UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
- SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE -

TENTATIVAS DE SUICÍDIO POR MEIO DE MEDICAMENTO: AS PERCEPÇÕES DOS ADOLESCENTES

Marília Ávila de Freitas Aguiar

Belo Horizonte
2011

MARÍLIA ÁVILA DE FREITAS AGUIAR

TENTATIVAS DE SUICÍDIO POR MEIO DE MEDICAMENTO: AS PERCEPÇÕES DOS ADOLESCENTES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Carlos Tavares

Co-Orientadora: Prof.ª Dr.ª Cristina G. Alvim

Belo Horizonte
2011

Aguiar, Marilia Ávila de Freitas.
A282t Tentativas de suicídio por meio de medicamentos [manuscrito]: as percepções dos adolescentes. / Marilia Ávila de Freitas Aguiar. - - Belo Horizonte: 2011.
139f.: il.
Orientador: Eduardo Carlos Tavares.
Co-Orientadora: Cristina Gonçalves Alvim.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Tentativa de suicídio. 2. Adolescente. 3. Epidemiologia. 4. Envenenamento. 5. Saúde Pública. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Tavares, Eduardo Carlos. II. Alvim, Cristina Gonçalves. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.
NLM: WS 350.8

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

REITOR
Professor Clélio Campolina Diniz

VICE-REITORA
Professora Rocksane de Carvalho Norton

PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO
Professor Ricardo Santiago Gomez

PRÓ-REITOR DE PESQUISA
Professor Renato de Lima dos Santos

DIRETOR DA FACULDADE DE MEDICINA
Professor Francisco José Penna

VICE-DIRETOR
Professor Tarcizo Afonso Nunes

COORDENADOR DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Professor Manoel Otávio da Costa Rocha

SUBCOORDENADORA DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Professora Teresa Cristina de Abreu Ferrari

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
Professora Benigna Maria de Oliveira

COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Professora Ana Cristina Simões e Silva

SUBCOORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Professor Eduardo Araújo Oliveira

COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Professora Ana Cristina Simões e Silva
Professor Cássio da Cunha Ibiapina
Professor Eduardo Araújo de Oliveira
Professor Francisco José Penna
Professor Jorge Andrade Pinto
Professora Ivani Novato Silva
Professor Marcos José Burle de Aguiar
Professora Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana
Michelle Ralil da Costa (Discente Titular)

FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30 130-100
Fone (031) 3409 9641 FAX (31) 3409 9640
cpg@medicina.ufmg.br
UFMG

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO DE **MARÍLIA ÁVILA DE FREITAS AGUIAR,** nº de registro 2007666680. Às quatorze horas do dia **treze de maio de dois mil e onze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"TENTATIVA DE SUICÍDIO POR MEIO DE MEDICAMENTOS: AS PERCEPÇÕES DOS ADOLESCENTES"**, requisito final para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Eduardo Carlos Tavares, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Eduardo Carlos Tavares /Orientador	Instituição: UFMG	Indicação: aprovada
Profa. Cristina Gonçalves Alvim	Instituição: UFMG	Indicação: aprovada
Profa. Cristiane de Freitas Cunha Grillo	Instituição: UFMG	Indicação: Aprovada
Profa. Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart	Instituição: UFMG	Indicação: aprovada
Profa. Maria Regina de Almeida Viana	Instituição: SEE/MG	Indicação: aprovada
Prof. Marcelo da Silva Araújo Tavares	Instituição: UnB	Indicação: Aprovada

Pelas indicações a candidata foi considerada aprovada

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 13 de maio de 2011.

Prof. Eduardo Carlos Tavares /Orientador

Profa. Cristina Gonçalves Alvim

Profa. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Profa. Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart

Profa. Maria Regina de Almeida Tavares

Prof. Marcelo da Silva Araújo Tavares

Profa. Ana Cristina Simões e Silva / Coordenadora

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Profa. Ana Cristina Simões e Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente
Faculdade de Medicina/UFMG

À minha mãe
e a todos os pais
cujos filhos se suicidaram.
Aos jovens que tentam se matar.
Ao meu pai e às minhas irmãs Heloísa e Helenice.
Aos que ajudam a tornar minha caminhada mais feliz,
Roberto, Ana Flávia, Humberto e Alexandre.

AGRADECIMENTOS

Este projeto não estaria se concretizando sem a ajuda e colaboração de pessoas queridas.

Ao Prof. Eduardo, mais que um orientador, com quem aprendi muito sobre serenidade.

À Profa. Cristina que soube me conduzir na difícil arte da pesquisa e da escrita, respeitando minhas escolhas e me incentivando a seguir adiante.

Às Profas. Janete, Cristiane e Lúcia pelas inestimáveis contribuições por ocasião da qualificação.

Aos professores e colegas da Pós-Graduação da Saúde da Criança e do Adolescente pelas discussões que muito contribuíram na elaboração desse trabalho.

À amiga e parceira Gláucia pelo companheirismo e pelo incentivo em abraçar o tema.

À direção do Hospital João XXIII - FHEMIG, que permitiu que pudesse desenvolver a pesquisa com seus pacientes.

À equipe do Serviço de Psicologia do Hospital João XXIII na pessoa de sua coordenadora Psic. Simone que possibilitou o desenvolvimento da pesquisa e, em especial aos psicólogos do CIATBH Thaísa e Manuel pela dedicação em relacionar todos os casos que pudessem atender à pesquisa. Agradecimento especial à Thaísa pelas profícuas discussões sobre os casos.

À Daniela Seabra que primeiro mostrou que poderia ser possível trabalhar junto ao CIATBH.

À minha irmã Eneida pela disponibilidade no atendimento às minhas mais diversas e por vezes descabidas solicitações.

Aos meus amigos que entenderam meu afastamento durante esse período.

Ao meu filho Humberto leitor sempre atento do meu trabalho que, além de revisor é um grande interlocutor.

À minha filha Ana Flávia que com seu carinho e atenção fez com que a saudade por estar mais ausente ficasse atenuada.

Ao Alexandre, por contribuir para que isso fosse possível.

Ao meu marido Roberto, que além de grande incentivador soube entender e não se ressentir pelos feriados e finais de semana ao computador.

Aos meus sobrinhos, em especial a Maria Eduarda por fazer minhas manhãs de domingo um “acontecimento”.

A todos aqueles que compartilharam comigo o caminho durante essa jornada.

Agradeço de maneira especial aos jovens que se dispuseram a me contar um pouco das suas vidas e a seus pais que assim o permitiram.

Por fim, e talvez o mais importante, aos “Lá de Cima” sem os quais nada disso seria possível.

A vida é tão bela que chega a dar medo.
Não o medo que paralisa e gela,
estátua súbita, mas esse
medo fascinante e fremente de curiosidade que
faz o jovem felino seguir para a frente farejando
o vento ao sair, a primeira vez, da gruta.
Medo que ofusca: luz!
Cumplicemente,
as folhas contam-te um segredo
velho como o mundo:
Adolescente, olha! A vida é nova...
A vida é nova e anda nua
vestida apenas com o teu desejo!

Mário Quintana

RESUMO

AGUIAR, M. A. F. Tentativas de suicídio por uso de medicamentos: as percepções dos adolescentes. [Tese - Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.

A tentativa de suicídio vem se constituindo num grave problema de saúde pública. Na adolescência, se mostra como sinal de alarme. O presente estudo tem por objetivos traçar o perfil desses jovens e buscar compreender e interpretar suas percepções, ideias, sentimentos e atitudes em relação ao ambiente familiar e às suas relações interpessoais e afetivas bem como no tocante à motivação e ao planejamento, às consequências e às medidas adotadas após a tentativa. Foram avaliados 71 prontuários de adolescentes de 12 a 17 anos que foram admitidos em pronto socorro público no período de agosto de 2008 a julho de 2009, com diagnóstico de intoxicação exógena, seja ela intencional ou acidental. Numa segunda parte, 10 adolescentes que utilizaram drogas psicoativas foram entrevistados. A maioria dos casos foi com meninas. A média de idade foi de 15,2 anos. O termo mais utilizado na identificação do diagnóstico foi Intoxicação e o meio ingestão de medicamentos, seguido por ingestão de veneno. A maioria das tentativas ocorreu na própria residência. Os conflitos relacionais aparecem como a motivação mais freqüente. Desses, os familiares foram os mais comuns. Os resultados das entrevistas foram agrupados em oito categorias: as relações interpessoais; o cotidiano; a autoimagem; o contato medicamentos psicoativos e outras drogas; história da tentativa; a percepção, a atitude e os sentimentos dos adolescentes após a tentativa; o acompanhamento terapêutico após a tentativa; a relação com os profissionais de saúde. A ambigüidade de sentimentos, a falta de diálogo e de intimidade e o cotidiano ocioso além da sedação de conflitos, da inabilidade de comunicação e da sensação de não pertencimento foram levantados como importantes condições na vida desses jovens. Esse estudo pode ser útil para nos auxiliar no diagnóstico e também no estabelecimento de políticas assistenciais e preventivas voltadas aos jovens, a fim de oferecer apoio tanto aos adolescentes quanto a seus familiares e demais envolvidos. O principal mérito é dar voz ao adolescente que tentou suicídio e apresentar a sua percepção sobre o tema. Além de conhecer o problema, precisamos buscar maneiras mais efetivas de intervenção.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio. Adolescentes. Intoxicação exógena. Epidemiologia. Saúde Pública.

ABSTRACT

AGUIAR MAF. Suicidal attempts through medication: adolescent's perceptions. Belo Horizonte. [Thesis - PhD in Health of children and adolescents]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.

Suicidal attempts have become a severe public health problem. In adolescence, it becomes a warning sign. The present study aims at outlining these youngsters profile and understanding and interpreting their perceptions, ideas, feelings and attitudes towards the family environment and their interpersonal and affective relationships as well as regarding their motivation, planning, consequences and measures adopted after the attempt. Seventy-one medical record files were evaluated of teenagers between 12 and 17 years old who were admitted in a public ER between August 2008 and July 2009, diagnosed with exogen intoxication, be it intentional or accidental. In a second moment, 10 teenagers who used psychoactive drugs were interviewed. Most of the cases involved girls averaging 15,2 years of age. The most commom term used in diagnosis was intoxication by means of medication ingestion followed by poison ingestion. The majority of attempts happened in their own residence. Relationship conflicts appeared most frequently as motive. From these, familiar conflicts were the most commom. The interview results were grouped in eight categories: interpersonal relationships; everyday life; self-image; contact with psychoactive medications and other drugs; attempt history; perception, attitude and feelings of the teenagers after the attempt; therapeutic follow-up after the attempt; relationship with health professionals. The ambiguity of feelings, lack of dialogue and intimacy and the lack of activities in life as well as conflict sedation, inability of communication and the feeling of not belonging were raised as important life conditions of these young persons. This study can be useful to help in the diagnosis and also in the creation of assistential and preventive politics towards the youngsters in order to offer support to both the adolescents and their relatives and others involved. The main merit is to give the adolescents who attempted suicide a voice and present their perception on the issue. Besides knowing the problem, we need to find more effective ways of intervention.

Keywords: Suicide attempt. Adolescents. Exogen intoxication. Epidemiology. Public Health.

LISTA DE GRÁFICOS

ARTIGO I

Gráfico 1 - Gráfico dos diagnósticos encontrados nos 71 prontuários de adolescentes atendidos no Hospital de Pronto Socorro (HPS) João XXIII, Belo Horizonte, MG, no período de agosto de 2008 a julho de 2009. 81

Gráfico 2 - Gráfico dos meios utilizados na tentativa de autoextermínio dos 71 prontuários de adolescentes atendidos no Hospital de Pronto Socorro (HPS) João XXIII, Belo Horizonte, MG, no período de agosto de 2008 a julho de 2009. 81

Gráfico 3- Gráfico dos tipos de conflitos interrrelacionais que foram anotados como motivação para a tentativa de autoextermínio em 71 prontuários de adolescentes atendidos no Hospital de Pronto Socorro (HPS) João XXIII, Belo Horizonte, MG, no período de agosto de 2008 a julho de 2009. 83

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Fluxograma do SUPRE-MISS com pessoas que foram acompanhadas após tentativas de suicídio. 29

Fluxograma 2 - Fluxograma do processo de seleção dos entrevistados..... 71

ARTIGO II

Fluxograma 1 - Fluxograma do processo de seleção dos entrevistados..... 95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características suicidas genéricas..... 46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tempo e local das entrevistas 72

ARTIGO I

Tabela 1 - Motivação mais freqüente de acordo com anotações em 71 prontuários de adolescentes atendidos no Hospital de Pronto Socorro (HPS) João XXIII, Belo Horizonte, MG, no período de agosto de 2008 a julho de 2009. 82

Tabela 2 - Meios utilizados pelos 71 adolescentes atendidos no Hospital de Pronto Socorro (HPS) João XXIII, Belo Horizonte, MG, no período de agosto de 2008 a julho de 2009. 84

ARTIGO II

Tabela 1 - Características dos10 adolescentes entrevistados 97

Tabela 2 - Características familiares e socioeconômicas dos 10 adolescentes entrevistados 98

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AFSA	*American Foreign Service Association*
AD	Análise do Discurso
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEP/FHEMIG	Comitê de Ética em Pesquisa da da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
CDI	*Children's Depression Inventory*
CIATBH	Centro de Informação e Assistência em Toxicologia de Belo Horizonte
COEP/UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HIAA	hidroxindol-acético
HPS	Hospital de Pronto Socorro
INAME	Instituto Nacional do Menor
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PUCRS	Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SVS	Serviço de Vigilância em Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17

2 REVISÃO DA LITERATURA 19

2.1 A ADOLESCÊNCIA 19
2.1.1 Perspectiva histórica 20
2.1.2 Concepções e delimitações de adolescência 22
2.1.3 Adolescência e crise 25

2.2 O COMPORTAMENTO SUICIDA 26
2.2.1 O suicídio ao longo da história 30
2.2.2 Aspectos ligados à religiosidade 32
2.2.3 Durkheim e outros sociólogos 34
2.2.4 Visão médica/psiquiátrica 36
2.2.5 A perspectiva da psicologia 41
2.2.6 Shneidman e a suicidologia 45
2.2.7 Fatores que predispõem ao suicídio 47
2.2.8 Fatores de proteção e possibilidades de prevenção 48

2.3 A TENTATIVA DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA 50

REFERÊNCIAS 57

3 OBJETIVO GERAL 65

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 65

4 METODOLOGIA 66

4.1 A OPÇÃO PELA PESQUISA QUALITATIVA 66

4.2 POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO 68

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA 69

4.4 COLETA DE DADOS 70
4.4.1 Conhecimento da organização do serviço e estabelecimento da estratégia de acesso aos pacientes elegíveis para a pesquisa 70
4.4.2 Realização das entrevistas 71

4.5 ANÁLISE DOS DADOS 73

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 74

4.7 REFERÊNCIAS 75

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 77

5.1 ARTIGO I: PERFIL DO ADOLESCENTE ATENDIDO EM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO POR INTOXICAÇÃO EXÓGENA PROPOSITAL [PROFILE OF ADOLESCENTS ATTENDED IN HOSPITAL'S EMERGENCY ROOMS BY EXOGEN INTOXICATION ON PURPOSE] 77
5.1.1 Resumo 77
5.1.2 Abstract 78
5.1.3 Introdução 78

5.1.4 Método **79**
5.1.5 Resultados **80**
5.1.6 Discussão **84**
5.1.7 Considerações finais **88**
5.1.8 Referências **88**

5.2 ARTIGO II: AS PERCEPÇÕES DOS ADOLESCENTES SOBRE SUAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO [ADOLESCENT'S PERCEPTIONS ON THEIR SUICIDE ATTEMPTS] ***91***
5.2.1 Resumo **91**
5.2.2 Abstract **91**
5.2.3 Introdução **92**
5.2.4 Método **93**
5.2.5 Resultados e discussão **96**
5.2.6 Considerações finais **128**
5.2.7 Referências **130**

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS **134**

APÊNDICE A - Consentimento Livre e Esclarecido **137**

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista semiestruturada **139**

1 INTRODUÇÃO

A finitude humana é um tema que sempre despertou meu interesse. Lidando e estudando com o tema da morte e do morrer, das perdas e dos lutos e acompanhando pessoas enlutadas tanto em consultório como em grupos de apoio, fui observando o aumento de casos de enlutamento por suicídio, especialmente no meio de jovens. No contato com outros profissionais de saúde e também em meu convívio social, fui percebendo o aumento, tanto de casos de autoextermínio, quanto de tentativas. Tive a oportunidade de confirmar o que a literatura já apontava que a morte por suicídio é fator complicador na elaboração do processo de luto.

Muitas vezes, escutei de pais de jovens que cometeram o suicídio que seu filho "escolheu se matar". Esta afirmação sempre me incomodou, pois me vinha o questionamento: será que o autoextermínio é realmente uma escolha? Será que o jovem a vê como opção ou como a falta dela? Talvez esta fala se justifique pelo fato de ser a morte por suicídio a que mais impacto nos cause. Quando nos vemos frente a alguém que tentou se matar, na maior parte das vezes, nossa perplexidade é enorme. Pensamos que enquanto tantos lutam bravamente pela vida, como nos casos de câncer em estágios avançados, outros "escolhem" sair dela.

O que fazer diante de algo que causa um impacto traumático na família, nos amigos, na escola, nos locais de trabalho, enfim, em todos os contextos sociais onde o suicida esteve inserido? É creditado a Van Gogh, um suicida, a frase: "O suicídio faz com que os amigos e familiares se sintam seus assassinos".

Em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o *Informe mundial sobre la violência y la salud para las Américas* onde considera a violência caso de saúde pública e o suicídio violência autoinfligida. Neste documento, Nelson Mandela escreve, no prólogo, que a violência autoinfringida aparece com *"una escala nunca vista y nunca antes possible en la historia de la Humanidad"*. Dr. Bertolote, responsável pelo Departamento de Saúde mental da Organização Mundial de Saúde afirmou que "O suicídio é um grave problema de saúde pública que poucas pessoas consideram um problema, preferem não mencionar e fazem um verdadeiro esforço por esconder".

Uma das maneiras de se estudar o fenômeno suicídio é por meio do estudo das tentativas. Partindo do princípio que a pessoa que vê o suicídio com a solução dos seus problemas se encontra em situação de sofrimento e acreditando na função terapêutica de uma "boa" conversa, nos propusemos neste estudo a entrar em contato com adolescentes que

tentaram o autoextermínio. Para tal, fizemos o levantamento de casos de tentativa de suicídio atendidos pelo Hospital de Pronto Socorro (HPS) João XXIII, ligado à rede da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), em Belo Horizonte, MG, no período de agosto de 2008 a julho de 2009.

Com o objetivo de buscar a compreensão do fenômeno tentativa de suicídio na adolescência, em especial dos casos em que a tentativa é por meio da ingestão de medicamentos psicoativos, realizamos este trabalho. Entrevistamos 10 adolescentes entre 13 e 17 anos, sendo nove meninas e um menino.

Começamos buscando embasamento teórico junto à literatura para conhecermos o estado da arte dos temas que pretendemos discutir que são a adolescência, o comportamento suicida e, cruzando os dois temas, as tentativas de suicídio na adolescência.

Os resultados serão apresentados em forma de artigo sendo que o primeiro trata das características da população atendida pelo Centro de Informação e Assistência em Toxicologia de Belo Horizonte (CIATBH) durante doze meses, e o segundo se ocupa dos resultados das dez entrevistas realizadas.

Acreditamos que, conhecendo melhor o fenômeno, e pelo olhar do jovem, possamos contribuir para levantar possíveis caminhos a fim de tentarmos minorar seus efeitos e contribuir na prevenção de novas tentativas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A ADOLESCÊNCIA

Mundo mundo vasto mundo,
se eu me chamasse Raimundo...

Carlos Drumond de Andrade

A adolescência é o período de transição em que a criança se modifica física, mental e emocionalmente, tornando-se um adulto, mas é muito difícil determinar os limites cronológicos deste período que se situa, psicológica e culturalmente, entre a meninice e a vida adulta. Na cultura brasileira da década de 50, costumava ser considerada dos 12 aos 18 anos e, em alguns casos, até o final da universidade, mas, atualmente, pode-se dizer que se estende dos 10 aos 25 anos (Klosinski, 2006). Constitui um marco importante tanto na formação da personalidade quanto na maneira de ser no mundo.

Na adolescência ocorrem muitas mudanças físicas e emocionais e a pessoa experimenta uma verdadeira turbulência emocional. As relações com os pais podem passar a ser conflitantes e os amigos assumem um papel cada vez mais importante. Os adolescentes se tornam mais vulneráveis à pressão dos companheiros, ficam mais suscetíveis à depressão, uma vez que a autoestima costuma ser reduzida nos primeiros anos do período (Bee, 1997).

Em 1997, a OMS estimava que 25% da população mundial se tratava de adolescentes e que, na América Latina, esta proporção sobe para aproximadamente 30% de adolescentes e jovens na faixa etária de 10-24 anos. No Brasil, atualmente, essa faixa etária engloba 27,965% (33.672 milhões) da população (IBGE, 2010), o que, sem dúvida, marca importantes características nos perfis sociodemográficos e epidemiológicos em todo o país (Silva, 2010).

Em termos de saúde física, os adolescentes têm menos doenças graves do que os bebês e as crianças, mas, em compensação, ficam mais expostos à violência. Mais da metade das mortes de adolescentes resulta de causas externas como homicídios, acidentes e suicídios (OMS, 2003).

Grossman (1998) considera que o fenômeno “adolescência” é tão antigo quanto o ser humano. Campos (2009) complementa afirmando que os problemas da juventude têm sido

fonte de preocupação de pais, educadores, filósofos, cientistas sociais e clínicos ao longo da história.

2.1.1 Perspectiva histórica

A adolescência sempre foi motivo de estudos. Sócrates, Platão e Aristóteles se dedicaram, cada um à sua maneira, a reflexões sobre essa fase do desenvolvimento (Campos, 2009). Aristóteles talvez tenha sido o primeiro a dividir a vida em idades: infância que iria até os sete anos, pueritia, dos sete aos 14, adolescência coincidindo com a idade de procriação e se estendendo até os vinte e um anos, e juventude, seguida da velhice que se iniciava aos cinquenta anos.

Ariès (1981) apresenta uma pesquisa sobre a trajetória da criança e da família ao longo da história. Segundo o autor, durante o Império Romano, século I d.C., aproximadamente aos 14 anos, o pai do menino decidia que era hora de trocar suas vestes infantis pelas de um adulto, e isso significava um marco na vida do menino. A partir de então, poderia fazer as coisas que os jovens sonhavam. Já na Idade Média o desenvolvimento do ser era dividido em duas fases bem distintas, pois, desde que a criança vencesse os riscos da infância, marcada pela dependência, já era misturada ao mundo adulto, considerando-se, então, um ser crescido. Até o século XVIII, a adolescência foi confundida com a infância, uma vez que estava ligada à ideia de dependência. A partir da Revolução Industrial a adolescência começou a ser reconhecida e entendida como um momento distinto importante do desenvolvimento humano.

O primeiro adolescente típico moderno, com características que mostravam a "mistura de uma pureza (provisória), de força física, [...] espontaneidade e alegria de viver que faria do adolescente o herói do nosso século XX, o século da adolescência" (Ariès, 1981) surgiu na obra de Wagner com a música Siegfried, na Alemanha no final do século XIX. Na França tornou-se um tema literário e uma preocupação para moralistas e políticos volta de 1900. Nesse período, foi iniciado um movimento para procurava conhecer o que a juventude pensava. Também nesse período, a juventude passou a ter a função de reavivar a sociedade velha e decadente e assumiu a posição de desveladora e depositária de novos valores.

Para Sampaio (1999), o conceito de adolescência surgiu como consequência das profundas alterações sofridas pela família na sociedade industrial. Até então, as famílias eram responsáveis pela formação de seus integrantes para o trabalho. Com isso, mantinham um forte controle sobre as atividades dos mais novos, que eram vistos como "unidade de

produção". A função produtiva da família desapareceu e as tarefas de educação geral e de aprendizagem para o trabalho foram deslocadas para fora do seu seio. Passou, então, a ocupar o lugar de "espaço emotivo" onde o jovem interagiria. Acrescenta que a escolarização em massa contribuiu para que o fenômeno fosse considerado uma "condição social".

As primeiras obras da psicologia sobre a adolescência foram publicadas nos Estados Unidos, em 1904. A obra *Adolescence: its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*[1] de Granville Stanley Hall foi escrita em dois volumes. Nela, o autor defendeu a teoria de que as reações psicológicas são determinadas por fatores genéticos. Entretanto, reconhecia que no período compreendido entre os 12 e os 25 o ambiente poderia passar a ser responsável por mudanças no desenvolvimento, deixando a genética de exercer tanta influência. A adolescência foi vista como um estágio transitório da espécie humana, marcado pela turbulência, pelos conflitos e pelas oscilações de humor (Durat Júnior, 2006; Santrock, 2003).

Em 1909, William Healy (1869-1963), contratado para trabalhar com jovens delinquentes, criou um instituto de psicopatologia juvenil, fonte de pesquisa para o livro lançado seis anos depois onde rejeitou as teorias de causalidade unidimensional para a delinquência. Nessa obra utilizou-se de abordagem mais sistêmica que, ao contrário do que propunha Hall, levava em conta aspectos psicológicos individuais, aspectos familiares e também aspectos sociais (Campos, 2009).

Na Primeira Grande Guerra, a consciência da juventude se tornou um fenômeno geral e banal. A adolescência foi generalizada e, daí em diante,

> [...] a adolescência se expandiria, empurrando a infância para trás e a maturidade para frente [...]. Assim, passamos de uma época sem adolescência a uma época em que a adolescência é a idade favorita. Deseja-se chegar a ela cedo e nela permanecer por muito tempo. (Ariès, 1981, p. 47).

A partir da metade do século XX, os jovens passaram a destinar seu tempo à coletividade, em escolas e grupos, o que levou a um incremento do delineamento do espaço adolescente na sociedade (Beirão et al., 2006).

No Brasil, as discussões sobre a adolescência predominaram nos setores da saúde e da assistência social até meados da década de 90 do século XX. Passou, então, a ser vista como uma fase fundamental no desenvolvimento humano que exige cuidados e atenção

[1] Adolescência: sua psicologia e sua relação com a psicologia, antropologia, sociologia, sexo, crime, religião e educação.

especiais, fomentando movimentos sociais como o movimento pelos direitos das crianças e dos adolescentes. Em 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que passou a tratar as crianças e os adolescentes como sujeitos de direito, estabelecendo a garantia protetiva. Baseadas no ECA, surgiram várias políticas públicas de apoio à criança e ao adolescente nas áreas da saúde, direito, lazer e educação, dentre outras (Freitas, 2005; Silva, 2010).

2.1.2 Concepções e delimitações de adolescência

Em termos etimológicos, a palavra adolescência vem do latim *ad* (para) mais *olescer* (crescer). Seu significado, então, seria a condição ou processo de crescimento, ou o indivíduo apto a crescer. Ao pé da letra é *crescer para*, que caracteriza essa etapa como uma fase de transição (Durat Júnior, 2006).

Para Outeiral (1994), a palavra adolescência também deriva de ‘adolescer’ (verbo latino *adolescere*), que significa adoecer, ficar enfermo. Segundo o autor, essa dupla origem etimológica nos faz pensar na adolescência como o período de crescimento tanto físico quanto psíquico e também período de adoecer em termos de sofrimento emocional, em função das transformações biológicas e mentais que acontecem nessa fase da vida.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2009) define adolescência como a fase da vida que vai do surgimento das características sexuais secundárias até a maturidade sexual. Durante esse período acontece todo o processo de maturação biopsicossocial do indivíduo.

Do ponto de vista do desenvolvimento físico, podemos dizer que a adolescência se estende desde a puberdade até o desenvolvimento da maturidade reprodutiva completa, sujeita a fatores como situação socioeconômica, localização geográfica, etc. (Sampaio, 1999). De acordo com o paradigma biomédico, entende-se a adolescência como uma fase do desenvolvimento humano de transição entre a infância e a vida adulta, na segunda década da vida, notada principalmente pelas transformações biológicas da puberdade e relacionada à maturidade biopsicossocial (Peres; Rosemberg, 1998).

Aqueles que se utilizam das mudanças fisiológicas para definir o período da adolescência tendem a marcar seu início aos 10 anos e meio, com a “explosão pré-puberal” (Campos, 2009), mas, da mesma forma, não conseguem identificar se seu final seria este marcado pela conclusão da escola secundária ou pela maioridade legal. O autor ressalta que as diferenças individuais provocam variações que dificultam a definição dessas idades-limite.

A OMS considera que a adolescência começa aos 10 e termina aos 19 anos de idade. O Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) do Ministério da Saúde, em consonância com a OMS, circunscreve a adolescência à segunda década de vida (Brasil, 2005). Já pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2005), é considerado adolescente aquele brasileiro que tem entre 12 e 18 anos, faixa etária próxima à considerada neste trabalho (12-17 anos).

Tavares e Alarcão (2005) distinguem três fases distintas da adolescência. A fase inicial chamada de puberdade ou pré-adolescência vai dos 10 aos 13 anos e se caracteriza por grandes alterações físicas e hormonais marcadas por um crescimento rápido em altura e peso, além de maturidade sexual. Nessa fase, é comum o adolescente se sentir desajeitado, pois as mudanças não ocorrem, necessariamente, de forma harmoniosa. Segue-se uma fase intermediária, dos 14 aos 16 anos, que pode ser chamada de adolescência propriamente dita quando começa a emergir o adolescente intelectual, reflexivo e idealista. A fase final, depois dos 16 anos, é caracterizada pela integração ao mundo dos adultos e é chamada de juventude.

As Ciências Sociais entendem a adolescência como uma construção sociohistórica, cultural e relacional nas sociedades contemporâneas e os esforços na pesquisa social têm estado focados na etapa da vida que se situa entre a infância e a fase adulta. Compreendem que também infância e fase adulta são resultados de construções e significações sociais em contextos históricos e sociedades determinadas, em um processo de permanentes mudanças e ressignificações (Leon, 2005).

Já em relação ao desenvolvimento cognitivo, a fase caracteriza-se por mudanças qualitativas na estrutura do pensamento. O pensamento mágico, característico da infância, cede lugar ao pensamento baseado nas evidências dos fatos reais. Piaget denominou este processo de quarto estágio ou ‘estágio do pensamento lógico formal’, que permite a construção da realidade de maneira mais ampla, utilizando-se de uma forma hipotético-dedutiva de pensar. Juntamente a esse processo, começa a desenvolver um raciocínio social que, vinculado ao desenvolvimento da consciência de si e dos outros propicia a aquisição das habilidades sociais e o conhecimento e a aceitação ou não dos princípios da ordem social e moral (Campos, 2009; Sampaio, 1999).

Do ponto de vista da Psicanálise, a adolescência é o período em que as mudanças biológicas promovem uma modificação no equilíbrio psíquico podendo levar à instabilidade emocional. Erikson (1976) considerou ser a construção da identidade uma das principais funções e o marco final do período.

