	AOS 13 ANOS FOI MORAR COM NAMORADO DE 41 ANOS, DEPOIS DE 6 MESES SEPARARAM POR BRIGAS, VOLTOU PRA CASA DOS PAIS, ENTROU EM DEPRESSÃO	CORTOU PULSOS COM FACA	FOI INTERNADA DEVIDO AO QUADRO DEPRESSIVO, AGREDIU E AMEAÇOU OS PAIS	DEPRESSÃO	NÃO	CONSULTA MEDICA

F	F	16	B. AVENIDA	FOI ADOPTADA COM 1 ANO DE IDADE, FAMÍLIA BIOLÓGICA PROCUROU ALGUMAS VEZES NA INFÂNCIA. DEPOIS NÃO TEVE MAIS CONTATO	SOFREU BULLING NA ESCOLA E DESDE ENTÃO APRESENTA SINTOMAS DEPRESSIVOS, SENTE MEDO DE IR PRA ESCOLA	CORTOU OS PULSOS	TRISTE CHORA COM FREQUÊNCIA DESMAMA NA ESCOLA INSÔNIA DORME EM MÉDIA 2 HORAS POR NOITE SENTE-SE SOZINHA	NÃO	ALGUMAS VEZES	CONSULTA MEDICA GRUPO DE ADOLESCENTES
L	F	17	B. ARCO-ÍRIS VERA CRUZ	PAIS SEPARADOS, MORA COM A MÃE, PAI É USUÁRIO DE ALCOOL E DROGAS, MÃE E TIA JÁ TENTARAM O SUICÍDIO	SENTE VONTADE DE MORRER QUANDO ESTÁ DEPRIMIDA E SE SENTE SOZINHA, A NOITE ELA ESCUTA VOZES LHE CHAMANDO	MEDICAMENTOS DA MÃE	SENTIMENTO DE ABANDONO E REJEIÇÃO, DEPRIMIDA	DEPRESSÃO	SIM	CONSULTA MEDICA
F	F	17	B. SANTUÁRIO	PAI FALECIDO EM INCÊNDIO DA RESIDÊNCIA ONDE MORAVAM, ATUALMENTE MORA COM A MÃE	APÓS A MORTE DO PAI SENTE FORTE DOR NO PEITO E TRISTEZA ERA MUITO APEGADA, A ELE, SINTOMAS APARECERAM APÓS A MORTE DO PAI	USO DE MEDICAMENTOS DA MÃE	NERVOSISMO E ANSIEDADE SEGUIDOS DE DESMAIO ISOLAMENTO SOCIAL, FICA SÓ NA CAMA	NÃO	NÃO	CONSULTA MEDICA
J	M	13	B. SANTUÁRIO	PAIS SEPARADOS, MORA COM A MÃE NÃO RECEBE PENSÃO, MÃE FAZ ACOMPANHAMENTO O NO CAPS II POR DEPRESSÃO	FALA O TEMPO TODO EM SE MATAR, BRIGA COM A MÃE E IRMÃ, FAZ ACOMPANHAMENTO COM O CRISTIANO FREIRE DESDE OS 6 ANOS, TDAH, PAI JÁ TENTOU O SUICÍDIO	CORTOU COM FACA	IMPACIENTE, SE IRRITA COM FACILIDADE, QUER SEMPRE TER RAZÃO, SENTE MEDO QUE A MÃE VAI MORRER, SENTE FALTA DO PAI	TDH	NÃO	---
T	F	17	B. RAUBER	PAIS SEPARADOS, MORA COM NAMORADO A 8 MESES, ELE TEM 35 ANOS, MÃE TRABALHA EM PARQUE DE DIVERSÃO ENTÃO NÃO TEM ENDEREÇO FIXO, ANTES MORAVA COM A IRMÃ	APÓS BRIGA COM NAMORADO, TEVE UMA ATITUDE IMPULSIVA, NAMORADO SAIU DE CASA E DESLIGOU O CELULAR, TENTOU FALAR COM A MÃE PELO CELULAR E NÃO CONSEGUIU, SENTIU-SE ABANDONADA	USO DE MEDICAMENTOS	NO FINAL DO DIA SENTE-SE SOZINHA, TRISTE, CHORA MUITO, TEM DIFICULDADE PARA DORMIR	NÃO	NÃO	CONSULTA MEDICA
C	M	16	CENTRO	MORA COM A AVÓ MATERNA A 2 ANOS, ATE OS 14 ANOS MOROU COM A MÃE, NÃO TEM CONTATO COM O PAI, MÃE USUÁRIA DE DROGAS	SEMPRE CUIDOU DELE E DO IRMÃO SOZINHA, MÃE ESTAVA SEMPRE NA RUA, SENTIMENTO DE ABANDONO E RAIVA, BAIXA AUTOESTIMA	TOMOU MEDICAMENTOS DA MÃE	SENTE-SE TRISTE E SE IRRITA COM MUITA FACILIDADE, DIFICULDADE DE SE RELACIONAR SENTIMENTO DE REVOLTA	IDEIAS DELIRANTES, ANSIEDADE	NÃO	CONSULTA MEDICA ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO
D	F	16		MORA COM A IRMÃ, MÃE E PAI USUÁRIOS DE ALCOOL E DROGAS, FOI ABRIGADA NA COPAME	AOS 8 ANOS FOI ABUSADA SEXUALMENTE PELO PAI, FUGIU VÁRIAS VEZES DA INSTITUIÇÃO	CORTOU OS PULSOS COM FACA	SENTIMENTO DE ABANDONO, TRISTEZA, NÃO CONSEGUE DORMIR E SE ALIMENTAR DIREITO	USO DE ALCOOL E DROGAS	ALGUMAS VEZES	CONSULTA MEDICA OFICINA TERAPÉUTICA

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2016).