Psicanalistas mais contemporâneos como Aberastury e Knobel (1981) consideram a adolescência como uma verdadeira ‘experiência clínica’ pois é difícil assinalar o limite entre o normal e o patológico e que, como todo fenômeno humano, apresenta características socioculturais. Para os autores, o período também se caracteriza por várias perdas. O adolescente passa por um processo de luto pela perda do corpo e da identidade infantil, da relação com os pais da infância e pela perda da bissexualidade infantil. Portanto, a adolescência é um período crucial na vida do ser humano. Quando estes lutos são elaborados, podemos dizer que a fase terminou. A maneira com que cada um vivenciará este processo é única e os riscos serão maiores ou menores dependendo das condições socioculturais em que estiver inserido.

É desses autores o conceito da ‘síndrome normal da adolescência’, que se caracteriza como período de desequilíbrios e instabilidades extremas, configurando um estado semipatológico que é “perturbada e perturbadora para o mundo adulto, mas [...] absolutamente necessária para o adolescente, que nesse processo vai estabelecer sua identidade, sendo este um objetivo fundamental deste momento da vida” (Aberastury; Knobel, 1981).

Sampaio (1999) considerou que qualquer tentativa de classificar a adolescência sem levar em conta o que acontece no mundo externo do ser em formação torna-se artificial. Apresentou a classificação de Laufer (1972), que sintetiza as tarefas da adolescência em três núcleos principais:

> (a) alteração da relação com os pais - busca de autonomia em relação à família; (b) alteração da relação com os companheiros - espaço que permite um jogo de identificações e compartilhamento de segredos e experiências; (c) formação da identidade sexual - na construção da identidade sexual ocorrem avanços e recuos, mas a conquista da identidade sexual fixa é vista como a tarefa final da adolescência (Sampaio 1999, p. 64).

O autor supra citado também ressalta que o cumprimento dessas tarefas não seria possível sem o desenvolvimento cognitivo, ressaltando a noção de processo.

Para outros autores (Resmini, 2004; Durat Júnior, 2006), a adolescência é um espaço de duplos significados e que existem experiências distintas para adolescentes distintos. Embora com elementos em comum, essas experiências dependem dos aspectos psicosociais, podendo influenciar de forma positiva ou negativa a formação da nova identidade do indivíduo (Avanci; Pedrão; Costa Júnior, 2005a).

Bock (2004) faz uma análise do conceito de adolescência em publicações psicológicas sobre adolescência voltadas a pais e professores. Apresenta uma crítica

contundente à postura da psicologia que naturalizou e universalizou a adolescência, considerando-a quase uma fase obrigatória, sempre difícil do desenvolvimento e, em consequência, ocultou-se todo o processo social constitutivo do período:

> [...] nessas construções teóricas, encontra-se a visão de que o homem é dotado de uma natureza dada a ele pela espécie e, conforme cresce desenvolve-se e relaciona-se com o meio, vai atualizando características que já estão inseridas em si, pois é de sua natureza. A adolescência pertenceria a esse conjunto de aspectos. Suas características seriam decorrentes do 'amadurecer', constituídas por hormônios jogados na circulação sanguínea e o desabrochar da sexualidade genital seria os fatores responsáveis pelo aparecimento da sintomatologia da adolescência normal (Bock, 2004, p. 34).

Para a autora, tal visão em nada tem contribuído para a valorização do adolescente e da juventude, e isso reforça a ausência de políticas sociais direcionadas a essa parte da população, sendo necessárias medidas que se construam a partir de referenciais mais positivos dessa etapa de vida.

A abordagem sócio-histórica defendida por Bock (2004) propõe uma reformulação no conceito de adolescência. Mesmo que mudanças biológicas estejam acontecendo no corpo do jovem, isso por si só não marcaria o período como da natureza humana. Reconhece que essas mudanças são fundamentais para a construção da identidade pessoal e social e argumenta:

> [...] a abordagem sócio-histórica, ao estudar a adolescência, não faz a pergunta "o que é a adolescência", mas como se constituiu historicamente esse período do desenvolvimento. E isso se deve ao fato de que, para essa abordagem, só é possível compreender qualquer fato a partir da sua inserção na totalidade na qual esse fato foi produzido, totalidade essa que o constitui e lhe dá sentido. Responder o que é a adolescência implica buscar compreender sua gênese histórica e seu desenvolvimento (Bock, 2004, p. 38).

Diversas concepções de adolescência estabelecem um vínculo com a noção de crise. A palavra crise em mandarim é representada por dois hexagramas: um significa perigo e o outro oportunidade.

2.1.3 Adolescência e crise

A abordagem sistêmica, com o olhar para o todo, considera que a adolescência não como um momento que afeta a um elemento apenas, mas a todo o sistema familiar que sofre uma transição quando um de seus membros passa pelo processo de adolescer. É necessário que haja uma mudança na relação pais/filhos com um aumento da flexibilidade das fronteiras

familiares, nesse período de grande vulnerabilidade do sistema (Fonseca, 2004). A adolescência é um momento de crise familiar, mas não o único. O olhar da teoria sistêmica é para a crise como uma oportunidade.

A visão sistêmica identifica que o período tem finalidades individuais, como a busca pela autonomia e a construção da individuação da mesma forma que o sistema familiar. É importante que o processo de autonomia do adolescente seja construído gradualmente, evitando-se uma ruptura dele com os pais, mesmo sabendo que a separação é necessária. Todo o processo de crescimento e desenvolvimento experimentado pelo adolescente exige da família novas formas de interações, revisão de valores e mudanças de padrões estabelecidos até então (Teixeira, 2003).

Neste estudo, a adolescência é considerada como um conceito psicológico e sociocultural que compreende a etapa do desenvolvimento em que o indivíduo busca independência, separação de seus pais, identidade pessoal e sexual, emancipação social e, como salientou Sampaio (1999), constitui época do desenvolvimento de um sistema de crenças e valores compatível com sua identidade.

2.2 O COMPORTAMENTO SUICIDA

Morrer
Morrer de corpo e de alma.
Completamente

Manuel Bandeira.

O suicídio não é questão nova, pelo contrário, existiu desde sempre, com múltiplos significados através dos tempos e das culturas. Contemporaneamente é entendido como um problema individual, mas também de uma família e de uma sociedade. O termo foi definido em dicionário pela primeira vez na Inglaterra, em 1661 no *Oxford English Dictionary* e só foi seguido pelos concorrentes um século depois (Fontenelle, 2008). Deriva do latim pela junção das palavras *sui* (si mesmo) e *caedes* (esmigalhar, fragmentar). Etimologicamente pode ser definido como “a morte de si mesmo”.

Alguns autores afirmam que “o gesto suicida é, sobretudo, próprio do ser humano”, uma vez que somos os únicos seres que apresentam comportamentos especiais nas questões

de morte, de morrer e em relação aos mortos e que são capazes de refletir sobre sua própria existência e tomar a decisão de prolongá-la ou dar-lhe um fim (Wang; Ramadam, 2004).

Shneidman (1996) considera a palavra suicídio possui seis diferentes significados e dimensões semânticas:

> (a) a iniciação do ato que deflagrou a morte; (b) o ato em si que levou à morte; (c) o desejo ou a intenção de autodestruição; (d) a perda da vontade de viver; (e) a motivação para estar morto; (f) o conhecimento do potencial do ato de levar à morte. (Meleiro; Bahls, 2004, p. 14)

Bastos (2006) considera que, além de ser um fenômeno complexo, uma das grandes dificuldades para definir suicídio reside no fato de ser um tema envolto por posições preconceituosas. Para o autor, isso justifica o fato de cada escola fazer um determinado recorte e o definir a partir de seus pressupostos básicos.

O comportamento suicida tem início com pensamentos de autodestruição, passa por ameaças, gestos e tentativa e, finalmente, o suicídio. Werlang, Macedo e Krüger (2004) consideram que essa noção possibilita conceber o comportamento suicida como um *continuum.*

A ideação suicida é entendida como a perda da vontade de viver, o desejo de estar morto ou de acabar com a própria vida. Pode começar com uma ideia e o risco para o suicídio é bem variável (Stefanelo et al., 2008). Engloba ampla gama de pensamentos, que têm no desejo de morrer o primeiro sinal que indica o desconforto da pessoa com sua maneira de viver. Barrero e Corrêa (2006) consideram que a sensação de desconforto com a vida seja a porta de entrada para a ideação suicida.

A fase seguinte é chamada de ‘representação suicida’, que ocorre quando a pessoa passa a imaginar o suicídio e, a partir de então, vai construindo a ideia de se matar, estudando métodos, estabelecendo planos e chegando até a imaginar estratégias para não ser descoberto.

Já as ‘tentativas de suicídio’ foram definidas por Durkheim (2003) como condutas que não tiveram o desfecho fatal, incluindo qualquer dano autoinfligido deliberadamente. Resmini (2004) ainda faz uma distinção entre ‘tentativa de suicídio’ e ‘gesto suicida’, aquele visto como uma forma mais branda e duvidosa de comportamento suicida em que não está presente o propósito real de autodestruição.

Estudos têm associado ideação suicida ao risco de tentativas de suicídio, estimando-se que 60% dos indivíduos que se suicidam apresentaram, previamente, ideação suicida (Silva et al., 2006).

Lippi et al. (2006) consideraram que a tentativa de suicídio, em qualquer idade, está associada à violência sexual sofrida na infância e na adolescência. Para avaliar a questão, Lippi (2003) examinou uma amostra de 644 pessoas com idades entre 10 e 70 anos que deram entrada para atendimento médico no Hospital do Pronto Socorro João XXIII, em Belo Horizonte, MG. A amostra foi dividida em dois grupos (grupo tentativa e grupo controle). No grupo tentativa a violência psicológica atingiu 79% da amostra e no grupo controle, 48%. O grupo tentativa apresentou índice de 33% de abuso sexual, enquanto no grupo controle o índice foi de 13 %.

Corrêa e Barrero (2006) enfatizam que, para muitos pesquisadores, só se pode considerar suicídio quando a pessoa "põe fim à própria vida de forma consciente, intencional, usando um meio que ele acredita que vai colocar fim à sua vida". Para os autores, a definição de suicídio envolve dois pontos centrais que são a intenção de morrer e o uso de um método que a pessoa acredite que vai levar à morte. Porém, é difícil determinar se o desejo de morrer é consciente ou não, pois a questão é muito íntima.

Macedo e Werlang (2007) realizaram uma pesquisa qualitativa com cinco pessoas que tentaram o suicídio. Utilizaram-se, como instrumento, uma série de quatro entrevistas semidirigidas elaboradas para o estudo. Em suas considerações finais, as autoras reforçaram a importância das vivências traumáticas na história de vida das pessoas que tentam o suicídio. Consideraram o ato como uma forma de dar vazão à dor psíquica. Para as autoras, o suicídio é, então, "o ato-dor... decorrente da dor que o trauma provoca, é um ato de descarga de intensidades". Afirmaram, também, que o trauma paralisa qualquer possibilidade de elaboração psíquica.

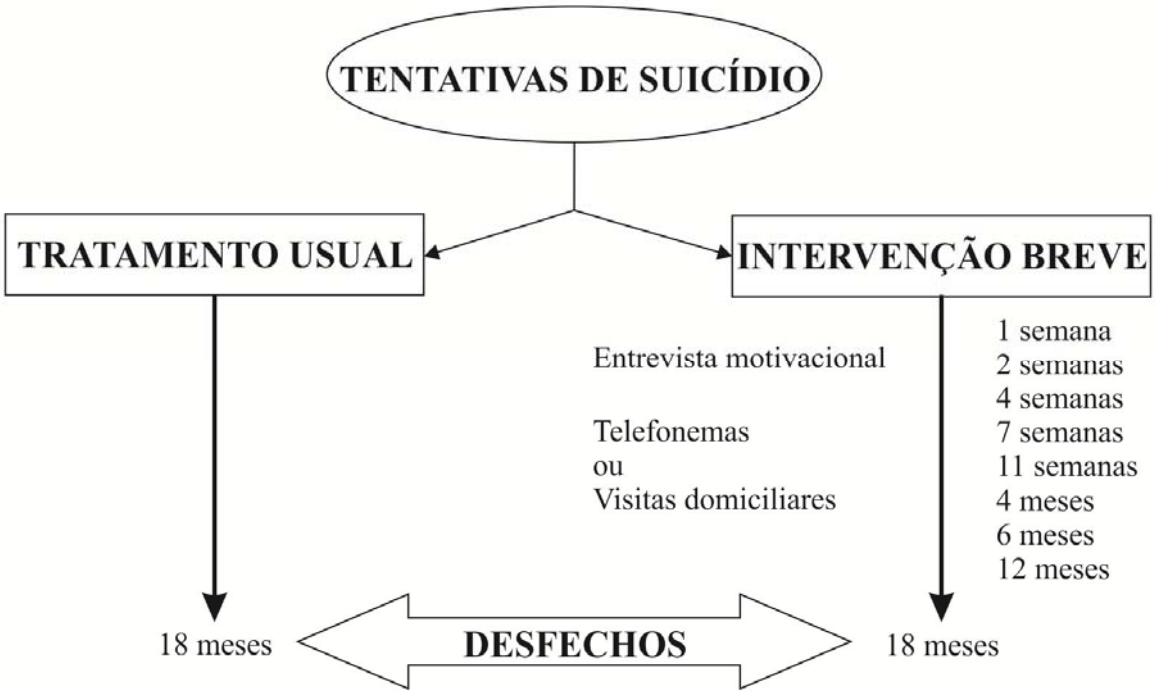
Tendo como objetivo desenvolver métodos para o estudo do comportamento suicida nos diferentes contextos e começar a estabelecer políticas de prevenção, a OMS realizou o 'Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida' (SUPRE-MISS), projeto transcultural que ocorreu em oito países (África do Sul, Brasil, China, Estônia, Índia, Irã, Ceilão (SriLanka) e Vietnã) com supervisão científica do *Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University* (Brisbane, Austrália) e do *National Center for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Karolinska Institute* (Estocolmo, Suécia).

Em cinco países foi possível efetuar um ensaio clínico controlado para avaliar uma estratégia inovadora de incentivo à busca e à manutenção de tratamento de pessoas que compareceram aos serviços de urgência/pronto-socorros após uma tentativa de suicídio

(Bertolote et al., 2005). Foram comparados dois grupos que receberam uma ou outra das duas abordagens seguintes:

(1) uma intervenção psicossocial, incluindo entrevista motivacional e acompanhamento telefônico regular, segundo o Fluxograma 1 (no momento da alta hospitalar, pacientes eram encaminhados para um serviço da rede de saúde);

(2) tratamento usual (apenas um encaminhamento, por ocasião da alta, para um serviço da rede de saúde).



Fluxograma 1 - Fluxograma do SUPRE-MISS com pessoas que foram acompanhadas após tentativas de suicídio.

Fonte: Bertolote et al., 2005.

Depois de 18 meses, o processo foi avaliado nos dois grupos. Os resultados desse estudo complexo e extenso indicaram clara redução da mortalidade no grupo que recebeu a intervenção, tanto geral quanto específica por suicídio em todos os locais do estudo. Já quanto à repetição de tentativas de suicídio sem óbito, os resultados variaram com o lugar: redução na China, na Índia e no Sri Lanka, e aumento no Irã e no Brasil (embora as repetições tenham sido de muito menor gravidade) (Bertolote; Mello-Santos; Botega, 2010).

No Brasil, o estudo ocorreu em Campinas, SP, em 2003. No total, 2.238 indivíduos participaram do estudo. Na maioria das vezes, o seguimento foi feito por meio de telefonemas

periódicos, mas alguns casos exigiram visita domiciliar. Após 18 meses a porcentagem de suicídios no grupo que não recebeu os telefonemas periódicos foi, comparativamente, dez vezes maior. Embora a intervenção não tenha sido capaz de reduzir o número de tentativas de suicídio, a gravidade foi menor (Bertolote; Mello-Santos; Botega, 2010).

Outro achado do estudo em Campinas: por meio de questionário específico, 516 pessoas maiores de 14 anos, escolhidas aleatoriamente desde que não tivessem procurado o hospital universitário da Unicamp por motivos ligados ao comportamento suicida, foram entrevistadas. Mesmo com os pesquisadores considerando essa população como “a parte submersa do iceberg”, os resultados mostraram que 17% dos entrevistados já pensaram seriamente em suicídio, 5% chegaram a planejar como fazê-lo e 2,7% efetivamente tentaram o suicídio. Dessas últimas, somente uma em cada três buscou atendimento médico (Botega; Rapeli; Freitas, 2004). A pesquisa nos mostra a relevância de estudarmos os comportamentos suicidas, em especial as tentativas.

2.2.1 O suicídio ao longo da história

Conforme pesquisas de Berenchtein Neto (2007), o relato de suicídio mais antigo data de 2.500 a.C., quando a ingestão voluntária de uma bebida envenenada matou doze pessoas que, pacientemente, se deitaram para aguardar seu efeito na cidade de Ur, na Mesopotâmia. Na Antiguidade, diversos povos ocidentais preconizavam o suicídio aos idosos para serem privados dos desconfortos da velhice, além de que preceitos religiosos garantiam-lhes uma morada além da vida repleta de delícias.

Na Grécia antiga cada corrente filosófica defendia uma posição. Aquelas que consideravam a vida como um bem pessoal como os epicurianos, estóicos e cínicos defendiam o direito ao suicídio. Já entre os que consideravam o sujeito como um ser social como os pitagóricos, o suicídio era condenado. Aristóteles foi mais um a condenar radicalmente, enquanto Platão, embora também não concordasse, abria exceções, como no caso de condenação, de uma dor insuportável ou doença incurável, ou mesmo no caso de pobreza extrema ou grande vergonha (Kurcgant; Wang, 2004).

No século II d.C., o direito romano não mais permitiu a livre escolha pela morte. Até então escravos e soldados eram proibidos de se matar enquanto suicídios heróicos eram aceitos. Para o poeta Virgílio, àqueles que se matavam por patriotismo estavam reservados os Campos Elíseos. Já para os que suicidavam por desgosto da vida, o inferno (Kurcgant; Wang, 2004).

Durante a Idade Média, a morte voluntária era considerada crime e vista com um ato de loucura ou uma tentação demoníaca. Dapieve (2007) fez um breve relato da visão da morte pelo cristianismo e afirmou que São Tomás de Aquino considerava que o ato de se matar era um atentado contra a natureza e a caridade, contra a sociedade e contra Deus, a quem devemos nossa vida. Esta visão norteou a Igreja Católica por muitos séculos. O enterro dos corpos dos suicidas, considerados assassinos de si mesmos e, portanto, hereges, não era permitido nos campos santos.

Como Igreja e Estado se confundiam, a família do suicida sofria sanções além da perda da herança, bem como era obrigada a assistir às crueldades a que o corpo do morto era submetido. Tal posição só foi revista em 1918, pelo Papa Bento XV, que admitiu a possibilidade de um desconforto mental, uma insanidade dos suicidas. Desta maneira, a Igreja passou a admitir a possibilidade de um arrependimento na hora da morte, o que permite rituais tradicionais do catolicismo para esses mortos. Mesmo assim, a visão de suicídio como um pecado mortal ainda se encontra impregnada na cultura cristã (Corrêa; Barrero, 2006).

Com o surgimento do Renascimento, houve retorno ao ideal humanista – o homem é um ser supremo governador de sua conduta. O Estado e as Igrejas, tanto a católica quanto as protestantes, ainda reprimiam o suicídio, porém alguns filósofos e intelectuais defendiam o direito de o indivíduo escolher a hora da sua morte. Esta posição não era unânime. Dante Alighieri, na *Divina Comédia*, coloca os suicidas no centro do inferno. Nessa época, o aspecto mais digno de nota foi a questão ser colocada em debate.

No final do século XVI, início do século XVII foi publicado o livro Biothanatos – *a declaration of that paradoxe, or thesis, that self-homicide is not so naturally sinne, that it may never be otherwise*[2], de John Donne. Poeta, capelão anglicano da Corte da Inglaterra, doutor em Teologia por Cambridge e professor na maior escola de Direito da Londres da época, defendia a ideia de que o suicídio não era pecado, mas consequência da melancolia e da solidão, sendo, portanto, uma doença, contradizendo tudo o que até então as Igrejas defendiam. O livro só foi impresso em escala comercial 16 anos após a morte do autor. Ele próprio, ao encaminhar uma das raras cópias a um amigo, fez questão de ressaltar que quem escrevia era o "doutor" (Dapieve, 2007).

No século XVIII, conhecido como o século das luzes em função do Movimento Iluminista, trouxe consigo ideais de liberalidade e tolerância também com o suicídio. O

[2] Biothanatos: uma declaração sobre o paradoxo, ou tese, de que o auto-homicídio não é um pecado tão natural, e que talvez nunca tenha sido diferente.

assunto se tornou debate público. A pessoa que cometia o suicídio começou a ser vista como um infeliz. Um exemplo foi a constituição francesa, consequência da revolução, que além de não citar o suicídio como crime também proibia a desonra dos familiares, o confisco dos bens dos condenados e a exclusão da sepultura comum. A imprensa ajudou a difundir a ideia de que a morte voluntária era mais consequência de fatores sociais e psicológicos que problema ligado à justiça e a religião. Na Inglaterra, berço da Revolução Industrial, a penalização religiosa só foi abolida em 1823 e as sanções civis em 1870[3]. O mais importante de se observar neste período é que as discussões sobre as causas do suicídio começaram a ganhar espaço (Kurcgant; Wang, 2004).

Em 1983, dois franceses, Claude Guillon e Yves Le Bonniec publicaram o livro 'Suicídio: modos de usar'. De caráter político, segundo seus autores, o livro se propõe a ser um manifesto sobre a vida e a dignidade. Um dos capítulos mais polêmicos é o dedicado às maneiras mais eficazes de promover a própria morte. Em alguns países sua publicação foi proibida e, na própria França, que tem a liberdade como um de seus lemas, tentou-se também proibi-lo, mas sem sucesso (Guillon; Le Bonniec, 1984).

Hoje, século XXI, apesar de o suicídio estar sendo cada vez mais estudado, nossa perplexidade diante do fenômeno continua (Kurcgant; Wang 2004), bem como sua ambivalência. Se, por um lado, consideramos o engajamento religioso como uma proteção a situações de risco, temos aqueles que o praticam em nome da religião (Almeida; Almeida Neto, 2004; Werlang; Asnis, 2004).

2.2.2 Aspectos ligados à religiosidade

Nas sociedades mais primitivas o suicídio adquiria um caráter religioso. Fosse o esquimó mais idoso, que percebendo seu fim próximo, se afastava do grupo para morrer e assim mais alimentos sobrassem para o mais jovens ou os astecas que se ofereciam em sacrifício aos deuses em rituais de morte, o que lhes aguardava era a imortalidade. O processo funcionava como uma espécie de 'condecoração honrosa' da sociedade em relação àquele que se matava em favor do seu povo e dos seus costumes (Palhares; Bahls, 1997).

[3] Na Inglaterra, somente em 1961 o suicídio deixou de ser considerado crime.

De maneira geral, as religiões monoteístas consideram que a vida é um dom de Deus e somente a ele cabe a “decisão” de interrompê-la. Mesmo nas não-monoteístas como, por exemplo, o budismo, há uma reprovação ao suicídio.

O Cristianismo é talvez a religião que mais condenou o suicídio ao longo da história. No protestantismo, assim como no Cristianismo, o suicídio também não é bem aceito. Lutero o considerava um crime, cometido diretamente pelo diabo. Tal visão foi reiterada por outros teólogos protestantes como Calvino. Atualmente, pouco têm se detido na questão do suicídio.

De acordo com Werlang e Asnis (2004), o Judaísmo não difere do Cristianismo no que diz respeito à condenação do suicídio. Atentar contra a sua própria vida é atentar contra toda a humanidade, uma vez que, para o judaísmo, a preservação da vida é um dever para com Deus. O Talmud prega que nenhum ritual deve ser cumprido para aquele que se matou. Entretanto, esta visão não é unânime. A pessoa se matar para preservar a honra, a castidade ou mesmo para evitar tortura pode ser justificado. Também nos casos de alienação mental grave ou intensa dor psíquica, o suicídio pode ser perdoado uma vez que a pessoa que o comete não está responsável pelos seus atos. Porém, para o judeu radical, matar-se é até mais grave que o assassinato, uma vez que o assassino pode se arrepender depois e o suicida não. Ainda segundo os autores, o Islamismo, outra religião monoteísta, é talvez a que mais condena o suicídio, sendo ainda hoje considerado crime pior que assassinato, com as penalidades extensivas aos familiares. Entretanto, para os fundamentalistas, é considerado um ato heróico.

Hoje, de acordo com a declaração de 1980 da Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, a Igreja Romana considera que a pessoa que atenta contra sua vida está sofrendo de graves problemas psicológicos (Werlang; Asnis, 2004).

O primeiro trabalho que investigou as relações entre religião e suicídio foi o de Durkheim em 1897. Suas pesquisas mostram um índice maior de suicídio em países protestantes comparados aos de maioria católica. Jarvis e Northcott (1987) não só concordaram com Durkheim como acrescentaram que também mulçumanos e judeus se suicidam menos. Os autores também afirmaram que as minorias religiosas têm índices mais baixos de suicídio, uma vez que cumprem disciplina mais rigorosa.

Estes resultados foram criticados por Stack (1992) já que, segundo o autor, além de Durkheim não avaliar regiões geográficas onde o suicídio de católicos é maior, também não considerou aspectos do desenvolvimento econômico. Nesse sentido, ressaltou que entre os protestantes há diferenças, pois luteranos, metodistas e batistas do sul dos Estados Unidos apresentam taxas mais baixas.

Porém, mais importante que a religião à qual o indivíduo diz pertencer é o grau de envolvimento com esta religião, o quão ligada a ela a pessoa está. Tanto que nos últimos anos os estudos têm se focado mais no envolvimento religioso do que na religião que a pessoa professa.

2.2.3 Durkheim e outros sociólogos

No final do séc. XIX, mais precisamente em 1897, a França foi balançada pelo lançamento do livro *Le suicide: estude sociologique*, escrito por Émile Durkheim. O livro é um estudo empírico baseado nas estatísticas de suicídio de França, Prússia, Inglaterra, Saxônia, Baviera e Dinamarca durante o período de 1841 a 1872.

O interesse de Durkheim pelo tema nasceu depois da morte por suicídio de seu amigo Hommay. Ele percebeu, então, a possibilidade de firmar a sociologia como disciplina independente, uma vez que poderia explicar sociologicamente um evento individual que parecia depender quase que exclusivamente de fatores pessoais e psicológicos, mas que significava um rompimento de vínculos entre os homens (Nunes, 1998). Essa obra é a mais citada na Suicidologia e considerada um dos pilares da sociologia. É dividida em três partes:

- No Livro Primeiro, o autor discorre sobre os fatores extra-sociais como aspectos psicopáticos, loucura, raça, hereditariedade, aspectos cósmicos como clima, temperatura, sazonalidade e também a imitação. A imitação se tornou de fundamental importância depois que em 1774, Goethe, escritor alemão, publicou a obra *Os sofrimentos do jovem Werther*, onde o personagem principal, Werther, se mata em consequência de uma desilusão amorosa. Na época do lançamento do livro, a Europa foi invadiada por uma onda de suicídios.
- A segunda parte de *Le suicide: estude sociologique*, ou Livro Segundo, é dedicado às causas e tipos sociais, discorrendo sobre o método para determiná-los e os tipos de suicídio; e
- O Livro Terceiro trata do suicídio como fenômeno social em geral (Durkheim, 2003).

Para o autor, a sociedade prevalece sobre o indivíduo e, dentro desta concepção, os fatores extra-sociais estudados no Livro Primeiro não são importantes. Portanto, não é o indivíduo que se suicida e sim a sociedade através dele. A incidência de suicídio numa determinada sociedade está diretamente relacionada tanto ao nível de integração social dos indivíduos da mesma quanto ao nível de regulação social. De acordo com este nível de

integração, Durkheim classifica os suicídios em dois tipos: o suicídio egoísta e seu correlato oposto, o altruísta. Em relação ao nível de regulação social também classifica os suicídio em mais dois tipos: o anômico e o fatalista.

O suicídio egoísta é aquele em que o indivíduo com uma fraca rede social faz sua escolha num estado de individualismo excessivo como consequência de um transtorno na sua integração com a coletividade social. O eu individual se sobrepõe ao eu social. Em oposição a ele, há o suicídio altruísta, quando o eu social se sobrepõe ao eu individual, uma vez que o indivíduo está excessivamente ligado à sociedade. Corrêa e Barrero (2006) consideram que este é o suicídio pedido pela sociedade (caso das viúvas indianas que devem se matar após a morte do esposo e do haraquiri no Japão antigo, nome popular do *Seppuku*, cometido por guerreiros com o propósito de recuperar a honra pessoal ou limpar o nome da família, caso essa honra fosse perdida em alguma atitude indigna). Nestes casos, não se matar seria razão de desonra ou prejuízos para a pessoa e seus familiares.

O suicídio anômico é aquele que se dá em função das normas sociais, quando há um deslocamento de valores que leva à desorientação pessoal e ao sentimento de falta de sentido da vida. Já o suicídio fatalista é citado por Durkheim em nota de rodapé, classificando-o como muito raro. Nele, a excessiva regulação moral levaria a um estado de dor insuportável e o indivíduo sentiria seu futuro imensamente limitado.

O livro termina com um capítulo denominado ‘consequências práticas’, no qual Durkheim define o suicídio como um fenômeno patológico cada vez mais ameaçador e se pergunta o que fazer para deter a expansão do fenômeno. Aponta a educação como meio de fortalecer a moral, desenvolvendo convicções contra a prática do suicídio, mesmo sabendo que isso levaria a atribuir à educação um papel que não lhe cabe. Lança a ideia de que a profilaxia não pode deixar de ‘lembrar permanentemente ao homem esse salutar sentimento de solidariedade’. Desta forma, a vida teria sentido. Ele acreditava que a criação de redes sociais fortes seria uma possibilidade de solução do problema causador desse profundo mal-estar na sociedade. Vale ressaltar que durante toda a obra ficam claras sua posição contrária ao suicídio, que considera imoral e, portanto, deve ser reprovado e sua visão de que a integração social protege contra suicídio.

A obra recebeu muitas críticas, como ter ‘confiado’ demais em estatísticas oficiais como medidas exatas e ter descartado dados com raça, sob a alegação de esse não ser um dado social e sim orgânico. Porém, não teve a mesma opinião no que diz respeito ao sexo e à idade, bem como ter utilizado aspectos orgânicos como componentes sociais.

Minayo (1998) faz duras críticas ao fato de Durkheim dar pouca importância aos aspectos individuais, considerando que ele ficou mais interessado em provar a teoria de moralidade e solidariedade do que no próprio debate. Talvez por isso não tenha se detido na discussão que dominava os psiquiatras da época sobre as correlações entre saúde mental e suicídio. O autor só considerou os estudos que defendiam uma visão semelhante à sua.

Embora ainda seja uma obra considerada fundamental para o entendimento do suicídio, as abordagens sociológicas sobre o fenômeno não se resumem ao trabalho de Durkheim. Nas décadas de 20 e 30 do século XX surgiu, na Universidade de Chicago, a abordagem ecológica, que considera o anonimato, a pobreza e o isolamento social como fatores elicidadores do suicídio (Beato, 2004).

Outros autores, como Gibbs e Martin (1958) e Powell (1958) começaram seus trabalhos criticando Durkheim. Trouxeram boas contribuições na medida em que introduziram a questão do status nos estudos, considerando que a avaliação da estabilidade e da durabilidade das relações sociais poderiam ser mais adequadas como risco de suicídio que o conceito de integração social. Powell foi um pouco além ao considerar, além do status, aspectos sociopsicológicos de frustração e agressão.

Teixeira (2003) citou os trabalhos de Villardón desenvolvidos na Espanha e que abordaram a questão do pensamento suicida ou ideação suicida. A autora viu a causa do suicídio como uma conjunção de fatores tanto no contexto micro quanto no macrossocial. Considerou que o grau de ideação suicida está relacionado com o nível de stress e com a capacidade de seu enfrentamento além de que fatores como apoio social, autoconceito, autoestima, estado do humor não podem deixar de ser observados.

Em conformidade com a visão de que o suicídio seria um fenômeno determinado pela interação do indivíduo com a sociedade, encontramos os estudos de Clemente e González (Teixeira, 2003). Os autores compreendem o suicídio como consequência da experiência do sujeito numa sociedade que lhe impõe barreiras, enviando-lhe mensagens ambivalentes.

2.2.4 Visão médica/psiquiátrica

O suicídio passou a ser de interesse da psiquiatria em 1938. A escola de Esquirol, discípulo de Pinel, considerou os suicidas alienados e seu ato como um sintoma de doença mental. Bourdin associava o suicídio a uma doença mental específica. Uma terceira corrente separava o ato suicida em causas psiquiátricas diferenciadas, mas todos consideravam o suicídio como o resultado de uma doença – a alienação mental (Corrêa; Barrero, 2006). Ainda

hoje essa teoria se apresenta com grande vigor. Segundo Botega et al. (2004), o suicídio é considerado a causa mais comum de morte precoce em pacientes psiquiátricos.

De acordo com Corrêa e Barrero (2006), cerca de 90% dos casos de suicídio acontecem com pessoas diagnosticáveis no momento do ato uma vez que apresentam características de doenças psiquiátricas, considerando o suicídio um ato psicótico. Porém, não podemos considerar os transtornos mentais como fator determinante, uma vez que a maioria dos portadores de transtorno mental não se mata. Os autores citam o modelo da diátese-estresse de Mann (2002) como um continuador natural das teorias psiquiátricas. Por este modelo, doenças psiquiátricas e fatores estressores levariam ao aparecimento de ideias suicidas que, combinadas com uma predisposição orgânica, levariam ao ato suicida.

A visão do médico e demais profissionais de saúde em relação ao suicídio pode ser notada na afirmação de Carpentier, psiquiatra crítico da abordagem psiquiátrica pura. Para ele "o suicídio deve ser considerado uma doença para que o médico se ocupe dele: aliás, ao médico só é pedido que o proíba conforme sua missão" (Guillon; Bonniec, 1984).

Ao se referir ao médico generalista e ao especialista não-psiquiatra que atendem vítimas de tentativas de suicídio em pronto-socorros, Cassorla (1991, p. 151) afirma não ser raro o fato de a equipe de saúde lidar com esse tipo de paciente com um desprezo agressivo,

> [...] às vezes chegando-se próximo ao maltrato. Esse desprezo será tanto maior quanto menor for a gravidade do quadro orgânico. O rótulo 'histeria' é rapidamente colocado, e a paciente é enviada para casa ridicularizada ou, na melhor das hipóteses, complacentemente aconselhada com palavras que se crê decorram do bom senso. Nos serviços mais afortunados, será feita uma interconsulta ou um encaminhamento ao psiquiatra, mas com facilidade se perceberá uma ansiedade em dar-se logo alta à paciente e passá-la adiante logo que o quadro orgânico se estabilize, tendendo-se a recusar um pedido de prorrogação de internação para uma melhor avaliação psiquiátrica, uma medicação psicotrópica ou mesmo uma psicoterapia de crise, ainda que o quadro mental seja evidentemente sério.

O autor afirma não existir médico isento do impacto de um ato tão violento quanto a tentativa de 'acabar' com a vida, mesmo porque foi treinado para salvar vidas. Lidar com alguém que fica 'brincando' na tênue fronteira entre a vida e a morte desperta no profissional e na equipe sentimentos de impotência, frustração, fragilidade e suscitam conflitos que "vão contra as premissas de sua vocação e atuação" (Cassorla, 1991).

Silva e Boemer (2004) realizaram uma pesquisa junto a profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que atuavam na Clínica Psiquiátrica da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), no período de julho a agosto de 2003, tendo

como questão norteadora a pergunta: “como o suicídio se mostra a você?”. As autoras afirmam que “não há médico ou equipe que não sofra o impacto violento do suicídio”. Relatam que um dos profissionais entrevistados chegou a afirmar que entendia o ato quando praticado por uma pessoa portadora de doença mental, mas somente nesses casos. Tal forma de pensar foi entendida pelas pesquisadoras como uma ideia preconceituosa a respeito do tema. Em geral, os entrevistados relataram sua dificuldade em lidar com suicidas, mas também consideraram a necessidade de atenção mais ampla a essas pessoas. Concluíram ressaltando a importância da especialização do profissional para lidar melhor com os preconceitos e dificuldades pessoais e, dessa forma, poderem dispensar um melhor cuidado àqueles que passam pelo sofrimento de pôr fim à vida.

Avanci, Pedrão e Costa Júnior (2005b) afirmaram que durante experiência de campo numa unidade de emergência em Ribeirão Preto, puderam observar que os profissionais de saúde não estão preparados para detectar fatores que podem levar ao suicídio nem para tratar as pessoas que cometem tentativa de autoextermínio como portadores de grande sofrimento. Referindo-se em especial aos enfermeiros, mais uma vez se depararam com posturas preconceituosas e discriminadoras em relação àqueles que chegam ao serviço depois de uma tentativa de suicídio. Salientam que a qualificação do profissional auxilia no tratamento, prevenindo uma possível reincidência.

Na literatura, o suicídio está bastante ligado a transtornos mentais. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) e a *American Foreign Service Association* (AFSA, 2010) consideram que 90% dos casos de suicídio estão ligados a alguma perturbação mental. A depressão e seus sintomas (tristeza, letargia, ansiedade, irritabilidade, perturbações do sono e da alimentação) corresponderiam a 60% desses casos. Portadores de outros transtornos mentais como esquizofrenia, abuso de substâncias, perturbações da personalidade e ansiedade, incluindo o estresse pós-traumático, distúrbio de comportamento com predomínio do comportamento antissocial também apresentam grande risco de suicídio. No caso da esquizofrenia, de 10 a 15% dos portadores desse mal se matam.

Stefanello et al. (2008) realizaram uma extensa meta-análise sobre diagnósticos psiquiátricos e suicídio. Os achados indicaram que em 87,3% dos casos existia algum diagnóstico psiquiátrico anterior ao suicídio. Os índices encontrados foram de 43,2% de casos de transtorno de humor, 25,7% de transtornos do uso de substâncias, 16,2% tinham diagnóstico de transtorno de personalidade e 9% transtornos psicóticos.

Bertolote e Fleischmann (2002) analisaram 31 artigos sobre suicídio e diagnóstico psiquiátrico publicados em revistas científicas em diversos países entre 1959 e 2001. A

análise do material mostrou que 98% das pessoas que morreram por suicídio tinham diagnóstico de doença mental. Destes, 47,5% já haviam tido pelo menos uma internação por problemas psiquiátricos. Os autores alertam para o fato de que em 0,1% dos casos não havia esse diagnóstico, mas não sabem precisar se este não-diagnóstico é resultado da ausência do transtorno ou de falta de condições de estabelecê-lo.

Turecki (1999), em artigo de revisão da literatura, mostrou que o comportamento impulsivo e impulsivo-agressivo também está presente na maioria das pessoas que cometem suicídio. Ressalta ainda que grande parte poderia ser diagnosticada com transtornos da personalidade do tipo B (transtornos dramáticos, imprevisíveis ou irregulares), principalmente transtornos de personalidade antissocial e *borderline*, caracterizados pela presença de traços de impulsividade e agressividade.

Vários outros autores consideram o suicídio o fato mais relevante do quadro de depressão em adolescentes. Só discordam quanto às taxas de incidência que variam de 45 a 70% (Barraclough; Hughes, 1987; Murphy; Wetzel, 1990; Bahls; Bahls, 2002 apud Resmini, 2004).

Considerando que a associação entre psicopatologia e suicídio tem sido largamente estudada e que ocorre um predomínio da depressão, Chachamovich et al. (2009) fizeram uma revisão de literatura de referências recentes dessa interface. Afirmam que a associação entre o quadro clínico de depressão maior e suicídio tem sido confirmada em estudos dos mais diversos desenhos metodológicos em distintas populações. Entretanto, os autores concluem que falta nos estudos uma “amarração teórica” consistente para esses achados e ressaltam a falta de um trabalho mais profundo de identificação de fatores de risco e proteção para que possamos estabelecer um corpo teórico que busque compreender essa faceta do comportamento humano.

Em se tratando de morte por suicídio de crianças e adolescentes, em 90% dos casos a causa identificada registra algum tipo de perturbação mental, sendo que os diagnósticos mais comuns são as perturbações de humor, perturbações de ansiedade, abuso de substâncias e perturbações de comportamento (OMS, 2006).

Bahls e Bahls (2002) fizeram uma revisão de artigos publicados no sistema Medline no período entre 1991 a 2000, além de um levantamento da literatura impressa sobre o quadro clínico, a evolução, a comorbidade e o comportamento suicida na depressão em crianças e adolescentes. Concluíram que a depressão maior é comum, debilitante e recorrente, envolvendo alto grau de morbidade e mortalidade, especialmente por meio do suicídio.

Ao perceberem que existem poucos estudos sobre a prevalência de transtornos mentais e tentativas de suicídio no Brasil, Santos et al. (2009) realizaram um estudo sobre 96 casos de tentativas de suicídio atendidos em hospital de emergência do Rio de Janeiro durante 2006 e 2007. Os achados, próximos aos encontrados em estudos realizados em países em desenvolvimento, mostraram que os transtornos mentais correspondiam a 71,9% dos casos. Entre eles, os mais frequentes encontrados foram: episódio depressivo (38,9%), dependência de substâncias psicoativas (21,9%), transtorno de estresse pós-traumático (20,8%), dependência de álcool (17,7%) e esquizofrenia (15,6%). A amostra consistiu, em sua maioria, de mulheres jovens de baixa escolaridade que ingeriram medicamentos psicoativos como principal meio. A história de tentativa de suicídio anterior foi a variável clínica encontrada com maior frequência no estudo, sugerindo que quem tentou uma vez poderá repetir. Os dados mostraram que 31% dos indivíduos que tentaram suicídio tiveram contato com um profissional de saúde, e 23% destes com um profissional de saúde mental na semana da tentativa. Os pesquisadores também ressaltam a importância de se desenvolver treinamento junto aos profissionais de saúde, e não só os de saúde mental, para a avaliação dos riscos de suicídio e sua prevenção.

Segundo Avanci et al. (2009), na psiquiatria clínica o suicídio é considerado ato consciente de aniquilação autoinduzida, encarado como enfermidade multidimensional. O autoextermínio não é ato aleatório ou sem finalidade e se apresenta como a “melhor” solução para uma situação de intenso sofrimento psíquico, consequência de um quadro grave de depressão, carregado de muita ansiedade.

As relações entre a natureza biológica, a predisposição genética a componentes neuro-hormonias e o suicídio fundamentam outra área que tem sido objeto de estudo iniciado por Asberg, Traskman e Thoren (1976). Os autores postulam que baixas concentrações de ácido 5-hidroxindol-acético (5-HIAA), principal metabólito da serotonina no líquido cefalorraquidiano dos depressivos, elevariam a frequência de tentativa de suicídio.

Turecki (1999) revisou os trabalhos que tratam da relação entre fatores genéticos e comportamento suicida, identificando evidências de que fatores genéticos predispõem ao suicídio.

Existem hoje muitas evidências oriundas de estudos com diferentes metodologias (estudos *post-mortem*, estudos de concentrações líquóricas de 5-HIAA, estudos neuroendocrinológicos) mostrando que anormalidades no sistema serotoninérgico estariam associadas ao comportamento suicida. O foco principal das pesquisas, após as evidências dos estudos de epidemiologia genética de que o suicídio seria, pelo menos parcialmente,

geneticamente determinado, são os estudos de genética molecular. Apesar de estar ainda em fase inicial e de ter resultados às vezes inconsistentes, a abordagem é promissora e seus resultados sugerem que, pelo menos em parte, fatores genéticos influenciam o comportamento suicida através do sistema serotoninérgico (Corrêa et al., 2002).

Também em artigo de revisão, Corrêa et al. (2005) reconheceram que possíveis disfunções dos sistemas aminérgicos e dos eixos corticotrópico e tireotrópico podem estar associadas ao comportamento suicida, pois acarretam uma redução da atividade da função serotoninérgica. Contudo, acrescentaram que considerar a perturbação primária de um desses sistemas como fator eliciador do suicídio, de um ponto de vista etiológico, ainda é precipitado.

As discussões sobre os aspectos médicos, em especial os transtornos psiquiátricos, são fundamentais para o entendimento do comportamento suicida. Acreditamos, porém que precisamos resistir à tentação de reduzir um fenômeno tão complexo a uma relação linear de causa e efeito, paralisando os estudos nesses aspectos.

2.2.5 A perspectiva da psicologia

O comportamento suicida não é uma preocupação exclusiva da classe médica, mas diz respeito a todos os profissionais de saúde mental e, por que não dizer, a todos nós. A psicologia, comumente definida como a ciência do comportamento humano (Gergen, 2008) não pode ficar, e não fica, de fora dessa discussão. Para Estellita-Lins et al. (2006), as intervenções junto àqueles com maior risco para suicídio bem como sua prevenção devem acontecer em vários níveis, incluindo as psicoterapias, a farmacologia, as terapias biológicas, a psiquiatria comunitária, a hospitalização e medidas psicopedagógicas.

Para a Psicanálise, o suicídio é uma situação psicótica, embora isso não signifique que a pessoa seja psicótica. No momento, os componentes psicóticos da personalidade que encontravam-se neutralizados e inativos pelas partes não psicóticas acabam por se manifestar em consequencia de uma situação de crise. Nesse instante, o indivíduo “está fora de si” e pode atacar a si mesmo. Portanto, todo ato suicida é uma atuação (*acting-out*) (Dias, 1991).

Freud, embora não tenha organizado nenhuma teoria específica sobre o tema, tratou dele ao longo da sua obra. Tanto em *Luto e melancolia* quanto em *Sobre uma psicogênese de um caso de homossexualidade feminina* ele faz referência ao suicídio. Porém, é em *Além do princípio do prazer* que vem sua maior colaboração para o entendimento do fenômeno. Nesse texto, Freud explica que o conflito humano é, na verdade, um conflito de Eros x Thanatos –

Eros como sendo a pulsão que conduz a vida e Thanatos a pulsão que conduz à morte. O suicídio ocorre quando, em função de um estado melancólico, Thanatos se sobrepõe a Eros, desequilibrando as duas pulsões (Dias, 1991).

Para Menninger (1970), “todo suicídio é, antes de tudo, um homicídio”. O comportamento suicida seria, então, a expressão da hostilidade inconscientemente introjetada, podendo ser considerado como uma espécie peculiar de morte que envolve três elementos internos: o desejo de morrer, o desejo de matar e o desejo de ser morto. O suicida seria, ao mesmo tempo, autor e vítima.

Knobel (1991) considerou que o fenômeno precisa ser estudado além das relações objetais. Para ele, o suicida é um invejoso que se deixa dominar por emoções extremamente destrutivas, fundamentalmente relacionadas à inveja. Essa inveja refere-se tanto à capacidade dos outros de existir, como também de partes dele mesmo, que são especialmente os seus objetos internos nos quais procura o prazer de viver. O autor sugeriu que os suicidas têm três dimensões inconscientes e interrelacionadas: vingança/ódio caracterizando o desejo de matar, depressão/desespero, caracterizando o desejo de morrer e culpa/pecado caracterizando o desejo de ser morto.

O neofreudiano Fenichel (1981 apud Bastos, 2006) defendeu a ideia de que “ninguém mata a si próprio caso não queira matar também a outro alguém”. Já Giordano (1991) sugeriu que o comportamento suicida apresenta duas variáveis: a constituição do sujeito e o ambiente desfavorável. Sobre o aspecto constitucional não temos acesso, mas no tocante ao ambiente encontramos as vivências infantis, as perdas e as agressões sofridas. Garma (1973) deixou claro que “não são esses três elementos que conduzem ao suicídio, mas a maneira como são vivenciados”.

Jung, contemporâneo de Freud, considerava que o suicídio deveria ser estudado pela perspectiva da singularidade, caso a caso. Seguindo a linha jungiana, Bastos (2006) propôs que o estudo do fenômeno deve começar com uma indagação básica: “O que quer a alma ao imaginar e até realizar o ato suicida?”. Essa aponta para uma das premissas básicas da teoria junguiana, a alma, que Bastos o autor entende como o lugar “das significações do sujeito, do conjunto de suas produções simbólicas, as quais se encontram envolvidas no suicídio”. Portanto, a compreensão do fenômeno está ligada ao estudo do simbólico que, além de pessoal, possui significados múltiplos. Mesmo assim, a ação continua sendo singular, como uma dificuldade pessoal de lidar com os problemas humanos.

Também Kovács (1992) considerou que o suicídio deve ser estudado pelo seu aspecto singular, uma vez que é um fenômeno muito complexo para ser reduzido a questões

simplistas como rompimentos amorosos, perda de emprego e outras causas apontadas tão facilmente pelos que cercam a pessoa que atentou contra sua vida. Para a autora, o fator determinante deve ser investigado na própria história de vida do indivíduo a partir das relações primárias apreendidas na infância e está relacionado a um processo autodestrutivo crônico. Chamou a atenção para a necessidade de um entendimento afetivo e acolhedor junto àqueles que tentam o suicídio.

Cassorla (1991) também tratou o suicídio como essa tentativa de acabar com o sofrimento, a dor e a solidão que dominam a vida de uma pessoa. Em sua opinião, “o suicida está tentando fugir de uma situação de sofrimento que chega às raias do insuportável”. Da mesma forma, afirmou que não podemos nos deter no que seria a ‘causa’, pois geralmente o suicídio envolve uma série de fatores (constitucionais, sociais, culturais, ambientais, biológicos, psicológicos, etc.) que vão se sobrepondo ao longo da vida do sujeito. Em algum momento, algum fator desencadeador aparece e detona o processo. Aí, neste momento, a morte se torna a solução. Como outros, Cassorla reforçou que o suicida não deseja a morte, mesmo porque não sabe o que é morrer, ressaltando que o caráter agressivo do ato sugere uma vingança contra inimigos imaginários ou reais.

A abordagem cognitiva considera que os suicidas apresentam tendência para uma rigidez de pensamento, o que acarreta uma dificuldade de encontrar outras possibilidades de solução para suas dificuldades. Tais pessoas precisam desenvolver a flexibilidade e a perspectiva. A abordagem reconhece que a desesperança, sinal de parcos recursos internos e o desamparo são responsáveis por uma autoimagem pobre, pela superdependência de pessoas pouco generosas e dúvidas com relação à sua capacidade de influenciar e construir o próprio futuro. A frustração, que sobrevem dessa situação leva a um sofrimento psicológico intenso onde a única saída é a morte (Werlang; Macedo; Krüger, 2004).

Psicólogos clínicos que atendem àqueles que tentaram o suicídio e também aos familiares enlutados, indiferentemente da orientação teórica utilizada, relataram que a abordagem àquele que atentou contra a sua vida deve se dirigir no sentido de reintegrá-lo ao convívio social como uma medida de proteção contra novas tentativas. Quando o suicídio não pode ser evitado, é a família que vem sempre desamparada e impotente, em busca de auxílio para aprender a lidar com essa situação (Dias, 1991).

Para Walsh e MacGoldrick (1998) os suicídios são as mortes mais difíceis de serem aceitas pelas famílias pelo fato de gerarem bastante angústia. Alertaram que os clínicos precisam estar mais atentos aos padrões familiares que possam criar maiores riscos de suicídio. Classificaram como situações de risco a ameaça à vida de um membro da família, as

histórias rotineiras de suicídio e/ou outras perdas traumáticas. Ressaltaram que o risco pode diminuído se a expressão das ligações ocultas com os traumas do passado e os segredos forem explicitados assim como e também por meio da mobilização do apoio familiar.

Porém, formular uma teoria psicológica geral sobre o suicídio é especialmente difícil uma vez que é fenômeno complexo e ao mesmo tempo um ato extremamente pessoal. Autores como Wang e Ramadam (2004) consideraram que os aspectos psicológicos do suicídio vêem sendo relegados a um plano secundário até em consequência do aparente fracasso das técnicas psicoterápicas de prevenirem novas tentativas e a necessidade de se atingir a população potencialmente suicida. Segundo os autores, também o preconceito tem sido obstáculo aos estudos psicológicos. Concluem que as teorias encontradas são “meras teorias especulativas” e de “pouca aplicabilidade clínica”. Acrescentam que a vinculação a um profissional “capaz de penetrar na rigidez psicológica de um suicida ambivalente” pode ser a diferença para um programa de prevenção eficaz. Acreditam em propostas “psicológico-compreensivas” sobre o fenômeno.

Segundo Teixeira (2003), embora o suicídio seja um fenômeno complexo, as referências ao pensamento sistêmico, enquanto paradigma de explicação, são escassas. Lembrou que a família, que é um dos sistemas relacionais do sujeito e cujos membros são os mais afetados, é pouco estudada.

Teixeira (2003) chama a atenção para o fato de que se estabelecer fatores de risco é uma tentativa de “estabelecer relações causais para uma escolha tão drástica”, registrando que as relações são o foco do pensador sistêmico e, portanto o olhar da sistêmica sobre o fenômeno suicídio é bastante pertinente.

Para Neuburger (1999) a família é vista como um sistema e como tal a matriz relacional para o sujeito. Cerveny (1994) viu a família como um grupo onde o comportamento de cada membro é interdependente do comportamento do outro membro. Definiu grupo familiar como “um conjunto que funciona como uma totalidade e no qual as particularidades dos membros não bastam para explicar o comportamento de todos os outros membros”. Ressaltou que o sistema familiar é composto por indivíduos que também podem ser considerados sistemas por si mesmos, constituindo um subsistema que faz parte de um sistema familiar maior que, por sua vez, inclui outros sistemas mais amplos como o sociocultural. Afirmou ainda que, na família, o comportamento de cada um afeta e é afetado pelo comportamento dos demais. É o que pode ser chamado de ‘circuito de retroalimentação’. Dessa maneira, um membro do sistema afeta aos demais e a todo o sistema, o que

corresponde ao princípio da circularidade. Esse princípio nos remete às afirmações de Walsh e MacGoldrick (1998) no que diz respeito aos padrões familiares, citados anteriormente.

A abordagem sistêmica propõe uma compreensão mais ampla do fenômeno suicídio, propondo um "mergulhar no entendimento da cadeia de relações dos diversos fatores em interação com a pessoa operando num determinado contexto" (Teixeira, 2003). Sendo assim, também considera que o comportamento suicida pode ser visto como um sintoma-comunicação. Para Martins (1990), terapeuta familiar sistêmica portuguesa, a tentativa de suicídio pode ser considerada uma metacomunicação, uma maneira paradoxal da comunicação no sistema familiar.

Wang e Ramadam (2004) consideraram que os aspectos psicológicos do suicídio tenham sido relegados a um plano secundário até em consequência do aparente fracasso das técnicas psicoterápicas de prevenirem novas tentativas e a necessidade de se atingir a população potencialmente suicida. Entretanto, consideram também que a vinculação a um profissional "capaz de penetrar na rigidez psicológica de um suicida ambivalente" pode ser a diferença para um programa de prevenção eficaz.

2.2.6 Shneidman e a suicidologia

Edwin Shneidman (1996), fundador da *American Association of Suicidology*, por meio de observações empíricas, agrupou as características psicológicas mais comuns aos que procuram o suicídio como porta de saída para as adversidades da vida. Iniciou suas considerações afirmando que o suicídio não é um ato aleatório. Por isso, não pode ser cometido sem um objetivo bem definido. O ato vem na tentativa de solucionar um problema, uma crise, uma adversidade, sempre acompanhado de grande sofrimento emocional. O objetivo, então, é silenciar a consciência, excessivamente pressionada pelos problemas. Com a morte, ocorre a cessação do fluxo da consciência e, consequentemente, da dor psicológica interminável.

Para Shneidman (1996), a dor é o ponto central do suicídio. E é essa dor que se torna tão grande que o indivíduo não consegue enxergar outras possibilidades, pois se sente encurralado, totalmente sem esperanças de obter ajuda, considerando-se abandonado. Isso se deve ao fato de que no mundo do suicida os vínculos afetivos são geralmente pobres e frustrantes não favorecendo a satisfação de necessidades psicológicas. O suicídio se torna, então, uma saída de impacto, memorável até, e lamentavelmente efetiva resolvendo também

um problema de frustração por não ter suas necessidades de sucesso, dominação e controle satisfeitas.

O autor supra citado discordou dos psiquiatras que consideram o ato suicida a consequência de um quadro psicótico ou neurótico, ou mesmo distúrbio de caráter. Para ele, o comportamento suicida representa uma condição psicológica transitória de constrição, levando a um funcionamento mental de tudo ou nada, imperando o pensamento rígido de que "não tem saída". A escapatória é a morte. Ressaltou, porém, que a pessoa comunica sua 'vontade', mas nem sempre de forma clara e objetiva.

Schneidman (1996) observou que há uma consistência no padrão de reação nos momentos de dificuldades pelos quais todos passamos. Sendo assim, a pessoa que vê o suicídio como única possibilidade de se livrar das dificuldades decorrentes da vida não vai fugir desse padrão. Portanto, poderiam até ser previsíveis se nos detivéssemos no estudo da história de vida dessas pessoas.

Baseados em Shneidman (1996), Wang e Ramadam (2004) listam as dez características mais comuns do ato suicida (Quadro 1).

Quadro 1 - Características suicidas genéricas.

01	O propósito comum do suicídio é encontrar uma solução.
02	O objetivo comum do suicídio é cessar a consciência.
03	O estímulo comum do suicídio é a dor psicológica intolerável.
04	As necessidades psicológicas frustradas são o estressor comum ao suicídio.
05	A emoção comum do suicídio é a desesperança e o desamparo.
06	A atitude interna comum do suicídio é a de ambivalência.
07	O estado cognitivo comum do suicídio é de constrição.
08	A ação comum do suicídio é o escape.
09	O ato interpessoal comum do suicídio é a comunicação de sua intenção.
10	A consistência comum do suicídio é com o padrão de enfrentamento na vida.

Fonte: Wang e Ramadam, 2004, p. 91.

Consideramos Shneidman um dos autores que melhor sintetizou o que se passa no mundo interno daqueles que tentam o suicídio como saída para as crises, que se sentem menos habilitados a conviverem com o real, que pede esforço e empenho na elaboração de soluções. Entretanto a mente está transitoriamente constrita. É como se a pessoa se visse num túnel que vai se estreitando cada vez que ela se aproxima da saída oposta à que ela entrou. Num determinado ponto, ela nem vê mais essa luz e não consegue pensar na possibilidade de dar meia volta e sair por onde entrou. Ocorre um "desagarramento" dos vínculos do passado, como uma falência psicológica geral. A mente constrita enrijece o pensamento e a pessoa se

vê incapaz de pedir ajuda, buscar auxilio. Mesmo porque, na sua mente, ela está pedindo ajuda e os outros não querem ajudá-la

Se por um lado a pessoa quer morrer, por outro quer também ser salva. A análise de bilhetes suicidas nos mostra que tanto o ódio quanto a autoacusação estão presentes. A pessoa, no momento muito confusa, se perde entre o que é real e o que é imaginário e volta para si todo esse rancor cometendo o ato suicida (Shneidman; Farberow, 1957 apud Wang; Ramadam, 2004). Acredita que está tomando uma decisão racional.

2.2.7 Fatores que predispõem ao suicídio

Os fatores que predispõem ao suicídio podem variar ao longo da vida, embora alguns sejam considerados universais. Em geral, admite-se que de 90% a 98% das pessoas que se suicidam têm um transtorno mental por ocasião do suicídio (Bertolote; Mello-Santos; Botega, 2010). A história de suicídio na família é outro fator reconhecido, assim como o uso excessivo de álcool, o abuso físico e/ou sexual na infância e o isolamento social (Cassorla, 1991; Weiner, 1995).

De modo geral, a ação suicida ou comportamento suicida é resultado do desenvolvimento de um processo que geralmente envolve quatro aspectos:

- instabilidade familiar;
- angústia crescente;
- rompimento dos relacionamentos sociais; e
- insucesso nos esforços para resolução de problemas (Cassorla, 1991; Weiner, 1995).

Dessa forma, a pessoa com propensão ao suicídio seria alguém com tendência a superestimar as dificuldades, sem facilidade de encontrar soluções para os problemas, à qual falta confiança em seus recursos internos para lidar com as adversidades. Essa pessoa teria uma percepção exageradamente negativa de si mesmo e do mundo que a cerca, seria desesperançosa e dependente, com pensamento rígido de “tudo ou nada”. Mesmo que ambivalente em relação ao suicídio, num momento de crise pode não estabelecer estratégias de enfrentamento e ver o ‘terminar com a própria vida’ como a única solução. A literatura também inclui as pessoas perfeccionistas, com expectativas pessoais muito elevadas como as que ficam em risco quando passam por situação que percebem como humilhantes ou de fracasso (Werlang; Macedo; Krüger, 2004; Kutcher; Chehil, 2007).

Kutcher e Chehil (2007) ressaltam que conhecer fatores os fatores que predispõe ao suicídio não permite que saibamos quando e como alguém vai se matar, mas esse

levantamento pode ser um auxílio clínico útil na avaliação do risco e, consequentemente, auxiliar também nas estratégias preventivas.

2.2.8 Fatores de proteção e possibilidades de prevenção

Se a literatura é bastante profícua em levantar fatores preditores para suicídio, o mesmo não ocorre quando falamos de fatores de proteção. Resmini (2004) salientou que o campo dos estudos sobre o que pode proteger uma pessoa de se matar é bastante promissor. Afirmou que características pessoais como "senso de valor próprio, confiança em si mesmo, capacidade de buscar ajuda, flexibilidade para aprender coisas novas e habilidades para a comunicação podem estar relacionados". O autor lembrou que características socioculturais como a religiosidade, grupo familiar coeso, inserção social e trabalho valorizado também podem atuar como aspectos protetores.

Bertolote (2004) considerou as características pessoais citadas acima como relevantes no que diz respeito à proteção. Entretanto ressalta que ainda desconhecemos o papel específico delas em relação ao comportamento suicida.