Assim exposto, cabe ressaltar primeiramente que, os resultados colhidos em trinta prontuários de adolescentes cuja entrada no CAPSIA decorreu por motivação de tentativa de suicídio, que segundo Schnitmann et al. (2010) define como um problema de saúde pública, decorrente de acontecimentos complexos e desencadeados por razão da influência de fatores estressores impactante aos indivíduos, as análises demonstraram segundo o percentual dos dados que:

No que tange ao contexto de gênero, tem-se um total de 30 prontuários, onde, 80% das tentativas encontram-se alocadas no gênero feminino (posto suas 24 ocorrências) ao passo que, subsequentemente, tem-se 20% de ocorrências no gênero masculino (conforme apontamentos da análise de prontuários efetivada e verificação de 6 casos). Desta forma ressalta-se o predomínio da discussão em relação ao gênero para o contexto feminino. Neste

contexto, diferentemente do que a presente pesquisa aponta, tem-se que a questão de gênero segundo estudo de Marín-León e Barros (2003, p. 360) apontam para os suicídios no sexo masculino atingindo maior proporção tendo em vista à mortalidade geral que no sexo feminino, assim sendo, segundo os autores, representam “no sexo masculino entre 2,0% e 5,2% das causas externas [...]. No sexo feminino, esta proporção apresentou flutuações maiores, entre 0,9% e 6,8% [...]”.

Contrariamente ao levantamento prático do CAPSIA, tem-se as considerações de Schnitmann et al. (2010, p. 46) que aponta a taxa de mortalidade por suicídio no Brasil como “estimada em 4,1 por 100 mil para a população total: para o sexo masculino, a taxa fica em torno de 6,6 por 100 mil; e em 1,8 por 100 mil para o sexo feminino. [...]”. Os mesmos autores, em estudo produzido determinam que:

A variável sexo tem distribuição semelhante em todas as cidades estudadas, com uma razão de aproximadamente 1:1 em todas as capitais. Com exceção de Natal (RN), o risco relativo de mortalidade por suicídio foi aproximadamente 3,7 vezes maior para os homens [...]. Em modelo de regressão linear ajustado para faixa etária, o sexo apresentou relação com a taxa de mortalidade por suicídio ($t=2,7$ com $p=0,013$ e IC 95%=36,85 a 280,84) (SCHNITMANN et al., 2010, p. 51).

Ainda em referência a questão de gênero, tem-se os resultados de um estudo produzido nos anos de 2006 à 2010 por Souza et al. (2011, p. 296) que observaram “predominância de suicídio no sexo masculino, com 87,5% ($n = 21$), enquanto nas tentativas predominou o sexo feminino, com 53,4% ($n = 14$)”. Assim, segundo eles,

[...] a taxa de mortalidade por suicídio entre os homens foi de 5,71/100.000 e entre as mulheres foi de 0,78/100.000. Já em relação aos casos de tentativas entre os homens, constatou-se uma taxa média de 2,71/100.000 e entre as mulheres, de 3,64/100.000. A proporção de suicídios de mulheres em relação aos homens foi de 1:4. Em comparação, nas tentativas, a proporção de homens em relação às mulheres foi de 1:1,4 (SOUZA et al., 2011, p. 297)

Diante disso, cita-se também outra determinação de Souza et al. (2011, p. 298) que expõem como resultado da referida pesquisa produzida:

No que se refere ao perfil dos casos de suicídio e de tentativas, verificaram-se significativas diferenças, principalmente em relação às características sexo, idade e meios utilizados [...]. Quanto ao sexo, os resultados estão em conformidade com a produção científica, ocorrendo o predomínio de suicídio no sexo masculino [...], com proporção de quatro casos masculinos para um feminino, [...], enquanto as tentativas ocorrem mais destacadamente entre o sexo feminino [...].

Ainda tendo em vista o contexto do gênero, tem-se os resultados de estudos propostos por Vidal, Gontijo e Lima (2013, p. 178) que determinam que:

A amostra foi constituída, então, por 807 indivíduos, sendo 535 do sexo feminino (65,8%). A idade variou de 15 a 86 anos, com mediana igual a 27 e intervalo interquartil igual a 18. O perfil revela o predomínio de indivíduos de cor branca, ocupação doméstica, solteiros, jovens na faixa etária dos 20 aos 29 anos e com escolaridade inferior a oito anos de estudos. Tentativas não letais foram as mais frequentes e predominaram entre as mulheres (68,3%).

Ainda Vidal, Gontijo e Lima (2013, p. 180) cita como resultado do estudo produzido que:

as tentativas de suicídio predominaram entre as mulheres e entre os mais jovens; o principal método utilizado foi a ingestão de medicamentos, achado consistente com o descrito na literatura [...]. De forma geral os homens cometem mais suicídio e se utilizam de métodos com alto grau de letalidade como enforcamento, uso de arma de fogo e precipitação de lugares elevados. As mulheres apresentam maior número de tentativas de suicídio e os métodos mais usados por elas são a ingestão de medicamentos e outras substâncias tóxicas [...].

No que se refere ao contexto etário das ocorrências tem-se um total de 13,33% de ocorrências para a faixa etária de 11 à 14 anos (conforme resultados da análise efetivada, isto corresponde à 1 caso para cada idade, ou seja, 1 caso envolvendo um adolescente de 11 anos, 1 para 12 anos, 1 para 13 e por fim 1 para 14 anos), ainda, de acordo com o levantamento, tem-se, 16,67% de casos envolvendo adolescentes de 15 anos (5 ocorrências), 36,7% envolvendo adolescentes de 16 anos (11 ocorrências) e por fim 33,3% de ocorrências com adolescentes de 17 anos (10 casos). Desta forma, observa-se que adolescentes entre 16 e 17 anos apresentam maior mensuração de ocorrências, haja vista e comparativamente, aos casos de ocorrência para idades inferiores à 15 anos, isto é, somente entre 16 e 17 anos, totalizam-se 70% dos casos de tentativa de suicídio. Neste contexto, conforme expõem entendimento Braga e Dell'Agio (2013, p. 04) “no continente americano, pesquisas têm indicado que os habitantes de zonas urbanas e os jovens de 15 a 24 anos são os grupos populacionais de maior risco de suicídio”. Desta forma situam-se os dados oriundos do levantamento de prontuários realizado, corroborando as informações citadas pelos autores supracitados.