Botega et al. (2006) realizaram um levantamento de características culturais e religiosas que atuam como proteção ao comportamento suicida. Citam a coesão social e a inserção religiosa, principalmente quando a religião professada faz graves restrições ao suicídio. Pertencer a grupos sociais onde a interdependência é estimulada e nos quais procurar ajuda é valorizado também contribui para baixos índices de suicídio. Segundo os autores,

> [...] o sentimento de "pertencer", no sentido de possuir forte ligação, seja a uma comunidade, a um grupo religioso ou étnico, a uma família ou a algumas instituições protege o indivíduo do suicídio. Percebe-se nesse sentido a estreita ligação do fenômeno suicídio com sentimentos de solidão e desesperança (Botega et al., 2006, p. 216).

Nesse sentido, Resmini (2004) observou que nas filosofias religiosas cristãs a vida humana é considerada uma dádiva do Criador e somente a Ele se concede o poder de dar e tirar essa vida. Ao tentar o suicídio, o indivíduo arrogantemente pretenderia se igualar a Deus no direito de tirar o que lhe foi ofertado. Além disso, as comunidades religiosas talvez contribuam para diminuir o desconforto das pessoas por oferecerem modelos de integração social em torno de um ideal de fé que concorrem para gerar um sentimento de pertencimento, um significado para a existência.

Corrêa e Barrero (2006) levantaram alguns pontos que consideraram fundamentais na prevenção como "promover a tomada de consciência da sociedade sobre a importância do

suicídio como causa de morte e de saúde pública". Levantaram o lema 'educar e informar' considerando a relevante tanto educar crianças e jovens no manejo de situações conflitivas quanto oferecer atualizações constantes aos profissionais de saúde que atuam nos diversos níveis do cuidado. Ressaltaram, ainda, que medidas que visem a dificultar o contato com métodos suicidas também apresentam resultados satisfatórios para a redução dos índices.

Evitar o que pode ser evitado e interromper ou amenizar o que não pode devem ser ações prioritárias na prevenção, na visão de Meleiro e Bahls (2004). Para os autores, a atenção às condições endógenas e aos fatores ligados a estilo de vida é uma necessidade. Os autores chegam a exagero de defender a idéia de que a prevenção ao suicídio poderia ser tão "natural" quanto o calendário de vacinação ou a prevenção de cáries, não levando em conta que tais medidas preventivas não são naturais.

Em breve histórico sobre o tema, Bertolote (2004) observou que a história da prevenção de suicídio já é centenária. Os primeiros programas preventivos surgiram em Nova York e em Londres no ano de 1906. Contudo, criticou a maioria dos estudos sobre as estratégias de prevenção do comportamento suicida por não definirem bem seus objetivos e nem os indicadores. Cita os estudos de Gunnel e Frankel (1994) em que os autores apresentaram os resultados de uma análise crítica das publicações de língua inglesa sobre as evidências da eficácia das intervenções preventivas. Dos 19 estudos analisados somente dois eram controlados e aleatorizados. Os demais se baseavam em opiniões de peritos, comissões técnicas ou em experiências clínicas.

Segundo Botega et al. (2006), tem aumentado o número de países com estratégias bem desenvolvidas de prevenção ao suicídio, e tanto nas propostas amplas quanto nas mais regionalizadas os objetivos são os mesmos: reduzir os índices de suicídio. A efetividade desses programas colaborou para que a OMS lançasse suas recomendações para prevenção do suicídio.

No Brasil, em 2006, lançou-se o *Plano de Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio*, iniciativa pioneira na América Latina. Grupos de estudo foram formados e simpósios organizados, mas na atualidade o programa já não apresenta o mesmo fôlego (D'Oliveira, 2005). Não conseguimos identificar um responsável para o tema no Ministério da Saúde que o trata dentro do setor da Saúde Mental. Informações desencontradas dão conta de que existe uma discussão entre os técnicos do Ministério a respeito da pertinência de se ter um trabalho especifico para abordagem do comportamento suicida. Algumas instituições fazem algum trabalho, mas de maneira isolada.

2.3 A TENTATIVA DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

Que importa a paisagem, a Glória, a
baía, a linha do horizonte?
— O que eu vejo é o beco.

Manoel Bandeira

A tentativa de suicídio por adolescentes se mostra como sinal de alarme, traduzindo fracasso no processo da adolescência e contrapondo-se à essência do existir dessa fase. A opção pela morte surge como a negação do desejo de viver. É preciso, pois, aprofundar os estudos sobre o problema, de forma a ampliar o conhecimento acerca de dois temas significativos: a adolescência e as manifestações suicidas nessa fase. Ambos se apresentam como grandes desafios para os profissionais da saúde e da educação (Teixeira, 2003).

A epidemiologia tem trazido significativas contribuições ao estudo do comportamento suicida. Contudo, sua validade tem sido questionada uma vez que depende diretamente de declarações que consideram o suicídio como causa básica de morte. No tocante ao tema comportamento suicida, os pesquisadores afirmam que tais dados sofrem sub-registro em todos os locais, embora considerem que atualmente seja em pequena proporção e que o fato não interfere nas análises de tendência (Barros; Oliveira; Marin-León, 2004).

Se historicamente os estudos epidemiológicos mostravam que as taxas de suicídio aumentavam com a idade, nas últimas décadas, verificou-se a tendência ao aumento do suicídio de adolescentes em todo o mundo. Entre os anos 50 e os anos 80, as taxas de suicídio em adolescentes triplicaram, estabilizando-se em seguida. Depois de 1971, houve incremento sensível de suicídios e tentativas de indivíduos abaixo de 45 anos, mas a concentração passou a ocorrer na faixa etária de 15-24 anos (Maskill et al., 2005). As mulheres apresentam maior número de tentativas, porém, com o aumento da idade, o risco de morte por suicídio aumenta nessa população (Barros; Oliveira; Marin-León, 2004).

No mundo inteiro, o suicídio está entre as cinco maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 19 anos. Em vários países, é a primeira ou segunda causa de morte entre meninos e meninas nessa mesma faixa etária (OMS, 2000). No Brasil, é a sexta causa entre as mortes por violência. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS)/Serviço de Vigilância em Saúde (SVS) de 2004, tivemos 0,59 suicídios por 100 mil habitantes entre crianças de 10 a 14 anos. Na faixa de 15 a 19 anos, estes números sobem para 3,32 por 100 mil habitantes. Em Minas a taxa encontra-se em 4,82 por 100 mil habitantes (Brasil, 2009).

Os índices sobre tentativas de suicídio são sempre menores do que a realidade, pois somente são notificados os casos que chegam a dar entrada em algum serviço de saúde. Mesmo assim, estas notificações não são precisas, pois muitos casos são registrados como acidentes (causas externas). Segundo a OMS (2006), poucos países têm dados fidedignos sobre as tentativas. Alguns dados indicam que somente 25% dos casos chegam a um serviço de saúde público. A OMS (2006) ressalta que, em números absolutos, as tentativas são mais comuns em jovens que em adultos.

Entre os meses de janeiro a setembro de 2009, no Estado de Minas Gerais, foram realizadas 355 internações de jovens e adolescentes que tentaram o suicídio. O tempo médio de internação foi de 13 dias, com um gasto médio de R$ 152,02 por internação (Brasil, 2009).

Para Bouchard (2007), a adolescência é uma fase vulnerável à ocorrência de suicídio por ser um período de mudanças e adaptações em todos os níveis da vida do indivíduo. Sendo a adolescência considerada subjetivamente como uma fase de conclusão, o suicídio pode ser visto como uma possibilidade para a resolução de impasses que, para o adolescente podem parecer sem saída. O jovem tem, ainda, uma tendência natural a utilizar a ação em detrimento da comunicação, podendo, assim, buscar alternativas diversas para o alívio de seu sofrimento e conflitos (Teixeira, 2004).

Algumas vezes, quando o adolescente se vê envolvido por conflitos, despertam nele sentimentos como fragilidade, insegurança, solidão e incapacidade de lidar com os desafios necessários ao desenvolvimento. Nessas condições, tornam-se jovens queixosos e reclamam da autoridade excessiva dos pais, do professor despreparado, da mídia que passa informações confusas e distorcidas, da escola e da falta de compreensão da sociedade. A presença de todos esses problemas num ambiente hostil, sem estímulo, assistência e solidariedade, pode levar o adolescente à depressão e, algumas vezes, ao suicídio (Pereira, 2007).

Para Weiner (1995), a tentativa de autoextermínio entre jovens e adolescentes está relacionada a diversos fatores como instabilidade familiar, sofrimento cada vez maior, relações sociais em desintegração e esforços malsucedidos na busca de resolução de problemas. O sexo se torna um elemento capaz de causar instabilidade no adolescente, pois embora os hormônios estejam aflorados, os jovens sentem-se amedrontados com a possibilidade de uma experiência distante e desconhecida. Em casos nos quais há distanciamento familiar, os namoros podem adquirir pesos desmedidos, sendo o objeto da paixão supervalorizado (Fontenelle, 2008).

A família representa a condição necessária para o crescimento e desenvolvimento de vínculos que garantam a sobrevivência física, social e afetiva das pessoas. Adolescentes têm

apontado o contexto familiar tanto como fator estressante desencadeante para a tentativa de suicídio quanto, por vezes**,** como o lugar seguro para crescer (Teixeira, 2004).

No que diz respeito às famílias com um membro suicida, esses são núcleos onde predominam a rigidez de padrões interativos, pouco apego emocional, pobreza no manejo de conflitos e dificuldades de comunicação. Dessa maneira, se uma pessoa não tem apoio, segurança e estabilidade familiar, fica difícil desenvolver a capacidade de enfrentamento das crises (Cassorla, 1991).

Entendemos que alguns pais na atualidade têm se sentido inseguros em assumir a responsabilidade de amar, educar e orientar seus filhos, pois, como afirma Kehl (2004), ser jovem tem sido um ideal que arrasta muitos adultos para esse estilo de vida. Ao abandonarem seus lugares de autoridade, esses adultos deixam os jovens com frágeis suportes afetivos e identificatórios e, consequentemente, a demarcação de referenciais, parâmetros e limites necessários à construção da subjetividade e identidade dos adolescentes se torna precariamente estabelecida. Essa posição é defendida por Gremes (2005), para quem os adolescentes e jovens necessitam viver em uma sociedade onde haja adultos de quem possam se diferenciar, para tê-los como modelos ou para se opor a eles e se sentirem contidos na penosa transição até a obtenção da própria identidade.

Para Viñar (2005), se os referenciais são inseguros ou imprevisíveis, os adolescentes se consomem em uma realidade evanescente que não deixa marcas, desencadeando um culto ao imediato, ao instantâneo. Dessa forma, tecer a sintaxe entre passado e futuro se torna problemático e o sentimento de descontinuidade e fragmentação da experiência pode ser grande. Ao invés de perceberem o futuro como um projeto, ele aparece como desconhecido, sem promessa e desolador.

De acordo com Goldenstein (1995), uma das características de um adolescente é que seu tempo é atípico: é tudo ou nada, agora ou nunca. Assim, em um momento de desespero, como o adolescente não consegue manter a calma e pensar no tempo como um auxílio, ele age impulsivamente.

Pietro e Tavares (2005) revisaram a literatura e destacaram que a presença de fatores estressores é importante fator de risco para a tentativa de suicídio em adolescentes. Além disso, mostraram que aqueles que tentaram o suicídio relatam receber menos apoio de sua rede social do que outros pacientes internados por outras razões.

Neuburger (1999) propôs a discussão do suicídio de adolescentes e sua ligação com a situação vivenciada de despertencimento, ou seja, a relação entre o desejo de morrer e o sentimento de “não mais ser reconhecido como pertencente a um grupo ou pelo risco de

perder seu pertencimento a um grupo". Afirmou que na adolescência a busca de referências constitui uma forte razão para a existência. Situações desfavoráveis no contexto familiar, com perdas de vínculos afetivos, às vezes definitivas como morte de membros queridos, somam-se a outras circunstâncias em que a perda de referência do grupo de amigos e colegas coloca o adolescente em situação de vulnerabilidade. Solidão, falta de afeto, sentimentos de menos valia e perdas significativas poderão situá-lo em um grupo de risco de suicídio, na medida em que se vê privado de vínculos significativos. Dentro da perspectiva do pertencimento, há de se pensar que a causa do suicídio envolve muito mais do que uma relação do adolescente consigo próprio, pois seu investimento emocional se centra no fato de não mais ser reconhecido como pertencente a um grupo ou no risco de perder seu pertencimento a um determinado grupo. Suicídio e manifestações suicidas nessa fase se vinculariam, portanto, aos problemas com grupos, ao sentimento de rejeição e de exclusão e a fortes emoções de perda. Isso se dá principalmente nas escolas.

Depois de longo trabalho com estudantes do ensino médio em uma escola pública e uma privada em Goiânia, GO, Teixeira (2001) sugeriu que a escola deveria integrar programas de prevenção ao suicídio por meio da identificação dos fatores de risco, estabelecendo linhas que estimulem a autoestima dos adolescentes e criando espaços de conversação sobre o período da adolescência. Sugere que seja dada a eles oportunidade de entendimento acerca do processo da adolescência, estimulá-los a tomar decisões e a se sentirem capazes de lidar com seus próprios problemas. Esse conjunto deve se constituir tarefa de todos os educadores. Nesse sentido, esses profissionais devem ser sensibilizados para a necessidade de identificar fatores de risco do suicídio em adolescentes e se conscientizarem para a importância do trabalho em rede social, colocando a escola como importante instância da sociedade capaz de desenvolver ações preventivas.

> No Brasil, não se fala de prevenção ao suicídio em escolas. Lastimável é saber que, mesmo conhecedoras do problema, elas assistem silenciosamente às tragédias que acontecem com seus alunos. Juntem-se a esse contexto os serviços de saúde e a comunidade local. (Teixeira, 2001, p. 5).

O suicídio também não deixa de ser um ataque a outras pessoas que eles julgam culpados. A idéia da morte lhes devolve o poder sobre si mesmo e é uma arma contra os outros. O adolescente sente uma necessidade de se vingar, muitas das vezes sem nem saber o porquê ou de quem. A abordagem ao jovem com ideias suicidas não pode deixar de desmistificar as ideias de morte e decifrar seu significado. O adolescente que atentou contra sua vida precisa entrar em contato com o significado da tentativa de suicídio. O profissional

precisa ajudar o jovem, que continua vulnerável, a criar condições de dar continuidade à sua vida. Esquecer ou “deixar as coisas como estão” depois de uma tentativa pode evidenciar a sensação de abandono, deixando o adolescente assustado e, consequentemente, em grande risco (Joffe, 2000; Laufer, 2000).

Sampaio (1999), pesquisador de orientação sistêmica, realizou uma investigação com 52 adolescentes e suas famílias que tentaram o suicídio e que foram encaminhados para atendimento em clínica psiquiátrica em Lisboa, Portugal, no período de um ano. Todos os participantes foram entrevistados no contexto do que chamou de ajuda terapêutica que prosseguiu após a coleta de informações. O autor considerou que o adolescente que tentou o suicídio tentou antes outras formas de alterar seu sistema relacional. Como não conseguiu em função até de uma “rigidificação” ainda maior do sistema, tenta o gesto desesperado que seria, paradoxalmente, um apelo à mudança. Na maior parte das vezes não consegue a mudança, sendo necessária a intervenção terapêutica para uma redefinição do problema a fim de alcançar um novo equilíbrio. Apresentou uma classificação onde considerou existirem quatro níveis diferentes e fundamentais de “paradoxal apelo à mudança” que acredita existir:

> *Apelo*: o sujeito pretende a mudança situando-se numa posição de c*omplementaridade* face ao(s) elemento(s) da classe, isto é, estabelecendo uma relação baseada na maximização da diferença; *Desafio*: o sujeito pretende a mudança situando-se numa posição de simetria face ao(s) elemento(s) da classe, isto é, numa posição de igualdade e minimizando a diferença; *Renascimento*: é o sujeito que pretende redefinir as relações do sistema, de um modo individual e sem negociação com os outros elementos; *Fuga:* o sujeito pretende a mudança excluindo-se, de forma a que o sistema redefine as suas regras, como se fosse possível tal acontecer sem a sua presença (Sampaio, 1999, p. 203).

Nas tentativas de suicídio do tipo apelo, presente em todas, o pedido de ajuda está mais evidente e direto. O adolescente se coloca numa posição de inferioridade em relação aos demais membros do sistema familiar considerando que os outros têm que fazer qualquer coisa para ajuda-lo nesse momento que se sente incapaz de prosseguir sua jornada. Para Sampaio (1999), essa família entra num “jogo sem fim” com o adolescente desvalorizando as soluções propostas pelos pais e tendo suas outras possibilidades também desvalorizadas.

Nas tentativas do tipo desafio o adolescente se coloca numa posição de igualdade com os demais membros, perturbando a hierarquia e a organização do grupo. As diferenças entre os membros se apagam e o jovem muitas vezes caminha para uma posição de rivalidade simétrica. Nessas famílias as fronteiras intergeracionais são apagadas, os papéis indefinidos e a estrutura de poder não fica clara. O gesto suicida então aparece quase sempre diretamente associado à pessoa com quem o adolescente está em conflito (Sampaio, 1999).

Nas tentativas do tipo renascimento, o adolescente procura a morte a fim de nascer de novo, com a ilusão de que assim o sistema familiar de reorganize de maneira diferente. O sentido é matar o corpo mas não necessariamente o espírito. Nesses casos, o adolescente se julga possuidor de um poder onipotente que o torna capaz de alterar todo o sistema (Sampaio, 1999).

Nas tentativas do tipo fuga o adolescente caiu num estado de isolamento do sistema familiar e social progressivo o que leva à sensação de exclusão e uma atitude global de não participação e de desistência da vida. Porém sua atitude é ambivalente pois se por um lado parece desinteressado de tudo e de todos, por outro está profundamente atento a todos os que o rodeiam. O adolescente acredita que com sua retirada o sistema familiar se reorganize (Sampaio, 1999).

Esslinger e Kovács (2006) entendem que a tentativa de suicídio na adolescência é, antes de tudo, um grito de socorro, “uma forma de chamar a atenção das pessoas à sua volta, para as suas necessidades, buscando maior amor e valorização pessoal”. Para as autoras, na tentativa de suicídio, “o sujeito quer morrer só um pouco”, na ilusão de que o ato transforme sua vida, fazendo com que as pessoas passem a se importar mais com ele.

É comum o adolescente negar a intenção suicida por se sentir envergonhado e culpado. No momento que em acontece a tentativa é comum se sentir confuso e transtornado. Este seria um dos motivos pelo qual o planejamento é raro. A maioria dos casos segue um impulso súbito, mesmo que anteriormente pensamentos suicidas já tivessem aparecido. Qualquer caso de autoenvenenamento ou autoferimento potencialmente perigoso deve ser visto e atendido como ato suicida, mesmo que a vítima diga o contrário, exceto nos casos de indícios evidentes que confirmem a não intencionalidade. Nesse contexto, potencialmente perigoso é quando o adolescente crê que o que fez pode por fim à sua vida, acreditando no caráter letal do método (Stengel, 1980).

Lopes et al. (2001) realizaram uma pesquisa avaliando a existência de sintomas de depressão e traços disfuncionais de personalidade em adolescentes com história prévia de tentativa de suicídio e também um comparativo entre os sexos. Participaram do estudo 12 meninas e 10 meninos, com idades entre 15 e 18 anos. Todos foram avaliados pelo *Children’s Depression Inventory* (CDI) e com o Mini-Mult. Seus achados mostraram que as perturbações de humor assumem “um lugar de destaque” na compreensão do ato suicida, principalmente nas meninas. Já nos meninos, os distúrbios *borderline* foram mais significativos. As meninas se mostraram mais afetadas pelas características de personalidade disfuncional e mal adaptativas em comparação com os meninos. Concluíram afirmando que as temáticas

específicas da adolescência, bem como as tentativas de suicídio nessa faixa etária, são muito complexas e o que torna difícil discutir com pragmatismo quaisquer resultados obtidos. Alertaram para o risco de generalizar os achados e reforçaram a necessidade de se aprofundar os conhecimentos sobre o tema.

Um estudo realizado por Bailador-Calvo, Viscardi e Dajas (1997) em Montevidéu investigou as condutas suicidas e o uso de drogas e álcool em jovens alunos dos últimos anos das escolas secundárias dessa cidade. As pesquisas mostram que 33% dos jovens relataram ingerir álcool com frequência e 28% já fizeram uso de algum tipo de drogas. Ainda no mesmo estudo, foram analisados dados do Instituto Nacional do Menor (INAME) que evidenciaram 23% de consumo de álcool, 63% de uso contínuo de drogas e 27% de ideação suicida.

Lopéz et al. (1995) no México apontaram para a associação entre o abuso de substâncias e a ideação suicida em jovens de comunidade escolar. Os estudos descreveram a relação entre o estado mental e o tipo de substância de preferência. Constataram que o consumo de álcool e drogas constitui importante fator de risco em jovens com ideação suicida, e que esta se apresenta com mais frequência entre os estudantes que ingerem medicamentos psicoativos com prescrição médica.

Resmini (1997), em seus estudos com adolescentes internados na Unidade de Psiquiatria do Hospital da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul (PUCRS), verificou que os adolescentes envolvidos com amigos problemáticos, que abusavam de álcool ou drogas, tinham sintomas depressivos e histórias de tentativas de suicídio. Afirmou que quase um terço dos adolescentes internados apresentou tais histórias no período que antecedeu à internação.

Outros fatores associados a maior risco de suicídio na adolescência são gravidez, homossexualismo e distúrbios alimentares (Pordeus et al., 2009; Bulick et al., 2008; Freitas; Botega, 2004; Herrel et al., 1999). Teixeira Filho e Marretto (2008) avaliaram 108 adolescentes de ambos os sexos e de orientações, que cursavam as três séries do ensino médio de escolas públicas de uma cidade do interior paulista. Suas crenças sobre a sexualidade não-heterossexual se revelaram homofóbicas e segregatórias. Os achados foram que 25% da população homossexual já pensaram em se matar e, dentre estes, 40% já tentaram, havendo maior concentração entre as meninas. Os autores acreditam estarmos diante de um grande desafio para as políticas públicas de Educação e Saúde, respectivamente, no sentido de garantir o acesso e pleno direito de expressão das homossexualidades no espaço escolar, bem como lidarem de modo preventivo em relação à Saúde Mental dos/das jovens que frequentam a escola.

REFERÊNCIAS

Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal, um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artmed; 1981.

AFSA. American Foudation for Suicide Prevention. 2010 [acesso em 2010 Jan 29]. Disponível em: http://www.afsp.org.

Almeida AM, Almeida Neto FL. Religião e comportamento suicida: a cultura da morte. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 53-60.

Ariès P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1981.

Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor? Arch Gen Psychiatry. 1976;33:1193-7.

Avanci RC, et al. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. SMAD, Rev. eletrônica saúde mental alcool drog. 2009 [acesso em 2010 jan 26];5(1):1-15. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762009000100006&lng=pt&nrm=iso.

Avanci RC, Pedrão LJ, Costa J, Moacyr L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. Rev Bras Enferm. 2005a;58(5):535-9.

Avanci RC, Pedrão LJ, Costa Jr. ML. Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog, Ribeirão Preto. 2005b [acesso em 2009 sept 26];1(1). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000100007&lng=pt&nrm=iso.

Bahls SC, Bahls FRC. Depressão na adolescência: características clínicas. Interac Psicol. 2002 jan./jun.;61(1):49-57.

Bailador-Calvo M, Viscardi N, Dajas MFJ. Desesperanza, conduta suicida y consumo de alcohol y drogas em adolescentes de Montivideo. Rev Med Uruguay. 1997;13(3):213-23.

Barraclough B, Hughes J. Suicide: clinical and epidemiological studies. London: Croom Helm; 1987.

Barrero SP, Corrêa H. Glossário de termos suicidológicos. In: Corrêa H, Barrero SP. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 233-240.

Barros MBA, Oliveira HB, Marin-León L. Epidemiologia no Brasil. In: Werlang BG, Botega NJ (org.) Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 45-59.

Bastos RL. Suicídios: estudo psicossocial. Rio de Janeiro: E-papers; 2006.

Beato CC. O problema teórico do suicídio. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 61-78.

Bee H. O ciclo vital. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Beirão MMV et al. Adolescência. In: Alves CRL, Viana MRA (org.). Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: Coopmed; 2006. p. 109-134.

Berenchtein Neto N. Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético [dissertação]. São Paulo: PUC; 2007 [acesso em 2010 jan 23]. Disponível em: http://www.sapientia.pucsp.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5134.

Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, et al. Suicide attempts, plans and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. Psychol Med. 2005;35(10):1457-65.

Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: Wasserman D, Wasserman C (ed.). Oxford textbook of suicide and suicide prevention. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 91-8.

Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World Psych, 2002 out [acesso em 2010 jan 8];1:(3):181-5. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/.

Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Rev. Bras. Psiquiatr. 2010 [acesso em 2011 jan 03];32(Suppl.2):S87-S95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005&lng=en&nrm=iso.

Bertolote JM. O suicídio e sua prevenção. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 193-205.

Bock AMB. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. Cadernos CEDES, Campinas. 2004 Apr [acesso em: 2010 jan 28];24(62). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622004000100003&lng=en&nrm=iso.

Botega NJ, Rapeli CB, Freitas GVS. Perspectiva psiquiátrica. In: Werlang BG, Botega NJ (org.) et al. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 107-121.

Botega NJ, Werlang BSG, Cais CSF, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. Psico. 2006;37(3):213-20.

Bouchard G. Le suicide à l'adolescence. Psychomedia. 2007 [acesso em 2010 Nov 12]. Disponível em: http://www.psychomedia.qc.ca/dart7.htm.

Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. 3. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental. Portaria n 2.542 GM de 22 de dezembro de 2005. Brasília, Ministério da Saúde, 2005 [acesso em 2008 out 02]. Disponível em: www.saude.gov.br.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2008. Uma análise de situação de saúde por suicídio. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Bulik CM, Thornton L, Pinheiro K, Klump KL, Brandt H, Crawford S et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. Psychosom Med. 2008;70(3): 378-383.

Campos DMS. Psicologia da adolescência. Petrópolis, RJ: Vozes; 2009.

Cassorla RMS. Considerações sobre o suicídio: reflexões suscitadas na apresentação deste livro. In: Cassorla RMS (coord.). Campinas: Papirus; 1991. p. 17-26.

Cerveny CMO. A família como um modelo: desconstruindo a patologia. São Paulo: Artes Médicas; 1994.

Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? Rev. Bras. Psiquiatr, 2009 [acesso em 2010 jul 28];31(1):18-25. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000500004&lng=en. doi: 10.1590/S1516-44462009000500004.

Corrêa H, Barbi E, Neves FS, Capellini G et al. A neurobiologia do suicídio: evidências do papel do sistema serotoninérgico. J Bras Psiquiatr. 2002;51(6):397-404.

Corrêa H, Barrero SP. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006.

Corrêa H, Viana MM, Romano-Silva MA, Duval F. Psiconeuroendocrinologia e comportamento suicida. J Bras Psiquiatr. 2005;54(2): 138-44.

D'Oliveira CFA. Perfil epidemiológico dos suicídios. Brasil e regiões, 1996 a 2002. Ministério da Saúde, 2005 [acesso em 2009 maio 13]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf.

Dapieve A. Morreu na contramão: o suicídio como notícia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2007.

Dias ML. Suicídio: testemunhos de adeus. São Paulo: Brasiliense; 1991.

Durat Júnior C. O Rorschach na avaliação psicológica de adolescentes em conflito com a lei. Dissertação. [mestrado stricto sensu] Itatiba, SP: Universidade São Francisco; 2006 [acesso em 2010 mar 29]. Disponível em: http://www.saofrancisco.edu.br/itatiba/mestrado/psicologia/uploadAddress/Dissertacao_Celso_Jr%5B1581%5D.pdf.

Durkheim E. O suicídio. São Paulo: Martin Claret; 2003.

Erikson EH. Identidade, juventude e crise. Rio de Janeiro: Zahar; 1976.

Esslinger I, Kovács MJ. Adolescência: vida ou morte? São Paulo: Ática; 2006.

Estellita-Lins C, Oliveira VMC, Coutinho MFC. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. Psyche. 2006 [acesso em 2011 jan 04];10(18):151-666. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200015&lng=pt&nrm=iso.

Fonseca H. Abordagem sistêmica em saúde dos adolescentes e suas famílias. Adolescência e saúde. 2004;1(3):06-11.

Fontenelle P. Suicídio, o futuro interrompido: guia para sobreviventes. São Paulo: Geração Editorial; 2008.

Freitas GVS, Botega NJ. Comportamento suicida em adolescentes grávidas. In: Werlang BG, Botega NJ (org.) Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 195-199.

Freitas MV. Juventude e adolescência no Brasil: diferenças conceituais. 1a. ed. São Paulo: Ação educativa, 2005. 40 p.

Garma A. Los suicídios. In: Garma A. La fascinación de la muerte. Buenos Aires: Paidós; 1973.

Gergen KJ. A psicologia social como história. Psicol. Soc. 2008 [acesso em: 2010 sept 26];20(3):475-484. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000300018&lng=pt&nrm=iso.

Gibbs JPE, Martin WT. A theory of status integration and its relationship to suicide. American Sociological Review. 1958;23(23):140-147.

Giordano V. Subsídios para a profilaxia do suicídio através da educação. In: Cassorla RMS. Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papirus; 1991. p. 167-188.

Goldenstein E. Adolescência: a idade da razão e da contestação. São Paulo: Gente; 1995.

Gremes LR. La cultura adolescente y la sociedad de consumo: crisis adolescente en la actualidad, dificultades en la construcción de proyectos. [acesso em 2011 jan 8]. Disponível em: http://www.flapag.net/flapag.net/flapag/rif/rif01020.htm.

Grossman E. La adolescencia cruzando los siglos. Adolesc. Latinoam. 1998 jul-sep [acesso em 2010 fev 12];1(2):68-74. Disponível em: http://www.ral-adolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-713019980001 00003&lng= es&nrm=isso].

Guillon C, Le Bonniec Y. Suicídio: modos de usar: história, técnica, notícia. Trad. Maria Angela Villas. São Paulo: EMW; 1984. 236 p. (Coleção Testemunho, 6).

Gunnel D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. BMJ. 1994;308:1227-1233.

Herrel R, Goldberg J, True WR, Ramakrishnan V, Lyons M, Eisen S, et al. Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. Arch Gen Psychiatry. 1999;(56): 867-874.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resolução 6. 3 de novembro de 2010. Censo 2010 [acesso em 2010 dez 28]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php.

Jarvis GK, Northcott HC. Religion and differences in morbidity and mortality. Soc Sci Med. 1987;(25):813-24.

Joffe R. “Não em ajudem”: o adolescente suicida. In: Laufer M. O adolescente suicida. Lisboa: Climepsi Editores; 2000.

Kehl MR. A juventude como sintoma da cultura. In: Novaes R, Vanuchi P. (orgs.). Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004. p. 89-114.

Klosinski G. A adolescência hoje: situações, conflitos e desafios. Petrópolis: Vozes; 2006.

Knobel M. Sobre a morte, o morrer e o suicídio. In: Cassorla RMS (org.). Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papirus; 1991.

Kovács MJ (org). Comportamentos autodestruitvos e o suicídio. In: Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992. p. 165-187.

Kurcgant D, Wang YP. Aspectos históricos do suicídio no ocidente. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 37-52.

Kutcher S, Chehil S. Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde. São Paulo: Med Line Editora; 2007.

Laufer M. O adolescente suicida. Lisboa: Climepsi Editores; 2000.

Laufer R. Introduction à la textologie: vérification, établissement, édition de textes. Paris: Larousse; 1972.

Leon OD. Adolescência e juventude: das noções às abordagens In: Freitas MV (org). Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais. São Paulo: Ação Educativa; 2005

Lippi JRS, Roseli-Cruz A, Oliveira SM, Dias AMC, Las Casas RM. Violência Sexual e tentativas de suicídio. In: Corrêa H, Barrero SP. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 197-207.

Lippi JRS. Tentativa de suicídio associada à violência física, psicológica e sexual contra a criança e o adolescente [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira; 2003.

Lopes P, BarreiraDP, Pires AM. Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de gênero na depressão e personalidade. Psicologia, Saúde e Doenças, 2001, 2 (1), 47-57

López LEK et al. La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustâncias tóxicas: resultado de una encuesta en la población estudiantil. Salud Mental. 1995 dic;18(4):25-32.

Macedo MMK, Werlang BSG. Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor. Psicologia Teoria e Pesquisa. 2007 abr-jun;23(2):185-194.

Mann JJ. A current perspective of suicide and attemped suicide. Annals Internal Med. 2002;136(4):302-311.

Martins MF. A tentativa de suicídio adolescente - da clínica às ciências sociais e humanas. Lisboa: Edições Afrontamento; 1990.

Maskill C, Hodges I, McClellan V, Collings S. Explaining patterns of suicide: a selective review of studies examining social, economic, cultural and other population-level influences. Report #1: Social explanations for suicide in New Zealand. Wellington, New Zealand: Ministry of Health; 2005.

Meleiro AMAS, Bahls SC. O comportamento suicida. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 13-36.

Menninger K. O homem contra si próprio. São Paulo: Ibrasa; 1970.

Minayo MCS. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. Cad Saúde Pública. 1998;14(2).

Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. Archives of General Psychiatry. 1990;(47):383-392.

Neuburger R. O mito familiar. Trad. S. Rangel. São Paulo: Summus; 1999.

Nunes ED. O Suicídio: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. Cad. Saúde Pública. 1998;14(1).

OMS. Organização Mundial de Saúde. Organización Pananericana de la salud. Informe mundial sobre la violência y la salud para las Américas. Washington: OMS; 2003.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Prevenção de suicídio; um guia para conselheiros. Genebra: Departamento de saúde mental e de abuso de substâncias químicas. Brasília: OMS, Ministério da Saúde; 2006.

OMS. Preventing suicide: a resource for prison officers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000 (documento WHO/MNH/MBD/00.5).

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Outeiral JO. Adolescer: estudos sobre a adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Palhares PA, Bahls SC. O Suicídio nas civilizações: uma retomada histórica. Rev Arq Bras Psiq Neurol Med Legal. 1997;(84-85).

Pereira SM. Depressão e suicídio na adolescência. Rev Adolescer. 2007 [acesso em 2010 sep 09];3(4). Disponível em: http://www.abennacional.org.br/revista/cap4.4.html.

Peres F, Rosenburg CP. Desvelando a concepção de adolescência / adolescente presente no discurso da saúde pública. Saúde Pública e Sociedade. 1998;7(1):53-86.

Pietro D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. J Bras Psiquiatria. 2005;54;(2):146-154.

Pordeus AMJ, Cavalcanti LP, Vieira LJES, Coriolano LS, Osório MM, Ponte MSR, Barroso SMC. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(5):1731-40.

Powell EH. Occupational status and suicide. American Journal of Sociology 1958; 23:131-9.

Resmini E. Suicídio na adolescência. Psychiatry online Brasil. Current Issues. 1997;2(1).

Resmini E. Tentativa de suicídio: um prisma para a compreensão da adolescência. Rio de Janeiro: Reviver; 2004.

Sampaio D. Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio. Lisboa: Editorial Caminho; 1999.

Santos SA, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009;25(9): 2064-74.

Santrock JW. Adolescência. Rio de Janeiro: LTC; 2003.

Shneidman ES. The suicidal mind. New York: Oxford University Press; 1996.

Silva LLT. Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva [dissertação].Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais UFMG; 2010.

Silva VF, Oliveira HB, Botega NJ, Marín- León L, Barros MBA, Dalgalarrondo P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. Cad. Saúde Pública. 2006 [acesso em 2009 jan 12];22(9). Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900014&lng=en&nrm=iso.

Silva VP, Boemer MR O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. Rev Eletr Enf. 2004 [acesso em 2006 dez 29];6(2):143-152. Disponível em: www.fen.ufg.br.

Stack S. Religiosity, depression, and suicide. In: Schumacher J. Religion and mental health. New York: Oxford University Press; 1992. p. 87-97.

Stefanello S, Cais CFS, Mauro MLF, Freitas GVS, Botega NJ. Diferenças entre os sexos nas tentativas de suicídio: resultados iniciais do estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida (SUPRE-MISS) obtidos em Campinas, Brasil. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.30 no.2 São Paulo June 2008 Epub Dec 20, 2008

Stengel E. Suicídio e tentativa de suicídio. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1980.

Tavares J, Alarcão I. Psicologia do desenvolvimento e aprendizagem. Coimbra: Almedina; 2005.

Teixeira CMFS Tentativa de suicídio na adolescência: dos sinais de aviso às possibilidades de prevenção [tese]. Brasília: UNB; 2003. Não publicada.

Teixeira CMFS. A escola como espaço de prevenção ao suicídio de adolescentes – relato de experiência. X Simpósio de Estudos e Pesquisas da Faculdade de Educação da UFG, 27-28 de agosto de 2001, Goiânia (GO). [cited: sep 08 2010]. [http://www.revistas.ufg.br/index.php/interacao/article/viewFile/1509/1496].

Teixeira CMFS. Tentativa de suicídio na adolescência. Rev UFG, 2004 jun [acesso em 2011 jan 02];6(1). Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/juventude/suicidio.html.

Teixeira Filho FS, Marretto CAR. Apontamentos sobre o atentar contra a própria vida, homofobia e adolescências. Rev Psicol UNESP. 2008;7(1):133-151.

Turecki G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. Rev Bras Psiq. 1999 [acesso em 2009 jun 13];(21):18-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000600006&lng=en&nrm=iso.

Viñar MN. El psicoanálisis en el mundo de hoy (ideas provisorias). II Congresso Internacional de Psicologia, VII Semana de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (PR). Maringá: UEM; abr. 2005.

Wals F, McGoldrick M. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed; 1998.

Wang YP, Ramadam ZBA. Aspectos psicológicos do suicídio. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 97-108.

Weiner IB. Perturbações psicológicas na adolescência. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1995.

Werlang BSG, Asnis N. Prespectiva histórico-religiosa. In: Werlang BSG, Botega NJ. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 59-73.

Werlang BSG, Macedo K, Krüger LL. Perspectiva psicológica. In: Werlang BSG, Botega NJ et al. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 75-92.

3 OBJETIVO GERAL

Buscar a compreensão do fenômeno tentativa de suicídio na adolescência, em especial dos casos em que a tentativa é por meio da ingestão de medicamentos psicoativos.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Traçar o perfil dos adolescentes de 12 a 17 anos que tentaram suicídio e foram atendidos em Hospital de Pronto Socorro durante 12 meses.
2. Buscar compreender e interpretar as percepções, as ideias, os sentimentos e as atitudes de adolescentes que tentaram o suicídio em relação a:
    - o ambiente familiar;
    - as relações interpessoais e afetivas;
    - os motivos que levaram à tentativa;
    - o planejamento da tentativa;
    - as consequências percebidas e
    - as medidas adotadas após a tentativa.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa compreende dois momentos.

No primeiro momento, foi feito um estudo transversal com o objetivo de descrever o perfil de adolescentes que tentaram suicídio e foram atendidos na unidade de emergência do Hospital João XXIII, em Belo Horizonte, Minas Gerais, e que tiveram o diagnóstico de intoxicação exógena. Foram analisados 71 prontuários, n.o período de agosto de 2008 a julho de 2009. Para fins da pesquisa, todos os psicólogos do CIATBH e plantonistas anotavam os números de registros dos adolescentes entre 12 e 17 anos atendidos, estabelecido a priori como o grupo de interesse para o desenvolvimento deste trabalho.

Os prontuários foram fornecidos pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Hospital. O acesso aos prontuários não seguiu uma ordem cronológica uma vez que os registros dos pacientes que recebem somente tratamento ambulatorial, ou seja, os prontuários daqueles que não ficam internados, seguem direto para o SAME e os casos de internação têm seus prontuários encaminhados primeiramente para o setor de faturamento antes de seguirem para o SAME.

Os dados levantados foram idade, sexo, raça/cor, endereço residencial, data e hora da admissão e da alta, diagnóstico, intencionalidade, tentativas anteriores, comorbidades declaradas, e relato de intencionalidade e ideação suicida. Quanto ao atendimento psicológico, foram anotados os relatos dos pacientes quanto à sua ação e sobre a intenção de morrer além de possíveis encaminhamentos para acompanhamento posterior à alta.

O segundo momento se refere a uma pesquisa qualitativa, cujos dados foram levantados por meio de entrevistas semiestruturadas com uma amostra dos adolescentes descritos acima.

4.1 A OPÇÃO PELA PESQUISA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa é, em si mesma, um campo de investigação. Ela atravessa disciplinas, campos e temas. Em torno do termo pesquisa qualitativa, encontra-se uma família interligada e complexa de termos, conceitos e suposições.

Denzin e Lincoln (2006) definem que a pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas que dão visibilidade ao mundo, transformando-o em uma série de representações,

incluindo notas de campo, entrevistas, conversas, fotografias, entre outros recursos, e estuda as coisas, ou fenômenos, em termos dos significados que as pessoas atribuem a eles.

Conforme Turato (2008), é a pesquisa qualitativa que tem tornado possível a investigação de crenças e atitudes sobre assuntos/temas delicados e em que a relação íntima e de confiança pode permitir o acesso do pesquisador a dados que não seriam acessíveis por métodos quantitativos.

Segundo Silverman (2009), os fatos encontrados “no campo” nunca falam por si e qualquer coisa que observemos está impregnada de suposições. No trabalho científico, as suposições recebem, muitas vezes, o nome de “teorias”. Ele afirma que podemos enxergar a teoria social como uma espécie de caleidoscópio – mudando a perspectiva teórica, o mundo que está sob investigação também muda sua forma. Portanto, a teoria proporciona uma base para se considerar o mundo. Na opinião do autor, o pesquisador qualitativo pode inferir nos erros de “subteorização”, comprometendo e reduzindo a compreensão do fenômeno em estudo, ou na “superteorização”. Esse último ocorre quando o pesquisador acha necessário retratar seu trabalho em termos de teorias gerais (como Fenomenologia, Hermenêutica ou Interacionismo simbólico) das quais tem muito pouco conhecimento e as quais, com frequência, tem pouca relação com sua pesquisa.

A metodologia se refere às escolhas feitas sobre os casos a serem estudados, os métodos de coleta de dados e as formas de análise, e deve ser embasada por uma teoria do conhecimento científico (Silverman, 2009).

A escolha da metodologia é orientada pelo objetivo do estudo. Quando este objetivo é capturar os sentidos e significados, a pesquisa qualitativa é a mais adequada e permite a compreensão em profundidade do fenômeno, por meio da escuta e da observação dos sujeitos da pesquisa (Turato, 2008).

Minayo (2006) afirma que a pesquisa qualitativa:

> [...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam [...]; se conforma melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos.

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador é mais do que um observador, pois se propõe a ser um participante ativo no processo de construção do conhecimento, buscando compreender e interpretar as informações obtidas (Rey, 1999; Campos, 2004). Sua interação com o pesquisado e as consequências dessa interação fazem parte de seu objeto de estudo, que

privilegia a interpretação no lugar da mensuração. Em outras palavras, o pesquisador tem a consciência de que interfere no fenômeno e se utiliza disso (Turato, 2008).

Minayo (2006) observa que a pesquisa quantitativa se mostra mais adequada para a análise da magnitude dos fenômenos, enquanto para os pesquisadores qualitativos o essencial é capturar o sentido da realidade, que é dinâmico e construído pelo sujeito, em seu contexto histórico e social. Como afirma Turato (2008), a abordagem qualitativa não possui como objetivo generalizar resultados, mas possibilitar a generalização de novos conceitos e pressupostos na conclusão do estudo.

4.2 POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital de Pronto Socorro (HPS) João XXIII, criado em 1973, que constitui a referência no atendimento de politraumatizados, queimaduras, intoxicações e situações clínicas e cirúrgicas com risco de morte para a região metropolitana de Belo Horizonte.

Foram definidos como critério de inclusão: admissão no HPS por tentativa de suicídio, idade entre 12 e 17 anos, utilização de medicamentos como meio de autoextermínio e ausência de comorbidades diagnosticadas previamente à internação.

A escolha da idade reflete um período em que existiria suficiente amadurecimento para a condução de entrevista com o próprio adolescente. Supomos que os menores de 12 anos poderiam apresentar maior dificuldade para falar sobre o tema. Definimos o limite superior de idade, para restringir a população a um grupo etário ainda sob tutela da família. Outro recorte da pesquisa foi a exclusão de outros métodos, para aprofundar a compreensão do uso de medicamentos como método. O diagnóstico prévio de comorbidades, como drogadição relatada e desordens neurológicas ou psiquiátricas poderiam interferir na interpretação da relação com o uso de medicamentos.

Foram excluídos, os adolescentes cujos prontuários não continham informações de telefone e endereço, assim com aqueles que recusaram a participação. Foram avaliados os prontuários de agosto de 2008 a julho de 2009.

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

A entrevista semi-estruturada foi o método escolhido para a coleta de dados. A entrevista é bastante útil como método de pesquisa para se ter acesso às atitudes e valores dos indivíduos – coisas que não podem ser observadas diretamente ou acomodadas em um questionário formal. As perguntas abertas e flexíveis proporcionam melhor abordagem das visões, interpretações de eventos, entendimentos, experiências e opiniões dos entrevistados (Silverman, 2009).

Segundo Minayo (2006), o roteiro da entrevista deve ser simples para facilitar uma ‘conversa com finalidade’. Ainda segundo a autora, é importante que cada questão esteja coerente com o delineamento do objetivo do estudo e que seu conjunto seja organizado em termos de forma e conteúdo adequados, ampliando e aprofundando a comunicação.

Nessa técnica, o pesquisador tem liberdade de transitar pelos temas propostos sem se fixar às perguntas predeterminadas, pode introduzir novas questões com vistas à ampliação do campo de explanação do entrevistado até para aprofundar informações. A ordem dos assuntos tratados segue a das próprias preocupações, importâncias e ênfases do entrevistado, que vai conduzindo a conversa e ao mesmo tempo sendo conduzido pelo entrevistador, que não perde de vista o que pretende alcançar com a entrevista.

A entrevista é produzida de forma colaborativa, isto é, o entrevistado não é um “contêiner esperando para ser esvaziado”. Tanto entrevistado quanto o entrevistador participam ativamente e juntos da extração de sentidos, caracterizando a natureza interacional do ato da entrevista (Silverman, 2009).

Nesse percurso, o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, ao invés de ser considerado falha ou risco comprometedor da objetividade, é necessário como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva (Minayo, 2006).

As entrevistas não nos falam diretamente sobre as experiências das pessoas, mas oferecem representações indiretas dessas experiências. O que uma entrevista produz é um relato das visões ou opiniões de um individuo. É importante considerar também que quando falamos com alguém sobre o mundo, levamos em conta quem é o outro, o que se supõe que essa outra pessoa sabe e “onde” esse outro está em relação a si mesmo no mundo ao qual nos referimos (Silverman, 2009).

O que torna a entrevista útil para a compreensão de um fenômeno mais amplo que não se restringe ao relato de experiências individuais seria a constatação de que a participação

desse indivíduo em uma cultura inclui participação nas narrativas dessa cultura, um entendimento geral de significados e de seus relacionamentos um com o outro (Silverman, 2009). Diversos referenciais teóricos aprofundam a compreensão deste princípio como a Teoria das Representações Sociais de Moscovici e o conceito de Interdiscursividade, da Análise do Discurso.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Conhecimento da organização do serviço e estabelecimento da estratégia de acesso aos pacientes elegíveis para a pesquisa

Inicialmente, foi feito contato com a direção do HPS a fim de verificar a viabilidade do estudo que orientou procurar o serviço de psicologia do hospital. A coordenação do serviço de psicologia informou que a grande maioria dos casos de tentativa de autoextermínio ocorria por intoxicação exógena e, portanto, era atendida pelo CIATBH, que funciona no próprio hospital. Todos os casos admitidos na sala de urgência da unidade de emergência do HPS João XXIII por intoxicação exógena, seja ela intencional ou acidental, são também avaliados pelo serviço de psicologia do CIATBH ou pelo psicólogo de plantão. Se o paciente ou alguém da família se referir ao ato como intencional, o diagnóstico é de tentativa de autoextermínio. Caso contrário, permanece como intoxicação exógena.

O CIATBH registra todos os casos, mesmo aqueles em que a pessoa e/ou a família não confirma a intencionalidade. Para fins da pesquisa, todos os psicólogos do CIATBH anotaram os números de registros dos adolescentes atendidos, menores de 18 anos.

Paralelamente, o SAME do hospital foi contatado para liberar os prontuários destinados ao levantamento dos dados. Cabe informar que os registros dos pacientes que recebem somente tratamento ambulatorial, ou seja, os prontuários daqueles que não ficam internados, seguem direto para o SAME e os casos de internação têm seus prontuários encaminhados primeiramente para o setor de faturamento para, em seguida, irem para o SAME. Pode, então, ser constatado que o acesso aos prontuários não seguiu a ordem cronológica do acontecimento das tentativas.

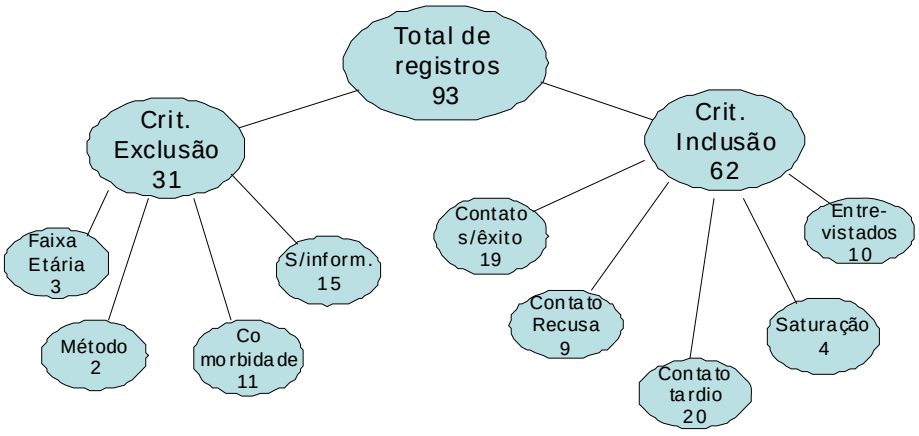
O serviço de psicologia do CIATBH forneceu quinzenalmente a relação de números de registros de casos atendidos de junho de 2008 a julho de 2009 com os números dos

prontuários. O início do levantamento de dados de prontuários dos possíveis entrevistados foi em agosto de 2008. O último mês de coleta de dados foi julho de 2009.

Os dados levantados nos prontuários foram nome, endereço residencial, telefone, nome dos pais ou do responsável, idade, sexo, data e hora da admissão e da alta, diagnóstico, intencionalidade, tentativas anteriores, comorbidades declaradas. Quanto ao atendimento psicológico, foram anotados os relatos dos pacientes quanto à sua ação e sobre a intenção de morrer além de possíveis encaminhamentos para acompanhamento posterior à alta. Foram avaliados 93 prontuários. Na avaliação quantitativa do perfil epidemiológico das tentativas de suicídio, foram incluídos somente os 71 casos que ocorreram no período compreendido entre os dias 1º. de agosto de 2008 a 31 de julho de 2009, com informações completas.

4.4.2 Realização das entrevistas

O Fluxograma 2 mostra o processo de seleção dos entrevistados. Foram excluídos 31 pacientes, sendo três por faixa etária, dois por método, 11 por apresentar comorbidade e 15 por não haver informações para o contato. Para os casos que atendiam aos critérios de inclusão foi iniciado o contato telefônico. Foram feitas várias chamadas telefônicas para 19 pacientes sem êxito. Vinte e uma chamadas foram realizadas com sucesso. Nestes contatos houve nove recusas: três adolescentes haviam fugido de casa, duas delas grávidas, e um havia se mudado de cidade e estava sob custódia do conselho tutelar. No telefone, a pesquisadora se apresentava, falava da pesquisa, do objetivo, fazia o convite e pedia para a família conversar com o adolescente. Passado alguns dias, novo contato telefônico era realizado e a entrevista, se autorizada, era agendada no consultório da pesquisadora ou na residência do entrevistado.



Fluxograma 2 - Fluxograma do processo de seleção dos entrevistados.

Na pesquisa qualitativa, o número de entrevistas não é usualmente previsto com antecedência. A delimitação segue ao critério de saturação que, conforme Minayo (2006), é o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo. Fontanella, Ricas e Turato (2008) chamam a atenção para a complexidade do procedimento que deve ser avaliado em cada fase do levantamento de dados. Este critério foi considerado como atingido após a realização de 10 entrevistas, sendo decidido por interromper a realização de novas entrevistas.

Inicialmente, foram feitas duas entrevistas piloto. Depois dessas entrevistas foi realizada uma avaliação, na qual ficou claro o fato de já haver se passado muito tempo entre o ato e a entrevista, o que teria prejudicado o levantamento de dados e passou-se a priorizar o contato com os casos mais recentes. Também o roteiro da entrevista foi adaptado. Tal estratégia possibilitou vinculação mais efetiva entre pesquisadora e pesquisado, melhorando a qualidade das entrevistas seguintes. Apesar disso, as entrevistas iniciais não foram excluídas por se considerar que apresentarem informações relevantes a compreensão do objeto de estudo.

Os tempos de cada entrevista bem como o local onde foram realizadas encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Tempo e local das entrevistas.

Entrevista	Sexo dos entrevistados	Tempo de gravação	Local da entrevista
1	F	17 min 42 s	Residência
2	F	29 min 15 s	Consultório
3	F	57 min 24 s	Consultório
4	F	1 h 58 min 2 s	Residência
5	F	1 h 11 min 23 s	Consultório
6	F	1 h 5 min 10 s	Consultório
7	F	1 h 31 min 27 s	Consultório
8	F	53 min 45 s	Consultório
9	F	39 min 55 s	Consultório
10	M	1 h 22 min 29 s	Consultório

Durante todo o processo de coleta de dados a pesquisadora fez uso de um diário de campo onde registrou todos os contatos tentados e efetivados, suas impressões pessoais nesses contatos, nas entrevistas e outras informações relevantes.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para analisarmos as entrevistas foram seguidas as seguintes etapas, conforme proposta de Minayo (2006):

1. Ordenação dos dados: transcrição das gravações, leitura exaustiva do material e organização das observações do diário de campo. Em novas leituras foram sendo identificados os aspectos comuns, incomuns, temas repetidos, frases de significado similar, ditos e interditos. O foco foi identificar os processos de construção pessoal e coletiva dos objetos, dos sujeitos e da subjetividade de adolescentes que tentam o suicídio com o uso de medicamentos.
2. Classificação dos dados: determinação das categorias, analíticas e empíricas, estabelecendo os conjuntos de informações relevantes. Nesse momento, os recortes de cada entrevista foram agrupados em unidades de sentido ou temas, buscando compreender e interpretar o que foi exposto como mais relevante e representativo pelo grupo estudado.
3. Análise final: refere-se à compreensão e à interpretação dos dados, agrupados em temas ou categorias, e o estabelecimento de articulações entre os resultados e a literatura existente, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos.

A análise de dados em pesquisa qualitativa pode utilizar uma série de referenciais teóricos: Análise Temática, Teoria Fundamentada nos dados (*Groundedtheory*), Análise de Conteúdo, Analise da Conversação, Análise do Discurso, entre outros. Tais referenciais apresentam semelhanças e diferenças e estas se referem, principalmente, ao campo de conhecimento de origem, à profundidade e à amplitude da análise. As distinções entre as diversas instâncias teóricas são frequentemente apresentadas como precisas, mas, na prática, muitas vezes os contrastes são menos aparentes (Pope; Mays, 2009). A análise, segundo Pope e Mays, pode buscar simplesmente descrever a visão das pessoas sobre comportamentos ou ir além, fornecendo explicações que possam tomar a forma de classificações, tipologias, padrões, modelos e teorias. Esses autores citam Spencer et al. que:

> [...] equipararam a estrutura analítica que sustenta esse processo a um andaime e sugerem que a análise se movimenta repetidamente nos estágios de manejo, descrição e explicação dos dados por uma série de plataformas a partir dos quais os pesquisadores podem refletir a respeito do que fizeram e seguir em frente. Esse processo é fluido e não-linear; o pesquisador desenvolve a análise movendo-se para frente e para trás entre os dados originais e as interpretações emergentes (Pope; Mays, 2009, p. 81).

A análise dos dados nesta pesquisa foi baseada em princípios da Análise do Discurso (AD), que foi o referencial estudado pelas autoras para compreender a validade da pesquisa qualitativa. A AD considera além do conteúdo explícito no discurso, seu contexto de produção: quem fala, para quem fala, quando fala, onde fala e de onde fala, isto é, qual o lugar social ocupado pelo entrevistado na relação com o grupo e com o entrevistador. Procurou-se ir além da identificação das concepções e ideias dos adolescentes, para também relacioná-las ao contexto histórico e social em que se expressaram. Ressalta-se, porém, que não foi realizada uma Análise do Discurso *stricto senso*, para o qual seria necessário um maior aprofundamento da situação de comunicação e o "estudo das relações entre as condições de produção dos discursos e seus processos de constituição" (Mussalim, 2006).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa se fundamentou eticamente na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que versa sobre a *Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*, a qual traz incorporados os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e equidade. Tem, também, o propósito de assegurar os direitos e deveres dos participantes, que deverão assinar um termo de consentimento. Todos os participantes podem ter acesso ao conhecimento dos resultados parciais e finais da pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), em 12 de novembro de 2007, sob o parecer número ETIC 490/07 e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (CEP/FHEMIG), no dia 19 de abril de 2008, sob o parecer número 55/08.

Em todas as entrevistas, antes do encerramento, a pesquisadora se colocava disponível para atendimento clínico, não mais para fins da pesquisa. Somente a menina da entrevista de número 9, Violeta, e o menino da entrevista de número 10, Jacinto, aceitaram o convite.

O entrevistado Jacinto foi atendido em sessões de psicoterapia duas vezes e sua mãe uma vez. Um terceiro encontro foi marcado, mas ele não compareceu. Em contato telefônico, a mãe informou que o menino já se encontrava em tratamento psiquiátrico e que não mais iria ao consultório. A entrevistada Violeta continua recebendo atendimento psicológico quinzenal, é assídua e segue as regras estabelecidas no contrato terapêutico.

Depois de observar a necessidade dos pais também participarem do processo e, após as entrevistas com os adolescentes, eles foram convidados a relatar suas impressões, ou seja, como se sentiam diante da tentativa de suicídio dos filhos. Foram ouvidos sete mães e dois pais, sendo que de um adolescente foi ouvido o casal, que logo no início da conversa se desentendeu e o pai se retirou.

Todos os participantes da pesquisa foram contatados depois da entrevista. A entrevistada de número 1 disse estar bem e trabalhando. O contato com a entrevistada de número 2 foi feito com seu pai, que afirmou estar ela mais amadurecida emocionalmente. A mãe da entrevistada número 3 também foi contatada e relatou que a filha estava bem e que ligaria quando pudesse para a entrevistadora. A mãe da entrevistada número 6 também relatou que a filha estava bem, trabalhando e gostando do trabalho. Em todos esses contatos, a pesquisadora continuou se colocando à disposição para atendimento clínico.

No contato com familiares do entrevistado de número 10, a avó materna informou que ele havia retornado à casa do pai, no interior de estado. Com as entrevistadas de números 5, 7 e 8 não foi conseguido contato posterior.

A mãe da entrevistada de número 4, quando contatada depois da entrevista, marcou um atendimento clínico para a filha, que não compareceu e também não desmarcou. Feito novo contato, falou da dificuldade de fazer a filha ir à sessão, informando que ela, mãe, também estava se tratando. Depois de um tempo, entrou em contato com a pesquisadora informando ter agendado encontro com outro profissional, mas que a filha não queria ir, pois queria contato conosco. Marcamos, mas a mãe ligou pouco antes desmarcando, relatando momento delicado da filha e que, como ela não queria ir, não tinha como obrigá-la.

4.7 REFERÊNCIAS

Campos, CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm. 2004 set/out;57(5):611-4.

Denzin NK, Lincoln YS. O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. Cap. 1.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato, EB. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008 jan;24(1):17-27.

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4a. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

Mussalim F, Bentes AC (org). Introdução à Linguística: dominios e fronteiras. 5a. ed. São Paulo: Cortez. 2006. Cap. 4.

Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. Cap 1, Cap. 7.

Rey FG. La investigación cualitativa en Psicología: rumbos y desafios. São Paulo: Educ; 1999.

Silverman D. Intepretação de dados qualitativos. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 2a. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados em dois artigos que se seguem.

5.1 ARTIGO I: PERFIL DO ADOLESCENTE ATENDIDO EM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO POR INTOXICAÇÃO EXÓGENA PROPOSITAL [PROFILE OF ADOLESCENTS ATTENDED IN HOSPITAL'S EMERGENCY ROOMS BY EXOGEN INTOXICATION ON PURPOSE]

5.1.1 Resumo

A tentativa de suicídio na adolescência vem se constituindo num grave problema de saúde pública. Esse artigo apresenta o perfil dos adolescentes de 12 a 17 anos que tentaram suicídio e foram atendidos num pronto socorro público no período de agosto de 2008 a julho de 2009, com diagnóstico de intoxicação exógena, seja ela intencional ou acidental. Foram analisados 71 prontuários. A maioria dos casos foi com meninas, de raça/cor parda. A média de idade foi de 15,2 anos. O termo mais utilizado na identificação do diagnóstico foi Intoxicação e o meio ingestão de medicamentos, seguido por ingestão de veneno. Em dois casos foi utilizada droga de adição, sendo que em um associado a medicamentos. A maioria das tentativas ocorreu na própria residência. Os conflitos relacionais aparecem como a motivação mais freqüente. Desses, os familiares foram os mais comuns, seguidos dos problemas com o namoro. Outras causas declaradas foram os transtornos psiquiátricos e depressivos, gravidez, trauma de infância. Em relação às drogas utilizadas nas tentativas de suicídio, os medicamentos psicofármacos foram responsáveis por 38,2% dos casos. Traçar o perfil de adolescentes que tentam o suicídio pode ser útil para nos auxiliar no diagnóstico e também no estabelecimento de políticas assistenciais e preventivas voltadas aos jovens, a fim de oferecer apoio tanto aos adolescentes quanto a seus familiares e demais envolvidos. A escola, aparentemente afastada do problema, precisa também estar envolvida, assim como os gestores da saúde pública.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio; Intoxicação exógena; Adolescentes; Epidemiologia.