Segundo Souza et al. (2011, p. 298) em estudo produzido, observam estes que:

Em relação à idade, as tentativas são mais comuns entre os jovens, enquanto o suicídio é mais frequente entre a população acima de 40 anos, também identificado em outros estudos [...]. Isso reflete a influência que os fatores socioeconômicos e psicossociais [...] relacionados às fases do ciclo vital exercem sobre a tentativa de

suicídio, mais comum em adultos jovens [...], enquanto a consumação com êxito se observa mais nas idades avançadas [...].

Correlacionando-se ainda a questão do gênero e da faixa etária, Braga e Dell’Ago (2013, p. 05) apontam que “o maior aumento no número de casos de suicídio por grupo etário foi observado nas adolescentes do sexo feminino de 11 a 19 anos [...]. Nesse grupo, o suicídio constitui-se na segunda causa de morte, somente inferior à mortalidade por acidentes de trânsito”. Da mesma forma colocam Avanci, Pedrão e Costa Junior (2005, p. 537) que um estudo produzido caracterizou o perfil das tentativas de suicídio de adolescentes tendo em vista o contexto de um hospital de Londrina / PR e um conjunto de 70 sujeitos entre 12 e 24 anos, de maneira que observaram os autores, “maior frequência para o sexo feminino com 80% e entre a faixa etária de 16-19 anos com 45,7%”.

De acordo com estudos produzidos por Schnitmann et al. (2010, p. 51) ressalta-se que:

A proporção da população por faixa etária em cada capital está apresentada [...]. A média da proporção por faixa etária foi de 49,4% + 3,6 para 20-39 anos e 25,3% + 2,9 para 40-59 anos. A faixa etária de 15 a 19 anos representou 15,4% + 2,1, enquanto a de 60 anos e mais representou 9,8% + 2,7. Em análise de regressão linear, não foi observada nenhuma relação entre as faixas etárias e a taxa de mortalidade por suicídio [...]. A análise do coeficiente de mortalidade por suicídio por faixa etária [...] evidencia uma grande proporção desses óbitos entre os idosos. De fato, a faixa etária com maior risco de suicídio foi a de 60 anos ou mais, com coeficiente de mortalidade igual a 5,8. No extremo oposto, a faixa etária de 15 a 19 anos apresentou o menor risco de morte por suicídio, com coeficiente de mortalidade igual a 3,3. O risco relativo entre as faixas etárias foi 1 (faixa etária de 15-19 anos) para 1,7 (faixa etária de 20-39 anos e 40-59 anos) para 1,8 (faixa etária de >60 anos).

Ainda neste mesmo contexto, tem-se a posição de Teixeira (2004 apud SCHNITMANN et al., 2010, p. 56) que determina:

[...] que os adolescentes apresentam a menor taxa de suicídio. No entanto, estudos recentes apontam que essa faixa etária vem cursando com taxas de mortalidade por suicídio cada vez maiores. As demandas sociais cobram do adolescente inteligência, homogeneização no tipo de beleza e corpo perfeito; com isso, o desrespeito às diferenças repercute negativamente naqueles adolescentes que não se enquadram nesses parâmetros e contribui para o surgimento de baixa autoestima, conflitos familiares, fracasso escolar, perdas afetivas que, somados a condições de stress emocional, colocam o adolescente em grupo de risco.

Tendo em vista a análise acerca do tópico de localização e classe social do indivíduo, salienta-se que em quase totalidade dos casos, compreendem sujeitos residentes do município de Santa Cruz do Sul (18 casos ou 60%) distribuindo-se pela região central e demais bairros. Ainda, no que se refere aos demais casos do total de 30 ocorrências, tem-se: 7 casos (23,33%)

contemplativos à locais de interior em relação ao município estudado, e ainda 5 casos (16,67%) referem-se à municípios cuja localização se dá ao redor de Santa Cruz do Sul.

Neste mesmo contexto, porém, afirmando e fortalecendo as informações obtidas, analisa-se a hipótese decorrente da situação socioeconômica investigada, de forma que salienta-se uma absoluta relevância da situação desfavorável, em razão das 19 ocorrências pontuadas, ou seja, 63,33% dos casos, ou ainda, aponta-se a relevância da situação regular e seus 9 episódios (30%) de tentativa de suicídio, de forma a fortalecer tal apontamento, tem-se pôr fim a hipótese de 6,67% de tentativas ou 2 casos em condição socioeconômica caracterizada como favorável.

Diante de tal contexto, ressalta-se que conforme apontamentos da investigação produzida demonstram, os sintomas e o adoecimento estão diretamente ligados às questões familiares e ao nível social das famílias. Isso é corroborado pelas colocações de Marín-León e Barros (2003, p. 362) que apontam que nas mortes por suicídio, “embora seja frequente o comprometimento subjacente da saúde mental, em geral estão presentes problemas de relacionamento familiar ou econômicos” Ainda conforme aos autores, “estudos analisando mortalidade por suicídio segundo nível socioeconômico são raros e necessários para prover maior entendimento sobre a constelação de fatores determinantes e para subsidiar programas de prevenção” (MARÍN-LEÓN; BARROS, 2003, p. 359).

Neste caso, tem-se que a pobreza e a conjuntura familiar interferem diretamente na composição condicionante referente à tentativa de suicídio, conforme aponta Ferreira (2008, p. 11) ao expor que o suicídio “é maioritariamente causado pelas representações de natureza afectivo-emocional, onde se destacam os conflitos na educação, criação e conduta familiar dos indivíduos”.

Segundo Schnitmann et al. (2010, p. 49):

Entende-se a pobreza como uma situação que pode predispor ao suicídio, já que é geradora de fatores estressores, incluindo o desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar. Portanto o aumento nos coeficientes de suicídio pode refletir os problemas gerados pelas políticas econômicas junto à população trabalhadora, especialmente a seus segmentos mais vulneráveis: os extremos etários, os menos qualificados, os emocionalmente debilitados. O percentual de pessoas em família com razão de dependência >75% refere-se à razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 65 anos e mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (15 a 64 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Isso se torna visível ao correlacionar aos dados obtidos que apontam que a pobreza insere-se neste cerne em face ao saldo de tentativas discorrer em maior número em famílias

pobres, e no que tange ao contexto familiar, também se insere observações visto que o levantamento aponta que os casos estão ligados às famílias desestruturadas, com algum tipo de eventualidade como alcoolismo, uso de drogas, abusos, ausências, etc. Da mesma forma se posicionam Parente et al. (2007 apud BERTI, 2010, p. 26):

Em famílias estruturadas há maior possibilidade de proteger o indivíduo do risco de suicídio. Entretanto, a desestrutura ou conflito pode vir a provocar aumento no risco de suicídio de seus integrantes. Ressalta-se ainda, que o indivíduo que tem uma convivência entre amigos favorece a uma proteção do risco ao suicídio, diferentemente do indivíduo que vive solitário e isolado, associando-se diretamente ao risco de suicídio.