5.1.2 Abstract

Suicide attempts in adolescence have become a severe public health problem. This article presents the profile of adolescents between 12 and 17 years of age who attempted suicide and were admitted in a public ER between August 2008 and July 2009 diagnosed with exogen intoxication, be it intentional or accidental. Seventy-one medical record files were analysed. The majority of cases involved girls of *pardo* race/colour. Ages averaging 15,2 years. The most commom term used in diagnosis was Intoxication by means of medication ingestion, followed by poison ingestion. Most of the attempts happened in their own residence. Relationship conflicts appear as the most frequent motive. From these, familiar conflicts were the most commom, followed by problems with boyfriend/girlfriend. Other declared causes were psychiatric and depressive disorders, pregnancy, childhood trauma. Regarding the drugs used in the suicide attempts, psychofarmac medications were responsible for 38,2% of cases. Outlining the profile of adolescents who attempt suicide can be useful to help us in the diagnosis and also in the creation of assistential and preventive politics towards the youngsters in order to offer support to both the adolescents and their relatives and others involved. Schools, apparently distant from the problem, also needs to be involved as well as public health managers.

Keywords: Suicide attempt. Exogen Intoxication. Adolescents. Epidemiology.

5.1.3 Introdução

As tentativas de suicídio na adolescência se constituem como um problema de saúde pública. Os adolescentes que tentam se matar estão presentes na população em geral e se faz mister prevenir a tentativa de suicídio e, principalmente, sua reincidência[(1)].

Atualmente, registram-se mais de 870.000 óbitos por suicídio em todo o mundo, o que representa 49% de todas as mortes por causas externas[(2)]. Os números oficiais sobre as tentativas de suicídio são escassos e menos confiáveis do que aqueles acerca do suicídio efetivo. Existe tanto a disparidade entre as fontes de dados quanto falta de critérios para o diagnóstico diferencial e notificação de intoxicações acidentais e intencionais, seja na infância ou na adolescência. A Organização Mundial de Saúde estima que as tentativas sejam pelo menos 10 vezes mais frequentes do que os suicídios e que poucos países tenham dados fidedignos sobre as tentativas. As pesquisas indicam que somente 25% das tentativas de suicídio chegam a um serviço de saúde público. A Organização Mundial da Saúde (OMS)

também ressalta que, em números absolutos, as tentativas são mais comuns em jovens que em adultos. Entre os anos 50 e os anos 80, as taxas de suicídio em adolescentes triplicaram, estabilizando-se em seguida[3].

Embora haja registros locais e nacionais razoavelmente confiáveis quanto aos óbitos por suicídio[4], inexistem registros sistemáticos das tentativas de suicídio. Assim, obviamente a falta desse dado é um dificultador para melhor conhecimento da situação e das características dos sujeitos, bem como para o planejamento de intervenções[5].

O comportamento de tentativa de suicídio se caracteriza por baixa intencionalidade e pela impulsividade, ocorrendo, majoritariamente, entre mulheres adolescentes e adultas jovens, sendo o método mais utilizado o que oferece maior facilidade de acesso. A ingestão excessiva de medicamentos corresponde a 60% dos casos, a ingestão de venenos, a 20%, e o restante a outros métodos, como automutilação e precipitação de alturas elevadas[6].

Em Minas Gerais, no período de 1980 a 2002 foram registrados 25.060 mortes por causas externas entre adolescentes entre 10 e 19 anos. Deste total, 4,8% tiveram o suicídio como causa[7]. Em 2006, mais de 1.700 adolescentes e jovens brasileiros na faixa etária de 10 a 24 anos morreram após tentativas de suicídio. Entre os meses de janeiro e setembro de 2009, no Estado de Minas Gerais, foram realizadas 355 internações de jovens e adolescentes que tentaram o suicídio. O tempo médio de internação foi de 13 dias[8].

O presente trabalho tem o objetivo de traçar o perfil dos adolescentes que tentaram suicídio e foram atendidos num pronto socorro público no período de 12 meses.

5.1.4 Método

Trata-se de um estudo descritivo a partir da análise de 71 prontuários de adolescentes atendidos no Hospital de Pronto Socorro (HPS) João XXIII, ligado à rede da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), em Belo Horizonte, MG, no período de agosto de 2008 a julho de 2009, com diagnóstico de intoxicação exógena, seja ela intencional ou acidental.

Todo caso de intoxicação socorrido pelo hospital, é também avaliado pelo serviço de psicologia do Centro de Informação e Assistência em Toxicologia de Belo Horizonte (CIATBH) ou pelo psicólogo de plantão. Para fins da pesquisa, todos os psicólogos do CIATBH começaram a anotar os números de registros dos adolescentes entre 12 e 17 anos atendidos, estabelecido *a priori* como o grupo de interesse para o desenvolvimento deste trabalho.

Os prontuários foram fornecidos pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Hospital. Os registros dos pacientes que recebem somente tratamento ambulatorial, ou seja, os prontuários daqueles que não ficam internados, seguem direto para o SAME e os casos de internação têm seus prontuários encaminhados primeiramente para o setor de faturamento antes de seguirem para o SAME. Portanto, o acesso aos prontuários não seguiu uma ordem cronológica.

Os dados levantados foram idade, sexo, raça/cor, endereço residencial, data e hora da admissão e da alta, diagnóstico, intencionalidade, tentativas anteriores, comorbidades declaradas, e relato de intencionalidade e ideação suicida. Quanto ao atendimento psicológico, foram anotados os relatos dos pacientes quanto à sua ação e sobre a intenção de morrer além de possíveis encaminhamentos para acompanhamento posterior à alta.

Este trabalho é parte de uma pesquisa de doutoramento que teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), em 12 de novembro de 2007, sob o parecer número ETIC 490/07 e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (CEP/FHEMIG) no dia 19 de abril de 2008, sob o parecer número 55/08.

5.1.5 Resultados

No período estudado, o Hospital João XXIII atendeu a 71 casos de tentativa de suicídio de adolescente, com média mensal de 5,9 casos. Dos prontuários analisados, 89% foram do sexo feminino e 11% do masculino. Quanto à raça/cor, 73% de cor parda, 18% de negros, 6% de brancos e 2% de raça ignorada. A idade mínima foi de 13 anos e 3 meses e a máxima de 17 anos e 11 meses, com média de 15,2 anos e a mediana de15 anos. O termo mais utilizado na identificação do diagnóstico foi intoxicação, apontado em 54 prontuários (76%). O termo ‘autoagressão’ foi utilizado 16 vezes (23%). Em um prontuário (1%) o diagnóstico foi ‘autoinfligida’ (Gráfico 1).

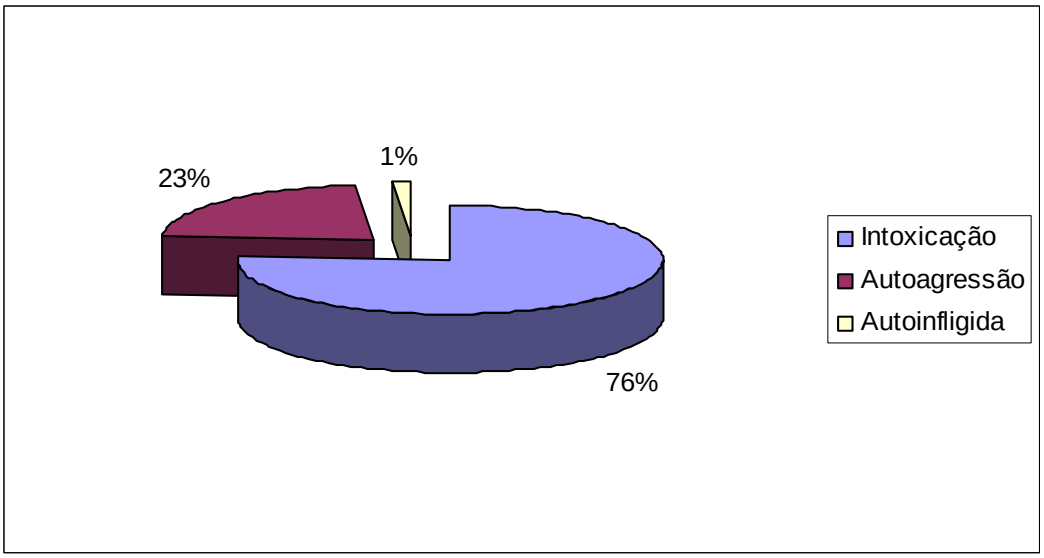


Gráfico 1 - Gráfico dos diagnósticos encontrados nos 71 prontuários de adolescentes atendidos no Hospital de Pronto Socorro (HPS) João XXIII, Belo Horizonte, MG, no período de agosto de 2008 a julho de 2009.

O meio mais utilizado foi ingestão de medicamentos (69 %), seguido por ingestão de veneno (17%) e outros agentes (6%). Em 4% dos casos, o adolescente utilizou de diferentes de agentes e em 3% o agente não foi identificado. Em dois casos foi utilizada droga de adição, sendo que em um associado a medicamentos (Gráfico 2).

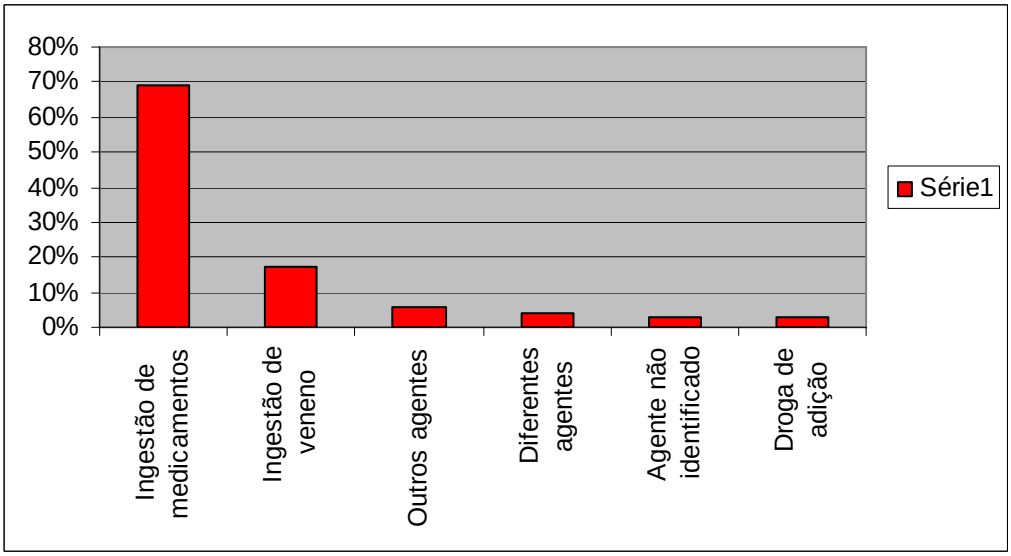


Gráfico 2 - Gráfico dos meios utilizados na tentativa de autoextermínio dos 71 prontuários de adolescentes atendidos no Hospital de Pronto Socorro (HPS) João XXIII, Belo Horizonte, MG, no período de agosto de 2008 a julho de 2009.

Ainda em relação aos meios utilizados, 35,2% utilizou somente um agente, 22,5% dois agentes diferentes, 9,8% utilizou-se de três agentes diferentes. Em 11,2% dos casos pesquisados foram utilizados quatro agentes diferentes e em 12,6% cinco ou mais agentes e 5,6% consta a informação de que foram utilizados diversos agentes. Em 2,8% dos prontuários consta a informação.

A maioria das tentativas (61%) ocorreu na própria residência, 3% dos casos aconteceram na escola e em 35% dos casos o local não foi identificado. Nas anotações que os profissionais fizeram nos prontuários, os conflitos relacionais aparecem como a motivação mais freqüente (49%). Desses, os familiares foram os mais comuns (72,2%), seguidos dos problemas com o namoro (2,2%) e em 2,7% as causas se acumularam. Problemas familiares em conjunção com questões escolares também estiveram relatadas em 2,7% dos casos. Outras causas declaradas foram os transtornos psiquiátricos e depressivos (23,9%), gravidez (1,4%), trauma de infância (1,4%). Em 22,5% dos prontuários, a informação não constava e em um constava 'não soube informar' (Tabela 1).

Tabela 1 - Motivação mais freqüente de acordo com anotações em 71 prontuários de adolescentes atendidos no Hospital de Pronto Socorro (HPS) João XXIII, Belo Horizonte, MG, no período de agosto de 2008 a julho de 2009.

Motivação	Porcentagem
Conflitos interrelacionais	49%
Frustração, depressão, tristeza, solidão, stress	10%
Angústia	4%
Insatisfação pessoal, raiva	3%
Atendendo a comando de voz interior	1,4%
Gravidez indesejada	1,4%
Em tratamento psiquiátrico	1,4%
Outros, diversos	5,7%
Não consta ou não soube informar	23,9%

Ainda de acordo com as anotações dos profissionais, os conflitos interrelacionais foram de diversos conteúdos. Os conflitos familiares estiveram presentes em 62,9% dos casos, os de relacionamento amoroso em 22,8%. Os conflitos familiares aliados a conflitos de relacionamento amoroso foram responsáveis por 11,4% dos casos e os de relacionamento familiar aliado a problemas escolares 2,9% (Gráfico 3).

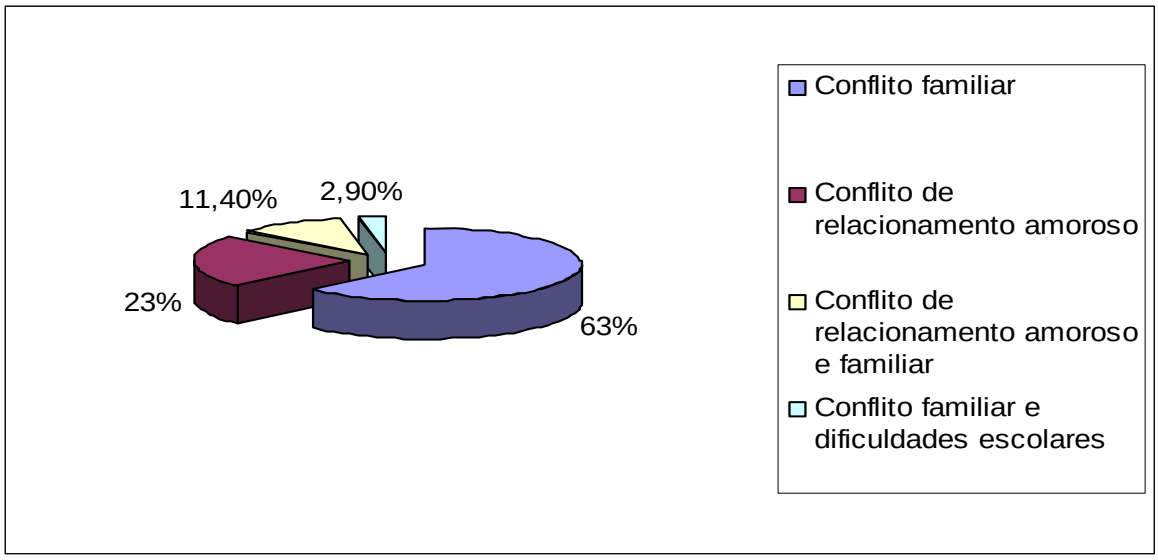


Gráfico 3- Gráfico dos tipos de conflitos interrrelacionais que foram anotados como motivação para a tentativa de autoextermínio em 71 prontuários de adolescentes atendidos no Hospital de Pronto Socorro (HPS) João XXIII, Belo Horizonte, MG, no período de agosto de 2008 a julho de 2009.

Em relação às drogas utilizadas nas tentativas de suicídio, os medicamentos psicofármacos foram responsáveis por 38,2% dos casos, seguidos do antihistamíncios, antiespasmódicos, antidiabéticos, antibióticos, anti-inflamatórios, broncodilatadores, anti-hipertensivos, anti-helmíticos, antiácidos, antieméticos, antidiarréicos, antiadesivoplaquetário, hormônios e insulina utilizados em 26,9%, pelos analgésicos e raticidas em 9% dos casos cada um. Os complementos alimentares e vitaminas bem como os produtos químicos foram utilizados por 4,2% dos adolescentes que tentaram o suicídio e as drogas de adição por 1,4%. Em 5,5% dos prontuários não constava a especificação, ou constavam como vários, indeterminados ou outros. E em 1,4% dos prontuários analisados o meio não constava (Tabela 2).

Tabela 2 - Medicamantos utilizados pelos 71 adolescentes atendidos no Hospital de Pronto Socorro (HPS) João XXIII, Belo Horizonte, MG, no período de agosto de 2008 a julho de 2009.

Meio utilizado	Porcentagem
Psicofármacos	38,2%
Antihistamíncios, antiespasmódicos, antidiabéticos, antibióticos, anti-inflamtórios, broncodilatadores, anti-hipertensivos, anti-helmíticos, antiácidos, antieméticos, antidiarreicos, antiadesivoplaquetário, hormônios e insulina	26,9%
Analgésicos	9%
Raticidas	9%
Complementos alimentares e vitaminas	4,2%
Produtos químicos	4,2%
Drogas de adição	1,4%
Sem especificação como vários, indeterminados, outros	5,5%
Não consta o meio	1,4%

Quanto ao número de tentativas, 74% declararam ter sido a primeira tentativa, 20% a segunda, 4% a terceira e um caso a quinta. Em um caso não consta essa informação. Uma minoria (16 casos) relatou real intenção de morrer e 18 pacientes declararam não permanecer com a ideação suicida. Em 37 prontuários não consta essa informação. O tempo de permanência no hospital variou de uma hora e 33 minutos a 115 horas e 46 minutos, com média de 21 horas e 18 minutos. Todos foram atendidos pelo serviço de psicologia do CIATBH ou pelo psicólogo de plantão. Em todos os prontuários (consta que) houve encaminhamento para acompanhamento psicológico. Em oito casos, o Conselho Tutelar foi acionado por suspeita de estar sofrendo maus tratos. Importante ressaltar que somente em 34% dos prontuários o campo que especifica a intencionalidade foi preenchido pelo profissional assistente.

5.1.6 Discussão

O suicídio é um grave problema se saúde pública e suas consequências imensuráveis. Uma das maneiras de se entender o fenômeno é por meio do estudo das tentativas[9]. A OMS considera que cada suicídio afeta no mínimo seis pessoas[10]. Botega et al.[11] reforçam que de 15 a 25% das pessoas que tentaram o suicídio voltarão a tentá-lo em até um ano e que 10% terão o suicídio como causa de morte em até 10 anos. Precisamos conhecer melhor a magnitude do problema.

Os achados deste estudo confirmam o que a literatura sobre o assunto sustenta. As mulheres são maioria nas tentativas de suicídio[7,12-16]. Werneck et al.[10] realizaram um levantamento das tentativas de suicídio que foram atendidas no Hospital Estadual Getúlio Vargas, um dos maiores hospitais de emergência da cidade do Rio de Janeiro, RJ, no período de abril de 2001 a março de 2002. A prevalência de mulheres foi da ordem de 68% dos casos. Desses, 26% foram de mulheres abaixo de 18 anos. Avanci et al.[1] analisando o perfil de adolescentes atendidos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), em Ribeirão Preto, SP, no ano de 2002, também afirmam o predomínio do sexo feminino. Os autores, numa análise simplista, acreditam que como as jovens atribuem muito valor aos vínculos afetivos com o sexo oposto que começam a se estabelecer na adolescência e como esses vínculos são fonte de conflitos e frustrações, o campo fica propício para atos impulsivos como as tentativas de suicídio. Estudos mais recentes em Ribeirão Preto, SP,[17] e em João Pessoa, PB,[18] confirmam o achado.

Sá et al.[19] realizaram um estudo descritivo, de corte transversal, a partir de inquérito conduzido em serviços de urgência e emergência credenciados no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de caracterizar os atendimentos de emergência por tentativa de suicídio nos 87 Serviços Sentinela do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência (VIVA) de alguns municípios selecionados no Brasil em 2007. Os estudos aconteceram em serviços com características semelhantes ao serviço onde levantamos nossos dados: serviço de urgência e emergência credenciado ao SUS. Assim como no nosso estudo, a maior incidência ocorreu em indivíduos da cor parda (53,9%). Em outro estudo realizado em serviço de saúde com características semelhantes, Marcondes Filho et al.[13] obtiveram resultados que indicam predomínio de indivíduos de raça branca. Consideramos que essa diferença pode tanto se dever a critérios de denominação, pois cada estudo utilizou descrições diferentes: parda, branca, preta, amarela, indígena e sem informação[19]; branca, mulata e amarelo[1]; e branca, negra e outra[13], quanto a diferenças regionais de constituição da população. No nosso estudo utilizamos as terminologias descritas no prontuário padrão do HPS João XXIII. Também não temos informação se os dados foram obtidos pela observação do profissional que preencheu os materiais que foram avaliados ou se foi informado a ele. Como podemos perceber, não existe padronização na terminologia e nem um estudo baseado na constituição da população, o que pode compromete a relevância do dado.

Nos 71 prontuários avaliados a idade mínima dos adolescentes foi de 13 anos e 3 meses e a máxima de 17 anos e 11 meses, mostrando uma idade média de 15,2 anos e a

mediana de 15 anos. Ficher e Vansan[17] realizaram um levantamento retrospectivo de todos os casos de pacientes com idade entre 10 e 24 anos atendidos no setor de urgências psiquiátricas do HCFMRP-SP no período de 1988-2004, após tentativa de suicídio por uso/abuso de substâncias psicoativas. Num total de 1.377 casos, 43,5% foi de adolescentes com idades entre 15 e 19 anos.

O meio mais utilizado foi a ingestão de medicamentos. Abasse et al.[7] realizaram uma análise epidemiológica descritiva dos dados referentes à mortalidade por suicídio e às internações hospitalares por tentativas de suicídio entre adolescentes de 10 a 19 anos em Minas Gerais, no período de 1980 a 2002. Fizeram uso de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e verificaram que o meio mais utilizado tanto por homens quanto por mulheres foi a autointoxicação. Outros estudos também corroboram o achado[1,13,17,19]. Tal dado pode sugerir a facilidade de acesso aos medicamentos, uma vez que a maior parte dos casos aconteceu em casa. No estudo de Marcondes Filho et al.[13], 87,1% dos pacientes afirmaram ter obtido os produtos na própria residência. A relevância do achado é ainda maior se considerarmos que em nossos levantamentos a maioria dos atentados foi realizada na residência (61%). Em trabalho que pretendeu estudar a tentativa de suicídio na adolescência a partir da análise da experiência de uma Consulta de Suicidologia de Adolescentes organizada na Clínica Psiquiátrica Universitária de Lisboa, que teve seu início em 1978 e se prolongou até 1985, Sampaio[20] revelou que 84,6% das tentativas ocorreram na residência. A facilidade de acesso a meios de suicídio é questão de extrema relevância quando pensamos em políticas de prevenção.

Kaplan et al.[16] estabelecem relação entre o meio utilizado e a letalidade com o gênero. As mulheres tentam mais o suicídio e utilizam meios menos letais, como a intoxicação medicamentosa. Já os homens utilizam métodos mais letais como enforcamento e tiro com arma de fogo e, por isso, são mais exitosos.

A adolescência é um período marcado por várias mudanças tanto físicas quando emocionais e sociais. A pessoa experimenta uma verdadeira turbulência emocional. As relações com os pais podem passar a ser conflitantes e os amigos assumem um papel cada vez mais importante. Os adolescentes se tornam mais vulneráveis à pressão dos companheiros, ficam mais suscetíveis à depressão, uma vez que a autoestima costuma ser reduzida nos primeiros anos do período[21]. É um período de instabilidade no sistema familiar que faz necessária uma renegociação entre o que quer o adolescente e o que quer a família[20]. Portanto, não é de se estranhar que as causas mais frequentes sejam os conflitos interrelacionais em quase a metade dos casos.

Tentativas anteriores são um fator de risco para novas tentativas[1,22-23]. Muitas vezes, os adolescente negam a intenção suicida por se sentirem envergonhados e culpados. No nosso estudo mais de 25% já tinham tentado anteriormente, mas apenas 22,5% relataram intenção de morrer. O momento que antecede o ato é comum se sentir confuso e transtornado. A tentativa de suicídio na adolescência é, antes de tudo, um grito de socorro, "uma forma de chamar a atenção das pessoas à sua volta, para as suas necessidades, buscando maior amor e valorização pessoal", na ilusão de que o ato transforme sua vida, fazendo com que as pessoas passem a se importar mais com sua pessoa e tudo o que a ela se relaciona[24-26].

Dificuldades de relacionamento e comunicação, ausência de afeto e falta de apoio familiar podem estar na origem de ideias suicidas. Em crianças e adolescentes, o risco é ainda maior devido à importância da família no desenvolvimento do ser[1,27-30]. Neste levantamento, os conflitos relacionais foram apontados como causa em quase metade dos episódios. Diante de um impasse que para o adolescente pode parecer sem saída, a idéia de se matar surgiria como a resolução, uma vez que será definitiva. A adolescência é considerada subjetivamente como uma fase de conclusão e tendo o adolescente a tendência natural a utilizar a ação em detrimento da comunicação, a tentativa de suicídio surge na ausência de alternativa para o alívio de seu sofrimento e dos conflitos[31]. Consideramos fundamental encaminhar o adolescente para acompanhamento como medida preventiva de novas tentativas. No nosso estudo, a todos os adolescentes foi sugerido que fizessem acompanhamento psicológico após o acontecido. Todavia, o encaminhamento por si só não garantiu que eles atenderam a sugestão. Outras medidas de intervenção precisam ser pensadas a fim de evitar tanto novas tentativas como também a estigmatização do adolescente como um "suicida".

Outro aspecto que vale analisar é como o diagnóstico é anotado nos prontuários. Consideramos esse dado relevante, uma vez que pode sinalizar como os socorristas que fazem o primeiro atendimento vêem a tentativa de suicídio. Ponderamos que não existe médico isento do impacto de um ato tão violento quanto a tentativa de 'acabar' com a vida, mesmo porque foi treinado para salvar vidas. Lidar com alguém que fica 'brincando' na tênue fronteira entre a vida e a morte desperta no profissional e na equipe sentimentos de impotência, frustração, fragilidade e despertam conflitos que "vão contra as premissas de sua vocação e atuação"[32]. Poucos são os profissionais de saúde preparados para detectar fatores que podem levar ao suicídio e para tratar as pessoas que com tentativa de autoextermínio como portadores de grande sofrimento. Assim como na sociedade como um todo, é comum depararmos com posturas preconceituosas e discriminadoras em relação àqueles que chegam

ao serviço depois de uma tentativa de suicídio. Importante observar que estudos apontam para a qualificação profissional como auxiliar na prevenção de possíveis reincidências[1,33].

5.1.7 Considerações finais

Estudar o comportamento suicida é um desafio. Traçar o perfil de adolescentes que tentam o suicídio pode ser útil para nos auxiliar no diagnóstico e também no estabelecimento de políticas assistenciais e preventivas voltadas aos jovens, a fim de oferecer apoio tanto aos adolescentes quanto a seus familiares e demais envolvidos. As sequelas que atos suicidas provocam precisam ser tratadas com sensibilidade, pois o custo social não pode deixar de ser considerado.

O tema merece ser discutido sem preconceitos nos mais diferentes contextos. A baixa faixa etária nos leva a crer que a escola, instância significativa da vida do adolescente, aparentemente afastada do problema, deveria também estar envolvida. Pode ser o espaço para a aquisição de conhecimentos que valorizem e deem sentido à vida.

O adolescente que atentou contra sua vida precisa entrar em contato com o significado da tentativa de suicídio. O profissional pode e deve ajudar o jovem, que continua vulnerável, a criar condições de dar sequência à sua vida. Esquecer ou ‘deixar as coisas como estão’ depois de uma tentativa pode deixar o adolescente assustado, com a sensação de abandono e, consequentemente, em grande risco.

Os gestores da saúde pública precisam participar da formulação de estratégias de prevenção e intervenção, que passam pela especialização do profissional que recebe o adolescente que atenta contra sua vida. É fundamental que ele entre em contato com seus preconceitos e dificuldades pessoais para, dessa forma, dispensar um melhor cuidado àqueles que passam pelo sofrimento de por fim à vida.

5.1.8 Referências

1. Avanci RC, Pedrão LJ, Costa Júnior ML. Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem. SMAD, Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog. 2005;1(1).

2. De Leo D, Bertolote JM, Lester D. Selfdirected violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (eds.). World report on health and violence. Geneva: World Health Organization; 2002. p.183-212.

3. Arenales L, Arenales HB, Cruz JP. Autópsia psicológica em adolescente suicida: relato de caso. 2002. Disponível em: http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0502_b.htm.

4. Roy A. Suicide: a multi-determined act. Psychiatr Clin North Am. 1985;8(2):243-50.

5. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Rev. Bras. Psiquiatr. 2010;32(Suppl.2):S87-S95.

6. Botega NJ, Cano FO, Kohn SC, Knoll AL, Pereira WAB, Bonardi CM. Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. J Bras Psiquiatr. 1995;44:19-25.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2008. Uma análise de situação de saúde por suicídio. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

8. Werlang BSG, Botega NJ. Introdução. In: Werlang BSG, Botega NJ (org.) Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 17-18.

9. Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(10):2201-6.

10. Botega NJ, Werlang BSG, Cais CSF, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. Psico. 2006;37(3):213-220.

11. Abasse MLF, Oliveira RC, Silva TC, Souza ER. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2009;14 (2):407-416.

12. Teixeira Filho FS, Marretto CAR. Apontamentos sobre o atentar contra a própria vida, homofobia e adolescências. Rev Psicol UNESP. 2008;7(1):133-151.

13. Marcondes Filho W., Mezzaroba, L., Turini, C. A., Koike, A., et al. Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. Adolescencia Latinoamericana. 2002;3(2).

14. Kapczinski F, Quevedo J, Schitt R, Chachamovich E. Emergências psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2001.

15. Herrel R, Goldberg J, True WR, Ramakrishnan V, Lyons M, Eisen S, et al. Sexual Orientation and Suicidality: a co-twin control study in adult men. Arch Gen Psychiatry. 1999;(56):867-874.

16. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

17. Fischer AMFT, Vansan GA. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. Est Psicol. 2008;25(3):I361-74.

18. Almeida SA, Guedes PMM, Nogueira JA, Almeida J, França UM, Silva ACO. Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa (PB). Rev Eletron Enferm. 2009;11(2):383-9.

19. Sá NNB, Oliveira MGC, Mascarenhas MDM. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. Rev Med Minas Gerais. 2010;20(2):145-152.

20. Sampaio D. Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio. Lisboa: Editorial Caminho; 1999.

21. Bee H. O ciclo vital. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

22. Santos SA, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009;25(9):2064-2074.

23. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlebusch L, Thanh HT. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organ. 2008;86(9):703-9.

24. Macedo MMK, Werlang BSG. Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor. Psicologia Teoria e Pesquisa, 2007 abr-jun;23(2):185-194.

25. Kovács MJ (org). Comportamentos autodestruitvos e o suicídio. In: Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992. p. 165-187.

26. Resmini E. Tentativa de suicídio: um prisma para a compreensão da adolescência. Rio de Janeiro: Reviver; 2004.

27. Jiménes AM, Disotuar IM, Silveira MM, Aleaga MA. Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. Rev Cubana Med General Integral. 1998;14(6):554-559.

28. Mann JJ. A current perspective of suicide and attemped suicide. Annals Internal Med. 2002;136(4):302-311.

29. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. Cad. Saúde Pública. 2006 ago;22(8).

30. Abreu KP, Lima MAD, Kohlrausch E, Soares JF. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2010;12(1):195-200.

31. Teixeira CMFS. Tentativa de suicídio na adolescência. Rev UFG. 2004 jun;6(1).

32. Cassorla RMS. Considerações sobre o suicídio: reflexões suscitadas na apresentação deste livro. In: Cassorla RMS (coord.). Campinas, SP: Papirus; 1991. p. 17-26.

33. Silva VP, Boemer MR O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. Rev Eletr Enf. 2004;6(2):143-152.

5.2 ARTIGO II: AS PERCEPÇÕES DOS ADOLESCENTES SOBRE SUAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO [ADOLESCENT'S PERCEPTIONS ON THEIR SUICIDE ATTEMPTS]

5.2.1 Resumo

A adolescência é o período de transição em que a criança se modifica física, mental e emocionalmente, tornando-se um adulto. A tentativa de suicídio, nessa fase, se mostra como sinal de alarme. O objetivo desse artigo é buscar compreender e interpretar as percepções, as ideias, os sentimentos e as atitudes de adolescentes que tentaram o suicídio em relação ao ambiente familiar e às suas relações interpessoais e afetivas bem como no tocante à motivação e ao planejamento, às consequencias e às medidas adotadas após a tentativa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujos dados foram levantados por meio de entrevistas semiestruturadas com 10 adolescentes, 90% meninas, que deram entrada na unidade de emergência de hospital público. Todos utilizaram drogas psicoativas. Os resultados das entrevistas foram agrupados em oito categorias: as relações interpessoais; o cotidiano; a autoimagem; o contato medicamentos psicoativos e outras drogas; história da tentativa; a percepção, a atitude e os sentimentos dos adolescentes após a tentativa; o acompanhamento terapêutico após a tentativa; a relação com os profissionais de saúde. A ambigüidade de sentimentos, a falta de diálogo e de intimidade e o cotidiano ocioso além da sedação de conflitos, da inabilidade de comunicação e da sensação de não pertencimento foram levantados como importantes condições na vida desses jovens. O presente estudo tem como principal mérito dar voz ao adolescente que tentou suicídio e apresentar a sua percepção sobre o tema. Além de conhecer o problema, precisamos buscar maneiras mais efetivas de intervenção.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio; Adolescentes; Saúde Pública.

5.2.2 Abstract

Adolescence is the transition period in which a child changes phisically, mentally and emotionally, becoming an adult. A suicide attempt during this phase shows itself as a warning sign. The objectve of this article is to understand and interpret their perceptions, ideas, feelings and attitudes towards the family environment and their interpersonal and affective relationships as well as regarding their motivation, planning, consequences and measures adopted after the attempt. This is a qualitative research which had its data raised

through semistructured interviews with 10 adolescents, 90% girls, who were admitted in a public hospital ER. All youngsters used psychoactive drugs. The interview results were grouped in eight categories: interpersonal relationships; everyday life; self-image; contact with psychoactive medications and other drugs; attempt history; perception, attitude and feelings of the teenagers after the attempt; therapeutic follow-up after the attempt; relationship with health professionals. The ambiguity of feelings, lack of dialogue and intimacy and the lack of activities in life as well as conflict sedation, inability of communication and the feeling of not belonging were raised as important life conditions of these young persons. This study's main merit is to give the adolescents who attempted suicide a voice and present their perception on the issue. Besides knowing the problem, we need to find more effective ways of intervention.

Keywords: Suicide attempt. Adolescents. Public Health.

5.2.3 Introdução

O comportamento autodestrutivo na adolescência tem sido objeto de pesquisas e investigações cada vez mais frequentes, apoiadas principalmente pelos altos índices de mortalidade relacionados à violência (homicídios, suicídios e acidentes), com impacto profundo na saúde pública. A partir de estudos localizados, as taxas de tentativas de suicídio são estimadas em 10 a 40 vezes as de suicídio[1] e têm crescido consideravelmente nas últimas décadas, principalmente entre mulheres na faixa etária jovem, 15 a 24 anos[2]. A ingestão de medicamentos ou outras substâncias tóxicas constitui o método mais usual em tentativas de suicídio, sendo o meio empregado em 70% a 95% dos casos[3].

Pesquisas sobre a tentativa de suicídio na adolescência deixam clara a necessidade de uma diferenciação entre questões comuns à fase como conflito de identidade física, psíquica e sexual, sentimentos de tristeza, insegurança ou ansiedade e a presença de fatores de risco nos contextos familiar, escolar e sociocultural em que está inserido o jovem[4-5]. Na literatura, o jovem que tenta o suicídio é descrito como um adolescente com estrutura familiar desorganizada, com certa fragilidade emocional, que comete o ato por causa de desentendimentos amorosos.

Em 90% dos casos a causa identificada registra algum tipo de perturbação mental, sendo que os diagnósticos mais comuns são as perturbações de humor, ansiedade, abuso de substâncias e perturbações de comportamento[6]. Pietro e Tavares[7] revisaram a literatura e verificaram que a presença de fatores estressores é importante fator de risco para a tentativa

de suicídio em adolescentes. Além disso, observaram que aqueles que tentam o suicídio relataram receber menos apoio de sua rede social do que pacientes internados por outras razões.

A adolescência é o período de transição em que a criança se modifica física, mental e emocionalmente, tornando-se um adulto[8]. A opção pela morte surge como a negação do desejo de viver[9]. Neste contexto, a tentativa de suicídio se mostra como sinal de alarme, traduzindo fracasso no processo da adolescência e se contrapondo à essência do existir dessa fase[10].

É preciso, pois, aprofundar os estudos sobre o fenômeno de forma a ampliar o conhecimento acerca de dois temas significativos: a adolescência e as manifestações suicidas nessa fase. Ambos se apresentam como grandes desafios para os profissionais da saúde e da educação, sem deixar de ser, talvez, o mais incômodo problema para pais e familiares. Essas inquietações nos remetem a algumas questões: qual o significado da tentativa de suicídio em adolescentes? Como identificar sinais de alerta de possibilidade de suicídio ou como conhecer e acolher adolescentes potencialmente suicidas? Como prevenir e evitar a reincidência?

O objetivo do estudo é buscar compreender e interpretar as percepções, as ideias, os sentimentos e as atitudes de adolescentes que tentaram o suicídio em relação ao ambiente familiar e às suas relações interpessoais e afetivas bem como no tocante à motivação e ao planejamento, às consequencias e às medidas adotadas após a tentativa.

5.2.4 Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujos dados foram levantados por meio de entrevistas semiestruturadas com adolescentes que deram entrada na unidade de emergência do Hospital João XXIII e foram atendidas pelo Centro de Informação e Assistência em Toxicologia de Belo Horizonte (CIATBH), no período de junho de 2008 a julho de 2009.

A pesquisa qualitativa tem tornado possível a investigação de crenças e atitudes sobre temas delicados que não seriam acessíveis por métodos quantitativos[11]. A pesquisa quantitativa se mostra mais adequada para a análise da magnitude dos fenômenos, enquanto para os pesquisadores qualitativos o essencial é capturar o sentido da realidade, que é dinâmico e construído pelo sujeito, em seu contexto histórico e social[12]. A abordagem qualitativa não possui como objetivo generalizar resultados, mas possibilitar a generalização de novos conceitos e pressupostos na conclusão do estudo[11].

Foram definidos como critério de inclusão: admissão no HPS por tentativa de suicídio, idade entre 12 e 17 anos, utilização de medicamentos como meio de autoextermínio e ausência de comorbidades diagnosticadas previamente à internação.

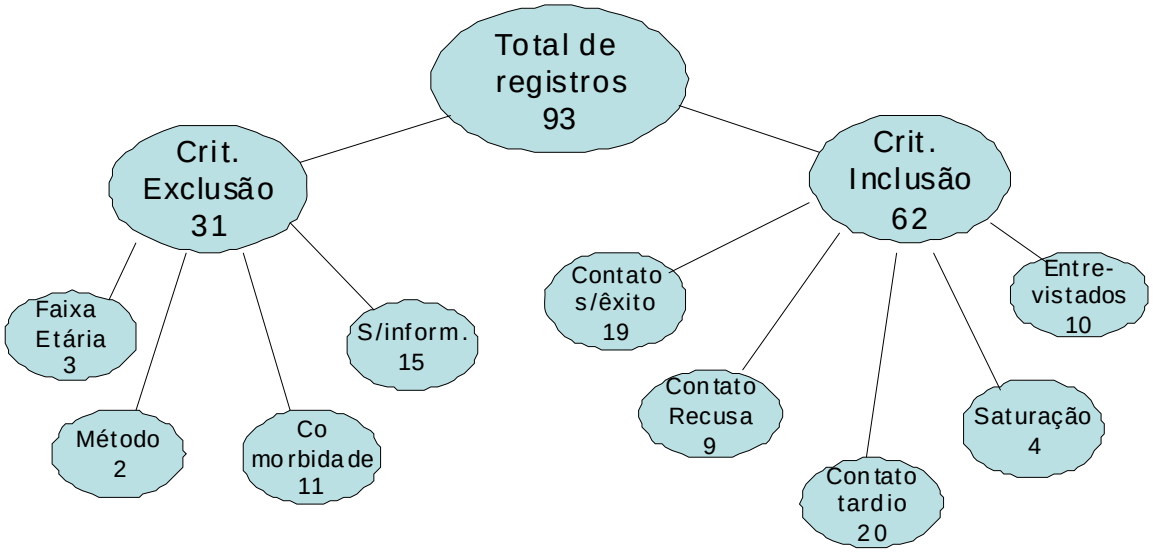
A escolha da idade reflete um período em que existiria suficiente amadurecimento para a condução de entrevista com o próprio adolescente. Supomos que os menores de 12 anos poderiam apresentar maior dificuldade para falar sobre o tema. Definimos o limite superior de idade, para restringir a população a um grupo etário ainda sob tutela da família. Outro recorte da pesquisa foi a exclusão de outros métodos, para aprofundar a compreensão do uso de medicamentos como método. O diagnóstico prévio de comorbidades, como drogadição relatada e desordens neurológicas ou psiquiátricas poderiam interferir na interpretação da relação com o uso de medicamentos.

Foram excluídos, os adolescentes cujos prontuários não continham informações de telefone e endereço, assim com aqueles que recusaram a participação.

A entrevista semi-estruturada foi o método escolhido para a coleta de dados. A entrevista é bastante útil como método de pesquisa para se ter acesso às atitudes e valores dos indivíduos – coisas que não podem ser observadas diretamente ou acomodadas em um questionário formal. As perguntas abertas e flexíveis proporcionam melhor abordagem das visões, interpretações de eventos, entendimentos, experiências e opiniões dos entrevistados[13].

A grande maioria dos casos de tentativa de autoextermínio ocorria por intoxicação exógena e era atendida pelo CIATBH. Todos os casos admitidos na sala de urgência da unidade de emergência do HPS João XXIII por intoxicação exógena, seja ela intencional ou acidental, são também avaliados pelo serviço de psicologia do CIATBH ou pelo psicólogo de plantão. O CIATBH registra todos os casos, mesmo aqueles em que a pessoa e/ou a família não confirma a intencionalidade. Para fins da pesquisa, todos os psicólogos do CIATBH anotaram os números de registros dos adolescentes atendidos, menores de 18 anos. O serviço de psicologia do CIATBH forneceu a relação de números de registros de casos atendidos de junho de 2008 a julho de 2009. Ao todo, foram avaliados 93 prontuários.

O Fluxograma 1 apresenta o processo de seleção dos entrevistados. Foram excluídos 31 pacientes, sendo três por faixa etária, dois por método, 11 por apresentar comorbidade e 15 por não haver informações para o contato. Para os casos que atendiam aos critérios de inclusão foi iniciado o contato telefônico, havendo nove recusas.



Fluxograma 1 - Fluxograma do processo de seleção dos entrevistados.

Na pesquisa qualitativa, o número de entrevistas não é usualmente previsto com antecedência. A delimitação segue ao critério de saturação que, conforme Minayo[12], é o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo. Fontanella et al.[14] chamam a atenção para a complexidade do procedimento que deve ser avaliado em cada fase do levantamento de dados. Este critério foi considerado como atingido após a realização de 10 entrevistas, sendo decidido por interromper a realização de novas entrevistas. A média do tempo de duração de cada entrevista foi de 62 minutos. Durante todo o processo de coleta de dados a pesquisadora fez uso de um diário de campo onde registrou suas impressões pessoais nesses contatos, nas entrevistas e outras informações relevantes.

Para analisarmos as entrevistas foram seguidas as seguintes etapas, conforme proposta de Minayo[12]:

1. Ordenação dos dados: transcrição das gravações, leitura exaustiva do material e organização das observações do diário de campo.
2. Classificação dos dados: determinação das categorias, analíticas e empíricas, estabelecendo os conjuntos de informações relevantes. Nesse momento, os recortes de cada entrevista foram agrupados em unidades de sentido ou temas, buscando compreender e interpretar o que foi exposto como mais relevante e representativo pelo grupo estudado.
3. Análise final: refere-se à compreensão e à interpretação dos dados, agrupados em temas ou categorias, e o estabelecimento de articulações entre os resultados

e a literatura existente, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos.

A análise dos dados nesta pesquisa foi baseada em princípios da Análise do Discurso (AD), que considera além do conteúdo explícito no discurso, seu contexto de produção: quem fala, para quem fala, quando fala, onde fala e de onde fala, isto é, qual o lugar social ocupado pelo entrevistado na relação com o grupo e com o entrevistador. Procurou-se ir além da identificação das concepções e ideias dos adolescentes, para também relacioná-las ao contexto histórico e social em que se expressaram. Ressalta-se, porém, que não foi realizada uma Análise do Discurso *stricto senso*, para o qual seria necessário um maior aprofundamento da situação de comunicação e o "estudo das relações entre as condições de produção dos discursos e seus processos de constituição"[15].

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), em 12 de novembro de 2007, sob o parecer número ETIC 490/07, e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (CEP/FHEMIG), no dia 19 de abril de 2008, sob o parecer número 55/08. Em todas as entrevistas, antes do encerramento, a pesquisadora se colocava disponível para atendimento clínico, não mais para fins da pesquisa.

5.2.5 Resultados e discussão

Os resultados são apresentados em três itens. O primeiro trata da caracterização da população estudada, o segundo diz respeito a possíveis interferências da pesquisadora durante o processo de entrevistas e o terceiro envolve os temas que emergiram após as repetidas leituras das entrevistas.

5.2.5.1 Características da população estudada

Foram realizadas dez entrevistas. Dessas, nove foram com meninas e somente uma com menino. A idade dos entrevistados variou de 13 anos e três meses a 17 anos e nove meses.

O intervalo de tempo médio transcorrido entre a tentativa de suicídio e a entrevista foi de 71 dias, variando de 24 a 150 dias. As duas primeiras entrevistas foram a que tiveram maior intervalo, o que contribuiu para a elevação da média de tempo. Entretanto,

consideramos que tal fato não comprometeu o levantamento dos dados em relação às entrevistas onde o intervalo foi menor.

Observamos uma discrepância que consideramos significativa entre o que foi informado ao socorrista do HPS em relação a tentativas anteriores. Em quatro casos os dados, quando verificados em entrevistas, não coincidiram. Em todos eles existiram mais tentativas que as informadas. Todos utilizaram drogas psicoativas, sendo que dois relataram que misturaram outras categorias de medicamentos. Um não soube informar a droga utilizada. Para melhor visualização, as características principais dos entrevistados foram agrupadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características dos10 adolescentes entrevistados

Nomes fictícios	Idade	Sexo	Número informado de tentativas		Intervalo tentativa e entrevista	Medicamento utilizado
			Prontuário	Entrevista		
Acácia	16 a 4 m	F	1ª	1ª	111 dias	Psicofármaco
Dália	14 a 1 m	F	1ª	3ª	150 dias	Psicofármaco
Hortênsia	17 a 9 m	F	1ª	1ª	39 dias	Psicofármaco
Magnólia	14 a 11 m	F	1ª	1ª	49 dias	Psicofármaco
Margarida	14 a 3 m	F	1ª	1ª	87 dias	Psicofármaco
Perpétua	15 a 8 m	F	2ª	2ª	60 dias	Não soube informar o remédio
Rosa	17 a 4m	F	2ª	4ª	24 dias	Psicofármaco
Tulipa	16 a 3 m	F	1ª	1ª	65 dias	Psicofármaco
Violeta	17 a 5 m	F	2ª	4ª	71 dias	Psicofármaco+ antiinflamatório+ antihistamínico
Jacinto	13 a 3 m	M	1ª	3ª	57 dias	Psicofármacos diversos

Em relação à estrutura familiar, metade dos entrevistados residiam com o pai e a mãe (casados ou amasiados). Tendo como base o local de residência e a atividade profissional dos pais, pudemos inferir que pertencem a classes socioeconômicas menos favorecidas, exceto uma entrevistada cuja mãe possui grau de instrução mais elevado e o pai é produtor cultural. A Tabela 2 mostra os dados referentes às características familiares e socioeconômicas.

Tabela 2 - Características familiares e socioeconômicas dos 10 adolescentes entrevistados

Nomes fictícios	Mãe		Pai		Situação conjugal	Nº de irmãos	Região da residência
	Idade	Atividade/Profissão	Idade	Atividade/Profissão			
Acácia	38 a	Desempregada	40 a	Funcionário público	Separados	2	Leste
Dália	44 a	Gerente de loja	64 a	Fotógrafo	Separados	4	Leste
Hortênsia	49 a	Doméstica	Falecido	Serralheiro	Solteira	4	Barreiro
Magnólia	49 a	Pedagoga	49 a	Produtor cultural	Amasiados	2	Leste
Margarida	38 a	Cozinheira	46 a	Zelador	Casados	3	Noroeste
Perpétua	41 a	Diarista	42 a	Reformador de móveis	Amasiados	3	Centro-Sul
Rosa	37 a	Faxineira	37 a	Pedreiro	Separados	3	Barreiro
Tulipa	33 a	Balconista	50 a	Pedreiro	Amasiados	3	Nordeste
Violeta	43 a	Aux. Serviços gerais	40 a	Servente	Casados	5	Noroeste
Jacinto	39 a	Do lar	39 a	Operador de telemarketing	Separados	1	Oeste

5.2.5.2 Reflexões acerca de possíveis interferências da pesquisadora

Durante as entrevistas, e depois na avaliação das mesmas, observamos algumas questões que consideramos relevantes e devem ser explicitadas pois dizem respeito a possíveis interferências da pesquisadora no processo de construção dos sentidos dos resultados deste trabalho.

Nas primeiras entrevistas, havia maior interferência da pesquisadora, com maior quantidade de perguntas e repostas mais curtas. Tal fato se deveu principalmente à insegurança diante da entrevistada e da abordagem do tema delicado somadas à dificuldade de conseguir uma primeira entrevista e ao receio de não se chegar ao objetivo. Passado o primeiro impacto, podemos notar que as entrevistas foram ficando mais fáceis de serem conduzidas, mais longas e mais ricas em conteúdo. Podemos notar que algumas interferências tiveram o propósito de buscar uma vinculação mais consistente, facilitando a comunicação entre entrevistado e entrevistador.

> Tem mais alguma coisa que você gostaria de me falar, que a gente pudesse conversar?
>
> Eu tenho um roteiro aqui, a gente vai seguindo mais ou menos. Lógico que a sua história é mais importante do que tá escrito aqui. Mas só pra gente ter uma orientação, tá?

> Mas você não acha que às vezes você é pequenininha, não no tamanho, mas você fica frágil pra se ajudar sozinha? Pense...
>
> Não, fala!! Tenho... Esse tenho não é muito convincente, não.

Em algumas entrevistas observamos respostas que podem fazer parecer o "discurso ideal", talvez com o intuito de "agradar" a pesquisadora, aquela que possui o conhecimento:

> Se você tem algum conselho pra me dar, de como eu posso melhorar, de que maneira eu posso melhorar. Tem idéia? (Hortência)
>
> Oh! As menina lá da rua, elas fica mais com cara errado, fica fumando, fazendo esses trem errado e eu já... Antes deu namorar já não gostava disso. Assim, eu converso com elas, eu não faço essas coisas não, mas também misturar com esses negócio, também não gosto não. Elas mexe com droga, sabe, essas drogas? (Tulipa)
>
> Ah, sei lá... Enquanto Deus num tocar no meu coração, mostrar o caminho... (Perpétua)

A pesquisadora apresentou-se como psicóloga que, geralmente é vista como um profissional de ajuda que se propõe a ouvir. O lugar de psicóloga pode ter contribuído para a disposição do adolescente em expor seus problemas e diminuir a possível distância advinda da diferença de faixa etária e condições sócioeconômicas entre entrevistadora e entrevistados.

Entretanto, em geral, o papel do psicólogo não era visto como muito útil. E, apesar de alguns adolescentes chegarem a relatar se sentir bem após a entrevista, reconhecendo a importância de falar sobre suas dificuldades, apenas um continuou o acompanhamento psicoterapêutico com a pesquisadora. Isso revela que a criação de um vínculo mais efetivo não foi possível com a maioria.

> Bom, que eu me libertei, né?... Falei muita coisa que eu não tinha falado com ninguém. (Margarida)

Na mesma direção também observa-se que temas comuns aos adolescentes não surgiram nas entrevistas como, por exemplo, sexo e relato de uso de drogas. Em relação às drogas, tivemos uma entrevistada que relatou já ter consumido bebida alcoólica e outro que falou que já havia fumado. Tal constatação causa certo espanto uma vez que, de acordo com as entrevistas, estavam tão próximos às drogas e delas disseram não fazer uso.

5.2.5.3 Categorias de análise

Os resultados das entrevistas foram agrupados em oito categorias. Algumas foram pensadas previamente (analíticas) e outras percebidas durante o tratamento dos dados (empíricas).

As relações interpessoais

A família é a primeira referencia de grupo na vida de uma pessoa. Os entrevistados disseram gostar e valorizar a vida em família. A maioria convivia com os pais e os irmãos e mesmo com a família estendida (avós, tios, primos), pois muitos moravam no mesmo terreno. Entretanto, quando nos aprofundamos no sentido de família e na natureza das relações pudemos perceber que embora tivessem convivência não compartilhavam intimidade, no sentido de uma ligação marcada por afeição e segurança. Essa falta de intimidade foi percebida durante as entrevistas quando os envolvidos não sabiam falar da vida de seus parentes, o que faziam, o que pensavam, o que sentiam.

> Pelo menos abraçar uma pessoa porque eu não tenho isso. Nunca abracei nenhuma pessoa da minha família, só a N1. Nem meu pai, eu nunca abracei. Meu pai... nunca fiquei sentada conversando com ele... Nunca teve isso. (Margarida)

Reclamaram que na família não existia muito diálogo:

> Ah, eu converso com eles, né, mas da minha vida assim, eu não falo com nenhum deles. (Acácia)

> Minha mãe nunca foi, assim, é... atenciosa, carinhosa, eu sentia falta assim de carinho, toque, e minha mãe não era assim. Aí isso me deixava nervosa. (Dália)

A presença de conflitos, brigas e agressões verbais e físicas foram muito frequentes em todas as entrevistas. Brigar se tornou sinônimo de relacionar e o adolescente pareceu se ressentir disso. Pareceu haver uma dificuldade geral para conversar sobre os problemas e dificuldades enfrentados, resultando em tensão e agressividade.

> Ah, eu e meu pai não dá certo, não... É que ele é muito difícil porque meu pai tem vez que quer me xingar à toa, sabe... sem a gente dar motivo, mas... direto e reto é à toa. Nós num dá certo, não. Ninguém pode dar certo com meu pai... (Perpétua)

Observamos que algumas adolescentes mostraram ambiguidade em relação às agressões sofridas. Essa ambiguidade nos sugere uma forma de aceitar a agressividade como

normal e até mesmo correta. Poderia ser também a maneira de preservar o sentimento pelas pessoas que lhe são queridas e justificar seus atos.

> Ele me agrediu só uma vez, aí... Ah, me deu um tapa que não doeu não. Doeu porque eu fiquei com raiva, que ele nunca tinha me batido... Mais nós se dá bem. Eu sou a filha que ele mais gosta assim. (Rosa)

Para os adolescentes, era difícil conviver com essa violência que comprometia a integridade física e provocava sentimentos com os quais o adolescente parecia não ter recursos para lidar. O padrão de relacionamento marcado por "brigas" apareceu em todas as entrevistas e comprometia a coesão familiar, cuja ausência foi sentida pelos jovens que se queixaram da falta de carinho, do aconchego, das trocas afetivas. Foi também o padrão de relacionamento do casal parental entre si observado nas entrevistas.

> É o meu pai; que ele briga com minha mãe, ele vai no serviço dela com um machado, aí fica me xingando aí eu fico... eu fico... triste. (Margarida)

> Nó, meu pai não pode ver minha mãe chegar que só fica discutindo, os dois só tem que falar pelo telefone, porque... minha mãe lá, nó, é complicado demais... (Tulipa)

Nas entrevistas observamos que os adolescentes percebiam as dificuldades no relacionamento entre os pais e pareciam sofrer com isso, pois se percebiam impotentes para ajudar. Manter a distância foi o que disseram fazer:

> Antigamente, isso me deixava muito triste. Eu ficava super triste mesmo, eu ficava muito triste, eu ficava desesperada. Agora, eu acho que eu me acostumei porque eu acho que... eu vejo de outra forma. Então agora, eu não dou muita importância, sabe? (Magnólia)

Interessante observar que a convivência diária comprometia a qualidade dos relacionamentos. Parecia que a distância física reduzia os conflitos e realçava o afeto. Contraditoriamente, podemos dizer que eles "conviviam melhor à distância".

> Eu dou mais certo com meu pai do que com minha mãe. Só que quando minha mãe mudou eu comecei a dar mais certo com ela que com meu pai. (...) Eu não brigo com meu pai, sabe. Mas ele começou a cuidar demais da minha vida, sabe? (Dália)

No contexto familiar, a imagem da mãe era geralmente positiva. Podemos afirmar que era a figura mais significativa da história de vida de todos os entrevistados. Ao comando "Vou dizer um início de fase e você vai completar com a primeira idéia que lhe vier à cabeça" à afirmação "Minha mãe é..." só obtivemos duas respostas cujos adjetivos não são socialmente reconhecidos como qualidades: "nervosa" e "covarde". A mãe foi percebida como a pessoa mais importante na vida dos jovens, com quem contavam em momentos de dificuldade.

> Ah, me dou super bem com minha mãe. Minha mãe é a única que me entende. Cada coisa que acontece comigo ela sempre chega, conversa, dá carinho. O único conselho que eu escuto é da minha mãe, de mais ninguém. (Perpétua)

Ao longo das entrevistas encontramos afirmações onde mesmo identificando características não muito positivas, há um sentimento de afinidade muito significativo. Os erros das mães pareceram ser perdoados, sugerindo até certa complacência com os problemas maternos.

> Minha mãe também é estressada... Mas eu não trocaria ela de jeito nenhum. (Magnólia)

> Ela não estava dando conta de cuidar de mim, de cuidar do meu irmão, de fazer almoço, de trabalhar, este tanto de preocupação e aí ela foi morar com minha tia. (Dália)

Algumas entrevistas mostram que as adolescentes se identificavam com a figura materna, apontando semelhanças e diferenças. A idéia da ausência da mãe foi vista como um problema. Algumas entrevistas sugerem que o vínculo mãe e filha não era muito saudável. Em uma delas, encontramos uma inversão de papéis, onde à adolescente coube o cuidado da mãe. Em outra, a jovem tentou o suicídio logo após a mãe, sugerindo uma relação simbiótica entre mãe e filha.

> Ah, eu e minha mãe é muito ligada... Eu não me imagino sem minha mãe. Minha mãe é tudo pra mim. (Hortênsia)

> Se ela morrer, acho que eu ia morrer lá também; que eu via ela e começava a chorar também. Ela é a coisa mais importante na minha vida, pra mim. (Rosa)

A mãe era, na maioria dos casos, a guardiã e a usuária dos medicamentos utilizados na tentativa de suicídio. Foi freqüente a citação de problemas maternos como “depressão” e “bipolar”. Os adolescentes pareciam familiarizados com o jargão psiquiátrico.

> Minha mãe tava dopada de remédio lá em casa. (Rosa)

> Porque minha mãe estava com problema de depressão. (Dália)

> Mas porque ela é doente, ela tem depressão, bipolar. (Jacinto)

A percepção da figura paterna foi mais heterogênea. Ao mesmo comando para completar o início de frase com “Meu pai é...” os adjetivos foram os mais diversos como “comédia”, “decepção”, “ignorante”, “bom”, “legal”, “forte”. Para a adolescente órfã de pai, “inesquecível”. Importante ressaltar que um dos entrevistados não soube nem responder. Esse

jovem definiu o que nutria pelo pai como “muita raiva” e a qualidade do relacionamento como “péssimo”. Parecia mesmo ver o pai de forma bem negativa:

> Ele, ele é tipo um jumento, um cavalo, ele é todo fortão assim... Pra mim não é pai não... (Jacinto)

No geral, a figura do pai foi percebida de maneira ambivalente. Sentimentos de afeição foram explicitados, assim como a importância da figura paterna como protetor. A função do pai como transmissor de valores foi observada por alguns adolescentes. Percebemos que alguns adolescentes esperavam que o pai representasse a ordem, a autoridade, por meio de falas que demonstrassem falta ou excesso desse poder.

> Que meu pai, ele é muito criança... Ele não agüenta coisa de família, de ter filhos. (Magnólia)

A entrevistada que teve o pai morto disse sentir a falta dele e pareceu idealizar que sua presença pudesse solucionar alguns dos seus problemas:

> Se o meu pai estivesse vivo eu nem teria tentado me matar, porque eu nem estaria namorando, pra começar. (Hortênsia)

Foi percebido, em muitas entrevistas, um conflito entre o pai ideal ou idealizado e o pai real, muitas vezes ausente, física e/ou afetivamente.

Outro aspecto a ser considerado é que enquanto as mães tomavam “remédio controlado”, os pais se sedavam com a bebida. O relato de abuso de álcool esteve presente em quase todas as entrevistas.

As relações fraternas também não apareceram marcadas pela afeição e confiança. Assim como nas relações parentais, a presença de conflitos e a falta de intimidade eram frequentes entre os irmãos. Notamos pouca integração entre os familiares e pouco conhecimento sobre o dia-a-dia dos irmãos, demonstrando um afastamento tanto físico “meu irmão que não mora comigo” quanto emocional. Também entre irmãos as dificuldades de relacionamento são resolvidas na briga, talvez até por não possuírem outra referência. Mesmo quando havia uma identidade e proximidade, os entrevistados se queixaram da ausência de diálogo:

> Eu sou a única que não conversa com os irmãos, nunca fala com um irmão, nunca dá um abraço num irmão. (Margarida)

> Eles não pode chegar perto de mim não que eles começa a tentar. É uma coisa que fica cutucando eles pra tentar os outros. É a conta deles entrar dentro de casa começa as briga. (Rosa)

> Mas eu tento conversar com meus irmãos, ninguém conversa. Só andava junto, tava eu, ele, só que a gente andava junto e nunca conversou. (Margarida)

Assim como no relacionamento com os pais, a ambivalência e o conflito também estiveram presentes no relacionamento com os irmãos. Ao mesmo tempo em que querem uma aproximação e valorizam o apoio dos irmãos, este é muitas vezes um motivo de atrito.