Ainda nesta mesma seara, Souza et al. (2011, p. 295) apontam que:

diversos estudos comprovaram fatores associados ao suicídio, principalmente os socioeconômicos. Nesse sentido, a baixa escolaridade e a pobreza, normalmente associadas entre si, além de viuvez, perda de uma pessoa querida, separação afetiva, desentendimentos com familiares ou amigos, divórcio e solidão das grandes cidades, são considerados fatores ou circunstâncias que podem aumentar o risco de suicídio por serem produtores de estresse, bem como outros, que incluem religião, problemas legais, desemprego e trabalho, especialmente o agrícola [...]. Uso abusivo de álcool e drogas, disponibilidade dos meios para efetuar o ato suicida, violência física e/ou sexual na infância, isolamento social, baixo suporte social e familiar, baixa qualificação profissional, histórico de tratamento psiquiátrico e distúrbios psíquicos, como depressão, esquizofrenia ou falta de esperança, podem, ainda, ser contributivos para o aumento de risco e a consumação da tentativa de suicídio [...].

No que se refere ao contexto da motivação para a tentativa de suicídio, o levantamento dos prontuários, determinou que tendo em vista os 30 casos analisados, tem-se que 70% das ocorrências foram decorrentes de mudanças ou desestrutura familiar, isto é, em 21 dos casos relatados, pontuaram os sujeitos investigados que a situação familiar decorria de motivos como incompatibilidade familiares, falecimentos de pessoas da família, ausências ou descaso de pais e progenitores, e ainda, brigas e discussões com os pais e/ou demais componentes da família. Ainda no que se tange à motivação para o suicídio, a pesquisa levantou 1 caso (3,33%) decorrente de uso de álcool e drogas, 2 casos (6,67%) ligados à depressão, 2 casos (6,67%) decorrentes de abuso e maus tratos, 1 caso (3,33%) oriundo de um episódio de bullying escolar e 3 casos (10%) abrangendo mais de uma dessas opções entre outras motivações.

Para Schnitmann et al. (2010, p. 47) “as pesquisas que enfocam a presença de fatores estressores na história de vida de pessoas que tentam ou cometem suicídio, principalmente adolescentes e jovens, são convergentes em apontar uma elevada incidência de experiências adversas durante o desenvolvimento emocional”, [...] “entre as quais encontram-se uma

infância marcada pela presença de indicadores de negligência emocional, rejeição [...], violência física, verbal e sexual intrafamiliar”. E ainda, segundo os mesmos autores, impactam sobre o principal ponto os “conflitos relacionais graves e separações recentes também foram identificados como fatores precipitadores das tentativas de suicídio. [...]” (SCHNITMANN et al., 2010, p. 47).

Na maioria dos estudos analisados por Vidal, Gontijo e Lima (2013, p. 181) verificaram-se estes que as taxas mais elevadas de mortalidade por suicídio vinculam-se às classes sociais mais baixas, sendo que “para as mortes naturais os principais fatores associados apontados na literatura são de ordem socioeconômica, incluindo pior saúde física, tabagismo, alcoolismo e comportamentos de risco [...]”. Ainda os autores colocam que para as mortes por suicídio, “acrescenta-se o desemprego, morar sozinho e ter problemas psiquiátricos”.

Não obstante, o mesmo levantamento oportunizou a contemplação acerca do sentimento ligado ao suicídio, de forma que os dados caracterizaram a relevância da tristeza / mágoa / choro / solidão / isolamento e depressão em quase totalidade dos casos, ainda observa-se o predomínio sequencial do sentimento de abandono / rejeição, bem como, baixa estima / timidez, nervosismo / agressividade, medo, ideação, depressão, arrependimento, entre outros tópicos.

Essa hipótese é explicada conforme os apontamentos de Toro et al. (2013, p. 410) que determina de acordo com estudos de Émile Durkheim (1858-1917) a classificação tipológica do suicídio em relação à motivação e aos sentimentos, assim define os autores:

O primeiro tipo, o suicídio egoísta, tem como causas a depressão, a melancolia, a sensação de desamparo moral, provocados pela desintegração social. O segundo tipo de suicídio é chamado de altruísta, e ocorre com mais frequência nas sociedades primitivas, em que é percebido como um dever que, se não for cumprido, o indivíduo é punido pela desonra e por castigos religiosos. Geralmente ocorre entre as pessoas que chegaram ao limiar da velhice ou adoeceram, entre mulheres por ocasião da morte do marido ou entre fiéis e servidores com o falecimento dos seus chefes. É visto como uma obrigação que a sociedade impõe ao indivíduo [...]. O terceiro tipo de suicídio é chamado de anômico. Ocorre devido a um desregramento social, no qual as normas não existem ou perderam o respeito. Acontece quando existe um estado de anomia, em que falta uma orientação, falta uma moral, as relações são precárias e as regras são indefinidas [...].

Tal contexto, se fortalece em relação aos apontamentos de Braga e Dell’Agió (2013, p. 06) que leciona que estudos produzidos em diferentes países asseveraram indicação acerca das motivações para o suicídio “(ex.: história de suicídio na família, presença de transtornos mentais, exposição à violência, abuso de álcool e drogas, bullying, conflitos na família, etc.)”

e que estas “tendem a ser constantes em adolescentes de diferentes culturas” (BRAGA; DELL’AGIO, 2013, p. 06). Neste mesmo contexto, Ferreira (2008, p. 11-12) coloca que:

[...] o sentimento de culpa imposto por chantagens emocionais, agressões, castigos exagerados, criação e imposição de uma auto-imagem irreal ao indivíduo, abandono ou superprotecção são factores que influenciam os jovens a pensarem em pôr fim à sua vida. O somatório destas causas resulta na desorganização da personalidade e consequentemente, vários desequilíbrios de ordem mental, que por vezes desencadeiam o acto suicida.

Ainda aparecem outros fatores de risco pontuados por Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010), segundo estes a presença de histórico de suicídio, doenças psiquiátricas ou transtornos mentais no contexto familiar prévio aditam risco de tentativas de suicídio. Neste cerne alocam-se os resultados decorrentes do levantamento de prontuários – base deste estudo, que apresentam nesta pesquisa os seguintes dados referentes aos transtornos diversos premissas de suicídio, pontuando-se aqui o contexto mental e a reincidência: no primeiro tópico tem-se predomínio de alegações de ausência de transtorno, seguido de citações de depressão, ideação, uso de drogas e álcool, enurese, ansiedade, TDAH, bulimia e transtorno de humor. E no que se refere à questão da reincidência, tem-se do total de 30 casos avaliados, a presença de reincidência em 9 ocorrências, ou seja, em 30% dos casos de tentativa, esta não apresenta-se como primária, sendo que nos casos de reincidência citados, alguns ultrapassam também o número de 2 ou 3 vezes.

O presente levantamento também ponderou considerações acerca do meio ou forma cuja tentativa de suicídio discorreu, assim sendo, tem-se conforme dados que há predomínio do emprego de arma branca (facas, tesouras e giletes) para mutilação corporal, com grande abrangência de cortes nos pulsos sendo citados como metodologia. Em relação equiparada, a pesquisa levantou o emprego de medicamentos, venenos e produtos químicos da área de higiene como meio ou ferramenta, sendo que o emprego de medicamentos também sobressai-se no composto em análise, por fim, o estudo levantou como meios o enforcamento, o uso de arma de fogo e o salto.

Complementarmente à investigação de prontuários, ponderou-se reconhecimento de dados por meio da ferramenta de entrevista, que desenvolveu-se no mesmo ambiente, ou seja, dentro das dependências do CAPSIA em Santa Cruz do Sul. Primariamente, empregou-se a gravação dos dados em forma de áudio e posteriormente transcreveu-se as mesmas, para que pudessem complementar a presente discussão. Assim sendo, foram efetivadas entrevistas com três profissionais da organização investigada, de forma que estes pudessem asseverar

conhecimentos e dados mais abrangentes e ainda que pudessem contribuir às observações em questão. Desta forma, obteve-se a partir das respostas destes que no que concerne aos responsáveis pela estruturação acerca da temática do suicídio e posteriores enfrentamento e resolução, existe de acordo com o entrevistado n. 01:

“[...] o Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio que é um grupo que pensa ações, tanto preventivas, quanto aos dados, porque a região infelizmente lidera no Brasil todo o índice de tentativas, e suicídios propriamente ditos, e os CAPS se envolvem muito na educação e vários outros setores, sendo um espaço intersetorial que vem se debruçando uma vez por mês em reuniões sobre o tema. E o CAPSIA agora, além da coordenadora tem mais duas profissionais que vão estar participando, o que vai fortalecer nossas ações internamente, e vamos poder levar contribuições para os nossos atendimentos”.

Segundo Höfling (2001, p. 31), a definição de políticas sociais refere-se “a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico”.

Behring e Boschetti (2008, p. 161-162) neste mesmo entendimento, explicam que:

A assistência social é a política que mais vem sofrendo para se materializar como política pública e para superar algumas características históricas como: morosidade na sua regulamentação como direito [...]; redução e residualidade na abrangência, visto que os serviços e programas atingem entre 15% e 25% da população que deveria ter acesso aos direitos; manutenção e mesmo reforço do caráter filantrópico, com forte presença de entidades privadas na condução de diversos serviços [...], e permanência de apelos e ações clientelistas.

Desta forma surgiu a atual Política Nacional de Assistência Social - PNAS e, o Sistema Único da Assistência Social – SUAS que fomentam a disposição das estruturas que estabelecem às ações do Estado na questão das vicissitudes sociais, aqui compreendida a partir da demanda do suicídio de jovens e adolescentes.

Em face disso, e ainda no que diz respeito às entrevistas, questionou-se como é elaborado o Plano Terapêutico Singular – PTS e como este se estrutura, assim sendo, segundo o entrevistado n. 02:

“Na verdade a gente trabalha no prontuário de uma forma bem objetiva, mas parece que fica um pouco abstrato, não existe um formulário próprio, até não sei informar se algum CAPS infantil tem tal formulário próprio pra elaborar o PTS. Aqui é trabalhado as consultas com psiquiatra, psicólogo e enfermagem, compreendendo -se oito áreas adversas, o PTS vai além, ultrapassa os muros do CAPSIA, vai pro ambiente que a criança e o adolescente frequenta, ambiente escolar, familiar, sendo que a família precisa de uma ajuda habitacional, porque a grande maioria tem dificuldade habitacional, a equipe junto com a secretaria de

habitação busca sanar a necessidade de conseguir isso junto com o setor de habitação. Tudo em prol da saúde mental do paciente, assim, vai além da medicação, além de oficina, além de atendimentos internos, eu percebo que assim, fica um pouco tendenciosa, contrariamente ao caso em que existisse um formulário”.

Diante do exposto, tem-se necessidade de ressaltar o posicionamento de Góis (1994, p. 43), que pondera acerca da Psicologia comunitária como:

[...] uma área da Psicologia social que estuda a atividade do psiquismo decorrente do modo de vida do lugar/comunidade [...]. Visa ao desenvolvimento da consciência dos moradores como sujeitos históricos e comunitários, através de um esforço interdisciplinar que perpassa a organização e o desenvolvimento dos grupos e da comunidade.

Ainda, observa-se neste contexto que a presença do psicólogo frente as ações de Proteção Social Básica pode fomentar a ampliação das possibilidades destas, na medida em que permite “uma compreensão mais subjetiva da realidade local, isto é, ver que as localidades são realidades profundamente humanas e simbólicas, sendo por isso um erro pensá-las somente em termos sociológicos e econômicos” (GÓIS, 2005, p. 73).

Ainda o autor coloca que no âmbito da Psicologia comunitária, importam a análise, a vivência ou experienciação e pôr fim a co-construção de atividades comunitárias, de forma a estruturar-se em razão de um método dialógico-vivencial, figurando como elementos relevantes à função de, ao menos subsidiar a efetivação das diretrizes próprias e intrínsecas e ainda ampliar o campo de inteligibilidade referente à atuação do psicólogo em face às ações eminentemente de Proteção Social Básica (GÓIS, 2005).

Na sequência questionou-se acerca dos atendimentos oferecidos e como estes são desenvolvidos e estruturados, assim, conforme exposição do entrevistado n. 03 tem-se que:

“Feita a primeira escuta, o acolhimento - geralmente no suicídio - é efetuado pelo psiquiatra. Depende da situação, porque às vezes vem pra nós casos, as vezes na primeira escuta fica claro que é tentativa de suicídio, ou ideação, as vezes vem do próprio hospital. Vai sendo construído nosso olhar de uma forma mais ampla para tentar investigar tudo que for trazido pela criança, adolescente e familiar, e os atendimentos para esses casos, havendo risco de vida, a gente já marca se possível no mesmo dia uma avaliação com psiquiatra, conforme a gravidade, internação no mesmo dia, ou se não tem como atender, a gente orienta a família para ficar vigilante, para não deixar nenhum instrumento que possa passar maior risco pra criança e adolescente, medicações, facas, cordas, e depois que o psiquiatra avalia, já começa com início de medicação, aí vamos avaliando que outros atendimentos podem estar sendo oferecidos, oficinas, atendimento com a psicologia. Tem a porta aberta também, tanto pro caso de tentativa de suicídio ou dependência química, as portas do CASPIA são abertas para essas situações”.

Dando-se andamento à entrevista, questionou-se acerca como é trabalhada e incluída a família no PTS e qual a importância do contexto familiar, para tanto o entrevistado n. 01 se posicionou:

“A família é trabalhada desde a busca ativa, quando a necessidade, quando não traz para algum atendimento, fizemos busca, visitas, porque que não está trazendo, oferece grupos de familiares, um pra dependentes químicos, e também grupo de familiares de pacientes com transtornos mentais, e são profissionais diferentes que atendem, e atendimento individual, conforme o que a equipe perceba, ou que a família solicita também. Encaminhamento para rede, então se a gente percebe que é um familiar que está em sofrimento psíquico, uma situação mais grave, vai além do CAPS, ou CAPS 2, ou CAPS 3, dependendo da necessidade a gente encaminha pro CRAS ou pro CRES, varia de caso a caso”.

Aqui se ressalta a questão do contexto familiar, sendo que retornando aos dados levantados por conta dos prontuários, esses fatos apresentam-se como impactante para os valores obtidos, de forma que o levantamento dos prontuários, determinou em face aos 30 casos que 70% das ocorrências decorreram do fator de desestrutura familiar, posto os 21 casos relata dos intercorrente à questão da incompatibilidade familiares, falecimentos, ausências ou descaso, brigas e discussões, abuso e maus tratos etc.

Conforme Schnitmann et al. (2010, p. 47) pontua que acerca dos fatores estressores à tentativa ou cometimento de suicídio, principalmente em adolescentes e jovens, convergem de elevada incidência de situações onde “[...] encontram-se uma infância marcada pela presença de indicadores de negligência emocional, rejeição [...], violência física, verbal e sexual intrafamiliar”. Importando também os “conflitos relacionais graves e separações recentes também foram identificados como fatores precipitadores das tentativas de suicídio. [...]” (SCHNITMANN et al., 2010, p. 47).

Por fim questionou-se aos profissionais como estes lidam com a temática de suicídio e se existe uma capacitação para eles acerca do tema. Desta forma, segundo o entrevistado n. 02 tal cerne assim se estrutura:

“Cada caso é uma história, ou é a primeira vez que tentou, ou já tentou mais de uma vez, ou a família apresenta histórico de tentativas, e até de ter cometido suicídio, tudo isso é avaliado, mas é nossa prioridade, se tiver que parar de fazer o que tá fazendo para dar atenção maior pra um caso que chega de tentativa de suicídio ou ideação. É algo que mexe muito, quando um adulto tenta já é complicado, imagina criança e adolescente, que está no início da vida e já não está tendo mais interesse em continuar vivendo, fico bem triste assim, todos lidam com a maior preocupação. Se discute os casos, porque são casos que não se toma decisões sozinha, sempre procura no dia da primeira escuta já discutir com o colega que está junto no plantão, que está na equipe, mobiliza muito para as ações em prol da criança e do adolescente que corre risco de suicídio, como a equipe toda. É algo que exige bastante vigilância, intervenções, contato com a família”.

Novamente a entrevista mostrou o impacto da família diante do cerne do suicídio.

Assim sendo, pode-se concluir que no que tange ao perfil do adolescente que tenta o suicídio (no contexto do CAPSIA Santa Cruz do Sul) ressaltam-se o sexo feminino com faixa etária entre 16 e 17 anos, de classe economicamente desfavorável e ainda componente da desestruturação familiar em amplo espectro. Pode-se afirmar ainda que o contexto economicamente desfavorável e a desestrutura familiar, impactam como fatores desencadeantes da motivação ao suicídio, posto que enquanto sendo esse um fato conflituoso, promovem a desconstrução emocional individual apropriada, isto é, cria as condições de incompatibilidades estruturantes à formação intelectual e emocional da pessoa, promovendo em sequência o levantamento do estudo de casos limites à efetivação do tema, decorrentes dos sentimentos adversos de tristeza, mágoa, isolamento, abandono, rejeição, agressividade, culpa, entre outros, que de fato impactam sobre o jovem que tenta o suicídio.

Desta forma, “[...] analisando e vivenciando a atividade, chegaremos a conhecer não só o processo social e econômico de um lugar como também (e para o psicólogo é o principal) o que pensam os moradores, o que sentem e o que fazem no dia a dia em relação a si mesmo e aos outros” (GÓIS, 2005, p. 90)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que a presente pesquisa buscava traçar um perfil acerca dos adolescentes em risco ou tentativa de suicídio, compreendendo ainda quais os motivos que desencadearam o comportamento, bem como, determinar o perfil psicológico deste e como o CAPSIA desenvolve a problemática, empregando medidas de prevenção e de intervenção. Para tanto, intentou-se conforme objetivo geral, identificar qual o perfil do adolescente com tentativas de suicídio que foram atendidos no CAPSIA, de Santa Cruz do Sul para compreender os aspectos individuais, familiares e sociais ligados ao ato de suicidar-se. Mais especificamente, buscou identificar quais os fatores desencadeantes que possam ter contribuído à tal comportamento; investigando também se dentre os adolescentes atendidos no CAPSIA, algum apresentava transtorno mental.

Sendo assim, salienta-se a importância do estudo frente ao significativo aumento no número de adolescentes que adentram as dependências do CAPSIA imersos nesta condição situacional. Ressalta-se também que a adolescência infere um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizando-se pelos múltiplos impulsos e desenvolvimentos, seja em aspecto físico, mental, emocional, sexual e/ou social. A referida fase de transgressão demanda esforço por parte do indivíduo, visto aferir objetivos e atender às expectativas culturais impostas à nível social.

Assim determinado e tendo em conta às análises dos trinta prontuários de adolescentes arrolados à presente pesquisa, estabelece-se primariamente que o fato emprega fundamentação como problema de saúde pública, oriundo das complexidades da vida e desencadeados por motivação adversa vinculada à fatores estressores impactante aos indivíduos, particularmente no que tange às questões de gênero, família, sociedade, e demais

elementos, de forma que conforme os dados aferidos verificou-se que no que tange ao contexto de gênero, 80% das tentativas encontram-se alocadas no gênero feminino, ressaltando-se o predomínio da discussão em relação ao gênero para o contexto feminino, assim, pontua-se que a questão do gênero apresenta-se como item saliente em razão das estruturas sociais e as questões da violência e desconsideração da mulher diante da sociedade, o que de fato já inferiu mudanças estruturais significativas no que se refere às leis e ações de ética neste sentido, porém, sabe-se que na prática a teoria não se aplica em sua totalidade, permanecendo ainda bastante incorporado à sociedade a desconsideração da mulher enquanto cidadã e detentoras de direitos fundamentais.

Outro fator analisado demonstrou o contexto etário das ocorrências observando-se que adolescentes entre 16 e 17 anos apresentam maior mensuração de ocorrências totalizando 70% dos casos de tentativas. A questão da localização e da classe social do indivíduo, também foi confirmado que conforme os resultados apontaram absoluta relevância da situação econômica desfavorável em face às ocorrências pontuadas, chegando à impactar diante de 63,33% dos casos de tentativa de suicídio. Assim sendo, pode-se ponderar que conforme apontamentos da investigação produzida os sintomas e o adoecimento estão diretamente ligados às questões familiares e ao nível social das famílias, posto ainda que a pobreza e a conjuntura familiar interferem diretamente na composição condicionante referente à tentativa de suicídio, em função de sua representação de natureza afetivo-emocional. Isso se torna visível em face à correlação dos dados obtidos que apontam que a pobreza insere-se neste cerne ao saldo de tentativas visto discorrer em maior número em contexto de famílias pobres, particularmente ligada à famílias desestruturadas com algum tipo de eventualidade como alcoolismo, drogas, abusos e maus-tratos, ausências, entre outros tópicos de influência como incompatibilidade familiar, falecimentos, descaso, brigas e discussões, depressão, bullying escolar entre outros tópicos. Não obstante, o levantamento oportunizou a contemplação no que tange ao sentimento ligado ou facilitador da tentativa de suicídio, de forma que os dados caracterizaram a relevância da tristeza, mágoa, solidão, isolamento, abandono, rejeição, baixa estima, timidez, nervosismo, agressividade, medo, ideação, arrependimento, etc.

Ainda, pontua-se acerca dos resultados que o levantamento de prontuários apresentou dados referentes aos transtornos múltiplos premissas da tentativa de suicídio, de forma que os mesmos apontaram o contexto mental e a reincidência de casos, no que diz respeito aos transtornos verificou-se quase totalidade de ausência de transtornos, sendo que identificou-se apenas, poucos casos ligados à depressão, ideação, drogas e álcool, enurese, ansiedade, TDAH, bulimia e transtorno de humor, á no que se refere à questão da reincidência a presença

desta refere-se em face à 30% dos casos de tentativa, não compreendendo-se como primária e por vezes, ultrapassando o total de 2 ou 3 vezes.

O presente levantamento ponderou considerações no que tange ao meio ou forma empregada à tentativa de suicídio de forma que o estudo considerou o predomínio do emprego de arma branca à mutilação corporal, em especial, nos casos de cortes nos pulsos. Em equiparação a pesquisa levantou o emprego de medicamentos, venenos e produtos químicos da área de higiene também como meio ou ferramenta, sobressaindo-se o emprego de medicamentos nos casos, por fim, o estudo levantou ainda como meios o enforcamento, o uso de arma de fogo e o salto de alturas.

Complementarmente à investigação de prontuários, ponderou-se reconhecimento de dados por meio de entrevista com os profissionais do CAPSIA em Santa Cruz do Sul, que ressaltaram os resultados das análises quantitativas de casos, ressaltando para tanto a questão do contexto familiar nas tentativas de suicídio. Assim sendo, conclui-se que no que tange ao perfil do adolescente que tenta o suicídio (intercorrente ao contexto do CAPSIA Santa Cruz do Sul) ressaltam-se o sexo feminino com faixa etária entre 16 e 17 anos, imerso à classe economicamente desfavorável e ainda oriundo de desestruturação familiar em ampla intensidade.

Pode-se afirmar ainda que o contexto economicamente desfavorável e a desestrutura familiar, influenciam como fatores desencadeantes à motivação de suicídio, visto que enquanto sendo esse um fato conflituoso, promove a desconstrução emocional individual, ou seja, cria condições de incompatibilidades estruturantes à formação intelectual e emocional da pessoa, decorrendo sequencialmente na limitação da efetivação do tema em face aos decorrentes sentimentos adversos como tristeza, mágoa, isolamento, abandono, rejeição, agressividade, culpa, entre outros, que de fato inferem relevância acerca do comportamento do jovem que tenta o suicídio.

Diante disso, conforme exposto pelo resultado do trabalho efetivado, tem-se que as ações e medidas empregadas pelos órgãos de atendimento à tal questão, disponibilizam intervenções importantes, porém pouco produtoras, visto o grande número de reincidências observadas, assim, sendo, ressalta-se a necessidade de novas investigações neste contexto, de forma que possam futuramente contemplar contribuições significativas à melhoria das políticas públicas em aspecto social e particularmente no que se refere às ações e medidas empregadas pelos órgãos responsáveis ao enfrentamento de tal vicissitude social.

O presente estudo apresentou limitação no que se refere ao contexto local, posto que as análises contemplam apenas as ocorrências regionais inter-relacionadas ao município de

Santa Cruz do Sul, assim sendo, ressalta-se que em estudo sequencial seria interessante englobar demais localizações e ainda correlacionar e/ou equiparar resultados adversos e decorrentes de locais distintos, posto ampliar e abranger o maior número de possibilidades de enfrentamento e desenvolvimento de técnicas e procedimentos de intervenção em face ao problema supracitado.

REFERÊNCIAS

- AVANCI, R. de C.; PEDRÃO, L. J.; COSTA JUNIOR, M. L. da. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Rev Bras Enferm.* v. 58, n. 05, p. 535-539, set / out, 2005.
- BEHRING, R. E.; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história.* 4. ed., v. 02. São Paulo: Cortez. 2008.
- BERLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, n. 02, p. 87-95, 2010.
- BERTI, F. G. *Suicídio na adolescência: Revisão bibliográfica.* 34f. (Monografia). Programa de Aprimoramento Profissional/SES. Faculdade de Medicina de Marília. Curso de Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental. Marília / SP, 2010.
- BORGES, R. V.; WERLANG, B. S. G. Ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos Psicológicos*, v. 11, n.3, p. 345-351, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413294x2006000300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 set. 2015.
- BOTEAGA, Neury J. *Crise Suicida. Avaliação e Manejo.* Porto Alegre: Artmed Editora Ltda., 2015.
- BRAGA, L. de L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínic*, São Leopoldo, v. 6, n. 1 jun.2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-34822013000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 nov. 2015.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069Compilado.htm>. Acesso em: 28 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio*. Organização Pan-Americana de Saúde Prevenção do Suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Universidade Estadual de Campinas. UNICAMP. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2015.

_____. *Suicídio: Informando pra prevenir*. Associação brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao0e4a2c65bdadd66a53422d93daebe68.pdf>. Acesso em: 16 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em: 16 nov. 2015.

CVV. Centro de Valorização da Vida. Disponível em: <<http://www.cvv.org.br/site/conheca.html>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

DIÁRIO DE SANTA MARIA. *CVV agora é de graça no Rio Grande do Sul*. Disponível em: <<http://diariodesantamaria.clicrbs.com.br/rs/geral-policia/noticia/2015/09/cvv-agora-e-de-graca-no-rio-grande-do-sul-4846729.html>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

DURKHEIN, Émile. *O Suicídio. Estudo de Sociologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FERREIRA, R. E. C. *O Suicídio*. 37 f. (Trabalho de Curso) Unidade curricular de Fontes de Informação Sociológica. Faculdade de Economia. FEUC - Universidade de Coimbra / Portugal, 2008.

FONTELLE, Paula. *Suicídio: O Futuro interrompido: guia para sobreviventes*. São Paulo: Geração Editorial, 2008.

GÓIS, C. W. L. *Noções de psicologia comunitária*. 2. ed. Fortaleza: Edições UFC, 1994.

_____. *Psicologia comunitária – atividade e consciência*. Fortaleza: Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

HOFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. In: *Cadernos CEDES*, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001.

MARÍN-LÉON, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*. Campinas / SP, v. 37, n. 03, p. 357-363, 2003. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/31599-36470-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 mai 2015.

MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas brasileiras. *Rev Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2015, p. 1655-1666. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1655.pdf>. Acesso em 17 nov 2015.

NOGUEIRA.C. Ricardo. Repercussões de Projeto de implantação de Rede intersetorial de Prevenção do Suicídio em Municípios do Rio Grande do sul. *Universidade Estácio de Sá*. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://portal.estacio.br/media/4259825/ricardo%20de%20campos%20nogueira%20disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

OMS. Organização mundial da saúde. Departamento de Saúde mental Transtornos mentais e comportamentais. *Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da mídia*. Genebra, 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. *Manual de Prevenção do Suicídio*. Divisão de Vigilância Epidemiológica/ NVDANT. Prevenção do Suicídio no Nível Local. Rio Grande do Sul, 2011.

SCHNITMANN, G.; KITAOKA, E. M.; AROUCA, G. S. de S.; LIRA, A. L. da S.; NOGUEIRA, D.; DUARTE, M. B. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. In: *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 34, n. 01, p.44-59, jan./mar., 2010.

SOUZA, O. Abordagens fenomenológicas hermenêuticas em pesquisas educacionais. *Revista de Educação da Univali*, Itajai, 2001, p. 31-38.

SOUZA, V. dos S.; ALVES, M. da S.; SILVA, L. A.; LINO, D. C. S. F.; NERY, A. A.; CASOTTI, C. A. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. In: *J Bras Psiquiatr*. v. 60, n. 04, p. 294-300, 2011.

TORO, G. V. R.; NUCCI, N. A. G.; TOLEDO, T. B. de.; OLIVEIRA, A. E. G. de.; PREBIANCHI, H. B. O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 19, n. 03, p. 407-421, dez. 2013.

VIDAL, L. E. C.; GONTIJO, D. E. Tentativas de Suicídio e o acolhimento nos serviços de emergência; e a percepção de quem tenta. In: *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 108-14, 2013.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. In: *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 01, p. 175-187, jan/ 2013.