Quando perguntados “Meus amigos são” as respostas foram “legais”, “poucos”, “meu apoio”, “ótimos”, “bão”, “alegres demais”. Uma jovem, após dizer que havia esquecido a palavra para descrevê-los, afirmou: “tudo... acho que amigo é tudo, né?”. Mesmo quando disseram que têm poucos amigos, estes se mostraram importantes. A confiança pareceu ser fator significativo e marcante nas relações de amizade.

> Aí essa amiga minha, essa D, nó, eu falo tudo; ela também me fala tudo. Que ela eu sei que não conta pra ninguém. (Rosa)

> Eu tenho a minha maior amiga. Ela tem um tanto de problema também. Ela é uma pessoa excelente, ela tem uma luz... Ela me mudou, porque eu era uma pessoa extremamente fechada, não conversava com ninguém. (Magnólia)

Entretanto, o apoio dos amigos não foi constante nas entrevistas. Uma das entrevistadas chegou a afirmar que eles eram “estranhos” e completou dizendo que não gostava das mesmas coisas que os outros adolescentes.

> Porque eu sou diferente. Aí geralmente eu vou pra esses lugares e eu me sinto um peixinho fora da lagoa, entendeu? (Magnólia)

A dificuldade para conversar e compartilhar problemas e dificuldades esteve presente na relação com os amigos:

> Ah, amigo e amiga eu não tenho não, porque amigo é aquele que a gente conta as coisas, desabafa tudo. (Perpétua)

> Ah, em quem eu confio? Ah... eu num confio em ninguém. (Violeta)

A percepção da rede de apoio como o que pode fazer a diferença não foi unanimidade. Mesmo dizendo que tinham muitos amigos eles nem sempre constituíram uma rede de apoio para as situações relativas às tentativas de suicídio. A maioria preferiu não conversar sobre suicídio com os amigos, nem antes, nem depois. Em uma entrevista, a jovem apresentou uma visão bastante crítica das relações de amizade:

> Amiga atrapalha muitas coisas da gente. (Rosa)

O namorado apareceu nas entrevistas com um lugar de destaque na vida do adolescente, era visto como “tudo pra mim”, “maravilhoso”, “ótimo”. Em algumas

entrevistas, a impressão seria que o namorado deveria preencher a lacuna emocional deixada pela má qualidade das relações familiares.

> Ele era o único que me dava atenção, sabe. (Perpétua)

> O único braço que eu tinha pra chorar era o dele, e eu chorei demais no ombro quando eu estava nervosa assim. (Dália)

Porém, notamos que, também com os namorados a falta de diálogo e a resolução de conflitos com briga foram comuns.

> Ah, ele é ótimo, né? Só que, como todo casal, a gente brigou. Ele nem sentava pra me escutar, por isso a gente sempre brigava. (Hortênsia)

> Quando eu tô nervosa, não consigo me controlar. Aí eu peguei, avancei nele, aí ele tentou me segurar, e coisa e tal, ele me machucou. Aí eu peguei a faca e enfiei no braço dele. (Hortênsia)

Observamos que os adolescentes com história de tentativa de suicídio apresentaram relações interpessoais conflituosas. Questionamos, então, até que ponto isso seria um aspecto comum a todos os adolescentes, no mesmo contexto social e histórico, ou se seria um fator associado ao risco de tentativa. Cerveny[16], Walsh e MacGoldrick[17] e Neuburger[18] observaram que a família é o principal grupo onde o comportamento de cada membro é interdependente do comportamento do outro membro. Bee[19] chama a atenção para o fato de que as relações com os pais podem passar a ser conflitantes no período da adolescência.

Aberastury e Knobel[20] autores do conceito da ‘síndrome normal da adolescência’, consideraram a adolescência como um período de desequilíbrios e instabilidades extremas, configurando um estado semipatológico que é “perturbada e perturbadora para o mundo adulto, mas [...] absolutamente necessária para o adolescente, que nesse processo vai estabelecer sua identidade, sendo este um objetivo fundamental deste momento da vida”. Tal visão não foi compartilhada por Bock[21] que apresentou uma crítica contundente à postura da psicologia que naturalizou e universalizou a adolescência, considerando-a uma fase natural, sempre difícil, do desenvolvimento. Para a autora, isso em nada tem contribuído para a valorização do adolescente e da juventude, e reforça a ausência de políticas sociais direcionadas a essa parte da população, sendo necessárias medidas que se construam a partir de referenciais mais positivos dessa etapa de vida.

Na literatura encontramos vários autores que consideram que as perturbações na relação entre pais e filhos e a falta de estrutura familiar tem relevante papel no desencadeamento de comportamentos suicidas. A manutenção da situação de violência

doméstica e a existência de um clima de tensão e hostilidade familiar se tornam fatores que podem contribuir para a tentativa de suicídio na adolescência[3,22-25].

Resmini[3] afirma que as trocas e as inversões de papéis paterno/materno, o apagamento da fronteira entre gerações, alianças e conluios entre os membros, segredos ou falhas na comunicação, rigidez com inabilidade para administrar as crises, todo esse conjunto pode ajudar a desencadear uma crise suicida. O uso de drogas e álcool pelos pais, ou a depressão de um deles, acaba impedindo-lhes de continuar exercendo sua função, sendo uma delas colocar os limites necessários para a estruturação da vida dos filhos com afetividade e diálogo. Nossos achados corroboram tais afirmações.

Nossos entrevistados disseram conviver em meio à violência intrafamiliar. Devemos, porém, considerar as afirmações de Coelho[26] que trouxe reflexões ao estudar famílias em situação de pobreza. Para a autora as famílias que se encontram nesse contexto se sentem pressionadas entre o que se espera delas como "agente socializador" e o que é capaz em função das condições precárias de vida. Além disso, se encontram constantemente estressadas uma vez que a luta pela sobrevivência ocupa um lugar constante na dinâmica familiar, o que às vezes pode gerar violência. Em consequência, podemos encontrar mais situações de conflitos, abuso, exploração e exclusão. Por fim, observou que tal situação enfraquece as redes de afeto e a sociabilidade, comprometendo valores culturais, fragilizando o grupo familiar e a subjetividade de seus membros. Não podemos afirmar que todos os nossos entrevistados estejam incluídos nesse perfil de pobreza, mas a maioria parece ser menos favorecida sócio, econômica e culturalmente. Entretanto, também observamos que a violência intrafamiliar assim como o abuso de substâncias permeia todos os estratos sociais, não sendo exclusividade de classes menos favorecidas, como a autora pareceu sugerir. Podemos pensar que talvez em classes mais favorecidas sejam menos evidentes por serem mais camuflados.

Gremes[27] ressaltou a função dos pais como suportes afetivos e identificatórios. Como as relações com os namorados também foram marcadas pela violência, podemos nos perguntar se não estariam repetindo o que aprenderam no seio familiar.

A ausência de diálogo foi muito marcante nas nossas entrevistas. Watzlawick et al.[28] lembraram que é impossível não se comunicar e que mesmo quando ocorre a ruptura do diálogo no sistema familiar, a busca da comunicação continua acontecendo. Vários autores[3,10,29] falam da mesma tendência, portanto, entendem a tentativa de suicídio como uma forma de comunicação, como um grito de socorro. Dificuldades de relacionamento e comunicação, a angústia crescente, ausência de afeto e falta de apoio familiar podem estar na

origem de ideias suicidas devido à importância da família no desenvolvimento do ser adolescente.

Todo ser humano, principalmente na adolescência, necessita “pertencer”, possuir forte ligação a algum grupo, a uma comunidade, a uma família, porque esse sentimento protege o indivíduo do suicídio, impedindo sensações de solidão e desesperança[30]. Pudemos perceber a solidão e a desesperança, além de rejeição e exclusão nesses adolescentes que entrevistamos.

O cotidiano

O cotidiano descrito pelos jovens entrevistados se mostrou, de maneira geral, pobre em eventos. A rotina se resumia a ajudar nas tarefas domésticas e ir à escola. As opções de lazer eram escassas, sendo descritas como ficar na rua com os amigos.

A ociosidade foi marcante na maioria das entrevistas, como no relato abaixo de uma adolescente que tem uma filha de um ano e dois meses:

> Eu acordo de manhã, levo minha menininha pra escolinha, volto e vou dormir. Durmo até 11 horas, acordo, arrumo casa, faço o que eu tenho que fazer lá dentro de casa, não saio, vou ver novela, da novela eu vou buscar os menino... (Rosa)

Apenas uma adolescente declarou exercer alguma atividade remunerada, não regular e no mercado informal. A atividade física não parecia ser praticada com frequência pelos entrevistados, embora os que afirmaram praticar disseram gostar.

Nas entrevistas, a vida dos jovens pareceu estar sem muitas perspectivas em relação ao planejamento do próprio futuro. A escola, que de alguma maneira está ligada à adolescência, uma vez que o período é visto como o de preparação para a vida adulta, parecia não ser muito valorizada pelos entrevistados e suas famílias.

> Gostar de estudar, nem tanto, mas... matar aula, não. Eu vou na aula, faço as coisa. Eu já tô lá mesmo... (Jacinto)

Em alguns momentos, notamos que a educação formal parecia ter algum valor e se apresentava como uma possibilidade de mudança de vida.

> Eu falei: então eu não quero ir mais pra escola não. Mas só que eu arrependo muito, quero voltar. (Rosa)

> Mas eu queria fazer alguma faculdade. (Hortênsia)

> Assim que eu formar tudo vou fazer um curso. (Tulipa)

No nosso entendimento, à escola também cabe a formação dos jovens, além da transmissão de conhecimento. É o lugar onde os jovens passam grande parte do seu tempo e estabelecem relações com seus pares. Questinamo-nos se o pouco entusiasmo com os estudos não advém também do ambiente escolar, uma vez que os entrevistados mostraram uma visão bem crítica da escola. Também no ambiente escolar, notamos a presença de conflitos e brigas.

> Professor falta mais que a gente, tem professor que é muito ignorante, os alunos da minha sala são muito bagunceiros, matam aula, quando ficam dentro de sala que a coordenadora põe, ficam gritando o tempo todo, atrapalha a gente estudar, então eu acho muito desorganizada a escola. (Hortênsia)

O que nos chamou a atenção nas entrevistas foi a ociosidade entre os jovens entrevistados, a falta de entusiasmo com a escola, além da ausência de perspectivas em relação ao futuro. A adolescência poderia trazer consigo algum entusiasmo pela vida, assim como certa preocupação com o futuro. O fato de não demonstrarem interesse com o que está por vir pode ser sinal de depressão[31]. Sukiennik e Salle[32] ponderaram que a adolescência é um período mais vulnerável à instalação da sintomatologia depressiva e como o suicídio seria a consequência mais grave da depressão. Alertaram para a necessidade de a escola estar atenta às diversas manifestações emocionais e comportamentais apresentadas pelos alunos. Na visão de Macedo e Werlang[33], o funcionamento psíquico do suicídio diz respeito à ruptura de investimentos na vida que vai tomando um foco cada vez mais estreito. Muitos autores consideram o suicídio o fato mais relevante do quadro de depressão em adolescentes, com incidência variando de 45 a 70%[3,34-37].

Nossos estudos mostraram adolescentes com uma vida ociosa. Não podemos assegurar que a ociosidade não seja característica dessa população. Musa e Costa[38] realizaram um estudo qualitativo com 24 adolescentes alunos de escola pública de 13 a 17 anos de idade, em duas cidades satélites do DF. Os autores verificaram que a ociosidade é norma, que os espaços de lazer são escassos e que quando existem, são foco de violência e outros riscos.

Quando perguntados Eu queria, que pode nos falar de perspectivas de futuro, uma das entrevistadas não conseguiu responder afirmando “Deixa eu ver... Não vem nada...” Outra, quando perguntada O futuro será outra afirmou “Ah... O que vier pra mim tá bom no futuro”.

No que tocante à falta de perspectivas para o futuro, Viñar[39] (p. 3) afirmou que se os referenciais dos adolescentes são inseguros ou imprevisíveis, os mesmos se consomem em uma realidade evanescente que não deixa marcas, moldando um protagonismo do imediato,

do instantâneo. Dessa forma, tecer a sintaxe entre passado e futuro se torna problemático e o sentimento de descontinuidade e fragmentação da experiência pode ser grande. Ao invés de perceberem o futuro como um projeto, ele aparece como desconhecido, sem promessa e desolador. Essas observações auxiliam a compreensão de nosso achados.

A autoimagem

Um aspecto que nos chamou muito a atenção durante as entrevistas foi a percepção que os entrevistados têm de si mesmos. As respostas à questão “Eu sou” foram: “quieta”, “inteligente”, “bonita”, “esperta” e “pequeno”. Cinco entrevistadas deram seus nomes como respostas, mas no desenrolar das entrevistas foram se posicionando e deixando transparecer a imagem que têm de si mesmas.

Definir a si mesmo não é tarefa fácil. Inicialmente, os entrevistados hesitaram em responder. Pode ser que não se sentissem a vontade com a entevistadora. Isso poderia significar também um distanciamento de si que gera, consequentemente, desconhecimento de si.

Depois de estimulados, começaram a falar e relataram algumas de suas características pessoas classificando-as como qualidades ou defeitos.

> Sei lá, quem que eu sou? Eu não sei quem que sou eu não... Eu sou uma pessoa legal, não sou boa de papo, sou educada, amorosa... Muito carinhosa também. Só. É só. (Rosa)

Entretanto, em vários momentos das entrevistas, especialmente quando as perguntas não eram direcionadas para esse objetivo, os adolescentes apresentaram uma autoimagem negativa, algumas vezes marcada pelo excesso, com ausência do senso de valor próprio e confiança em si mesmos, assim como falta de capacidade de buscar ajuda.

> Eu acho muito fraca porque não consigo parar de chorar, qualquer coisa eu choro. (Margarida)

A autoestima rebaixada apareceu como pano de fundo nas tentativas de suicídio. Uma das entrevistadas, mostrando interesse pelo tema, quis saber sobre outros jovens entrevistados:

> O que tem mais? Baixa de auto-estima? (Magnólia)

Também observamos sentimentos de inadequação e de não pertencimento. Os entrevistados disseram se sentir diferentes dos seus pares. Os motivos declarados foram diversos, algumas vezes realçando o fato como qualidade e outras como algo negativo. Essa

sensação de ser diferente fez com que uma das entrevistadas declarasse se sentir “Um peixinho fora da lagoa” explicitando seu sentimento de inadequação por ter gostos diferentes dos de seus pares. Outros entrevistados também declararam se sentir diferentes, com essa sensação trazendo consequências para suas vidas e revelando pontos de tensão, inclusive relativos à vida familiar.

> Ah, em tudo, elas faz coisas diferente do que eu faço, da convivência entre os irmãos... Acho que é muito diferente. (Rosa)

> Que a maioria dos meus colegas usa droga. E eu não. Aí, isso, já torna a pessoa diferente, muito diferente. Aí, são muito diferentes... O modo de falar, tudo. (Jacinto)

Ao longo do nosso trabalho, temos dado ênfase às dificuldades de diálogo. Este foi outro ponto que nos chamou a atenção — a inabilidade para a comunicação. Alguns jovens afirmaram que não gostavam de conversar por sentirem dificuldades, não gostavam de falar de si.

> Não é que eu não goste de conversar. É que eu tenho dificuldade em conversar. (Jacinto)

Sabemos que vários aspectos influenciam o processo do adolescer, entre eles a família e a sociedade. Estes caminham junto aos processos biológicos, podendo influenciar de forma positiva ou negativa na formação da nova identidade do indivíduo[40]. A adolescência como fase do desenvolvimento humano é um período marcado pela redução da autoestima, principalmente nos primeiros anos[8,19,20,41]. Nesse período, o sentimento de inadequação poderia tanto ser característica de um transtorno de personalidade tipo borderline quanto característica comum em adolescentes[42].

Por outro lado, características pessoais como ausência do senso de valor próprio, da confiança em si mesmo, da capacidade de buscar ajuda, flexibilidade para aprender coisas novas e habilidades para a comunicação são vista como fatores de risco para suicídio[43].

A desesperança e o desamparo podem ser responsáveis por uma autoimagem pobre e por dúvidas com relação à sua capacidade de influenciar e construir o próprio futuro. A frustração que sobrevém dessa situação leva a um sofrimento psicológico intenso, onde a única saída é a morte[42]. Nossos achados concordam com essas afirmações.

O contato com medicamentos psicoativos e outras drogas

Todos os adolescentes tiveram acesso aos medicamentos utilizados na tentativa de suicídio dentro de sua própria residência. Pelos seus relatos, vários familiares, especialmente as mães faziam uso de medicamentos psicoativos. O uso de medicamentos para dormir era bastante comum nas famílias.

Em algumas situações, o primeiro contato da adolescente com essas substâncias acontecia por orientação da própria mãe. O trecho abaixo relata a primeira das cinco tentativas de suicídio da jovem:

> Sei lá, uns três anos atrás, Eu... Eu lembro que eu tinha saído com uma amiga, tinha matado aula e bebido... eu acho que a bebida fez um trem comigo que eu não estava conseguindo dormir. Minha mãe me deu um pedacinho de um remédio dela para dormir, Rivotril. Aí eu dormi. No dia seguinte, quando eu acordei, eu não lembro. Acho que eu acordei e já armei o circo. Sem consciência, eu acho que eu tomei uns sete comprimidos. Mas aí... (Dália)

A facilidade de acesso ficou evidente. Entretanto, alguns entrevistados relataram algum esforço da mãe para dificultar esse acesso:

> Minha mãe queria esconder, mas eu disse para ela não adianta esconder de mim Qualquer pessoa, quando a gente quer alguma coisa, não adianta que ela vai fazer. (Magnólia)

A existência de alguém próximo que usava medicamentos psicoativos foi constante, não necessariamente na família. Uma adolescente usou a medicação da amiga que tinha diagnóstico psiquiátrico de depressão.

Outra observação importante foi a existência de retroalimentação no processo de utilização de medicamentos psicoativos. Ao serem encaminhadas para o tratamento após a tentativa de suicídio, tanto as entrevistadas como seus familiares recebiam a prescrição de medicamentos.

O uso da medicação prescrita pelo psiquiatra acontecia de forma irregular, revelando talvez certa desinformação sobre a finalidade da mesma. Algumas vezes, esses medicamentos foram utilizados na tentativa de suicídio. Uma das adolescentes disse ter utilizado os remédios que foram receitados para a irmã, que já havia tentado o suicídio usando medicamentos, “umas seis vez já”.

> Porque ela fazia controle, que ela tomava remédio, encaminharam ela pra tomar remédio. (Tulipa)

O abuso de álcool envolvendo familiares próximos apareceu em todas as entrevistas e em todas notamos que se constituiu em problema para o adolescente. O trecho abaixo revela a excepcionalidade de adolescentes não gostarem de bebida alcoólica:

> Tanto é que o meu irmão, **na idade dele, 17 anos, eu também... a gente tem horror de bebida;** meu irmão também não bebe, ele detesta, eu acho que com a T. também vai ser a mesma coisa... Sei lá, eu não gosto. Eu não consigo... Nem se eu gostasse, eu tenho um trem. Meu irmão também não bebe, de jeito nenhum. Deve ser por causa disso porque a gente é filho e a gente já sabe como é que fica e não quer isso pra gente de jeito nenhum. (Magnólia)

Outro ponto que não podemos deixar de abordar diz respeito ao contato frequente e próximo que os adolescentes entrevistados disseram ter com as drogas ilícitas. Para uns o fato de não consumirem drogas é um valor e os faz diferentes de seus pares. Para outros, a convivência com usuários não é problema, desde que eles não façam uso na sua presença.

> [...] mas ele nunca... usou droga na minha frente. (Perpétua)

> Mas lá é seguro, não tem droga, não tem bebida... (Perpétua)

Percebemos que o fato de não fazerem uso é que foi reforçado, mesmo tendo um contato direto. É provável que o uso de drogas pelo próprio adolescente não tenha aparecido nas entrevistas por ser considerado um comportamento inadequado pela sociedade, representada ali pela entrevistadora. Todavia, duas entrevistadas admitiram ter familiares envolvidos com drogas, inclusive com irmão preso por tráfico.

> Essas coisas, você sabe, que agora é do mundo, né. Mexe com droga... Esses negócio aí. (Perpétua)

> Meu irmão, esse mais velho que eu, ele mexe com drogas. E meu pai mexia. Só que meu pai era mais calmo. (Hortência)

Shneidman[44] considerou que o objetivo do suicídio é cessar a consciência. No nosso estudo em todos os casos foram utilizados medicamentos psicoativos que têm entre suas características mudar a percepção, o humor, o comportamento e a consciência, posto que agem principalmente sobre o sistema nervoso central. A familiaridade, a elevada frequência e facilidade de acesso a medicamentos psicoativos foi um dos achados mais relevantes do nosso estudo.

A correlação entre as tentativas de suicídio e a facilidade de acesso a meios e métodos de suicídio foi verificada em vários estudos[45-48] até mesmo pelo estímulo da mídia à medicalização e à automedicação. Profissionais ligados a prevenção do suicídio, entre eles Bertolote[49] consideram que a redução da disponibilidade e o controle do acesso a

medicamentos trouxeram significativos resultados na redução das taxas de suicídio, mesmo que muitas vezes não tenham sido introduzidos por esse motivo.

Mendonça et al.[45] chamaram a atenção para a necessidade de conscientização social em relação ao modo de utilização dos medicamentos. Sugeriram políticas educacionais de esclarecimento incluindo os profissionais de saúde, principalmente os prescritores. Os autores alertaram para os perigos da automedicação que para eles está associada a estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica.

Atrelamos a essas considerações a percepção de que vivemos numa sociedade onde as manifestações dos sofrimentos humanos ganharam status de doença. Numa reflexão sobre o assunto, Cruz[50] afirmou que a legitimação social do que ela chamou de uma "nova psiquiatria", instrumentalizada pela farmacologia e pelas neurociências, vem ganhando força no manejo de sintomas considerados antissociais como indicativo de doença. Em outras palavras, com o que não conseguimos lidar no contexto social, como os incômodos da alma, diagnosticamos como doença e criamos uma droga, medicamos. No nosso entendimento, tal postura diz respeito à tendência ao imediatismo que a cultura atual se instaurou em detrimento da idéia de processo.

A adolescência é um período de maior vulnerabilidade para a experimentação, uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas. O sentimento de onipotência, comum na adolescência, pode fazer com que os jovens não consigam mensurar adequadamente os riscos aos quais se expõem. O adolescente experimenta o cigarro, o álcool e as drogas, pois "todo mundo bebe", "é divertido", "ajuda a relaxar", "ajuda a esquecer os problemas"[51]. Em nossas entrevistas foi possível perceber que o contato próximo com usuários de drogas, especialmente o álcool, foi uma constante. Essa facilidade de acesso somada à fragilidade emocional e à falta de um suporte social nos fazem supor que os adolescentes não deixaram transparecer as próprias experiências, provavelmente por receio de recriminação de seu comportamento. Isso reforça também a percepção da dificuldade de comunicação e busca de ajuda desses jovens.

Esse dado nos preocupa pois diversos autores têm relatado a associação entre o uso de drogas e a ideação suicida[51-53].

Bailador-Calvo et al.[52] investigaram as condutas suicidas e o uso de drogas e álcool em jovens alunos dos últimos anos das escolas secundárias em Montevidéu, evidenciando que de 33% dos jovens relataram consumir álcool frequentemente e 28% algum tipo de droga. No mesmo estudo, 27% dos jovens revelou ideação suicida.

Lopéz et al.[53] constataram, no México, que o consumo de álcool e drogas constitui importante fator de risco em jovens com ideação suicida, e que esta se apresenta com mais frequência entre os estudantes que ingerem medicamentos por prescrição médica.

A história da tentativa

O relato dos adolescentes evidenciou grande dificuldade para falar e refletir sobre o ato da tentativa de suicídio e compreender o que aconteceu.

> Eu não sei. Eu não sei o quê que aconteceu comigo, eu não sei porquê que eu tentei. Eu não sei. (Dália)

> Eu acho que... mexeram no meu cérebro, eu fiquei burro. (Jacinto)

> Fala mais alto, fica falando umas coisa lá assim Parece coisa do demônio, sabe? (Violeta)

Algumas falas foram bem significativas e nos remeteram ao que pode estar acontecendo com essas jovens quando do ato em si:

> Tava nervosa, confusa, eu peguei tomei os remédios do meu pai, só que era remédio que não adiantava bosta nenhuma, e eu cortei o pulso... Eu fui tentando, machucando e não cortava. Aí eu peguei, desisti, liguei pro meu pai e ele me busco. (Dália)

Essa declaração é de uma jovem descrevendo uma tentativa posterior à que motivou a entrevista. Ela primeiro tomou os remédios do pai diabético. Como não obteve o efeito desejado, tentou a cortar os pulsos com estilete. Mas o que chama a nossa atenção é a volatilidade da ação “desisti” e a normalidade com que parece seguir a vida, por assim dizer:

> Eu tomei remédio aí eu comecei a passar mal aí eu vomitei... desisti, liguei pro meu pai e ele me buscô. (Dália)

Nem todos os entrevistados confirmaram que tentaram o suicídio. Uma das entrevistadas afirmou que não foi tentativa. Reforçou sua argumentação pelo fato de já ter tido contato com a tentativa de suicídio de uma tia e estabeleceu a diferença.

> Foi, não foi tentativa, foi tratado como tentativa de suicídio mas não foi... Porque eu tenho uma tia que já tentou, e ela tomou uma caixa inteira e ela não morreu. Então eu sabia. Eu tomei foi dois... Porque eu queria dormir. Porque eu tava me sentindo muito pressionada. (Magnólia)

Todavia não foi comum encontrarmos adolescentes que tentaram o suicídio e tinham o nível de clareza e objetividade dessa jovem. Vale ressaltar que ela era de uma classe

socioeconômica diferente dos outros entrevistados, estudava em escola particular, a mãe é professora pós-graduada e morava em região mais favorecida.

Essa não foi a única adolescente a declarar que queria apenas dormir para se afastar dos problemas que estava enfrentado. Outro adolescente declarou ter tomado os remédios para dormir a fim de se livrar de passar o domingo na igreja, atividade da qual disse não gostar. Note-se que não é claro o limite entre a intenção de dormir mais profundamente e o desejo de morrer:

> Aí, eu pensei, se eu dormir ela não vai conseguir me acordar até a hora de dar tempo de ir, aí, eu não vou. **Mais só que eu tomei e depois eu fui lá e tomei mais**. (Jacinto)

A sensação de solidão e o sentimento de tristeza também apareceram em muitas entrevistas. Pareceu-nos que a falta de perspectiva contribuía para que os adolescentes atentassem contra si:

> Ah, acho que quando você tá mais sozinha, assim, sem ter nada pra fazer, em casa, sozinha... Elas vêm assim... Pensei em terminar com a minha vida. (Acácia)

> Eu fiquei pensando assim: já que eu não ia mais ver minhas amigas, mais ninguém, eu falei, então eu vou me matar. Falei que ninguém gostava de mim, ninguém conversava comigo, para que que eu ia ficar? (Margarida)

O planejamento antecipado da ação parece não ter acontecido em nenhum dos casos avaliados, o que nos sugere que as tentativas de suicídio foram marcadas pela impulsividade. As entrevistas nos mostraram que os jovens pareciam ser movidos por emoções com as quais lhes faltavam recursos para lidar:

> Deu na hora essa idéia... Foi um impulso mesmo, na hora. (Margarida)

> Assim, às vezes quando a gente tá muito irritada, a gente pensa, sabe? (Magnólia)

> Mais na hora da raiva a gente não sabe o que que acontece. (Rosa)

A impulsividade e o não planejamento do ato não significam, porém, que a tentativa de suicídio foram pontuais, ou um acontecimento isolado. Pelo contrário, foram frequentes o relato de ideação suicida e a repetição das tentativas:

> Pensar eu já tinha pensado, mas foi a primeira vez que eu fiz. (Acácia)

> Acho que todo mundo pensa: ah, eu quero morrer, eu quero morrer, mas depois passa. (Magnólia)

> Eu... Tem que vez que sim, tem vez que não. Tem vez que eu arrependo, tem vez que eu não. Quando eu brigo lá em casa, com a minha mãe assim, noh... eu falo assim, eu penso: ah, porque naquele dia eu não morri?

Conflitos de relacionamento foram apontados como a motivação mais comum. A briga, avaliada como um padrão nos relacionamentos, apareceu tanto quando a crise foi com o namorado, quanto quando foi com um familiar:

> Aí nós discutiu, ele terminou comigo, aí eu fui e tomei remédio... (Perpétua)

> Eu penso assim: se eu morrer não vai ter ninguém pra me atentar.... aqui da terra. (Violeta)

Todos afirmaram que não deixaram bilhetes. Mas não se pode dizer que não havia uma intenção de comunicação, uma mensagem para alguém. Um dos adolescentes relatou que numa das vezes avisou a mãe:

> Uma das vezes, eu tomei e falei com ela. É, **eu falei que ia morr**er. Falei: '**cê vai ter tipo uma surpresa**', eu falei tipo assim, com ela. Só que ela nem desconfiava que eu ia fazer isso. Mas depois ela viu eu dormindo no quarto... (Jacinto)

Em outra entrevista podemos perceber que a comunicação da intenção é feita de forma implícita ou mesmo através da negação. De certa forma, a adolescente avisa ao namorado e à avó:

> Eu falei assim: pode ir que eu não vou fazer nada não... Aí foi só ele virar as costas, fui procurar o remédio e tomei... **Eu fui lá em baixo e perguntei pra minha avó: ô vó, foi você que guardou os remédios da minha mãe?**.. Eu fui e achei e tomei. (Rosa)

Não observamos uma preocupação com a avaliação das consequências, dos riscos. Para duas entrevistadas, o contato com outras pessoas que tentaram o suicídio anteriormente foi a garantia de que nada mais grave poderia lhe acontecer. A maioria dos adolescentes parecia não conhecer em profundidade os medicamentos e os riscos da superdosagem. Queriam "morrer por um tempo", mas poucos disseram que queriam morrer de fato e, menos ainda, que permaneciam com essa vontade após a tentativa.

> Minha irmã mais velha, a V, ela tomava esses remédio. Aí, eu fui no embalo dela tomar remédio, porque ela tomava esse remédio e não acontecia nada com ela, né... Tipo que **eu queria tomar remédio, ficar um tiquinho internada**, voltar... (Tulipa)

> **Eu tinha certeza de que eu não ia morrer**, eu tinha certeza. E na hora que eu tomei eu tinha certeza que não ia acontecer isso, sabe? Não iam me levar para o Pronto Socorro, ia ficar tudo bem. Eu só queria alguma coisa que me apagasse naquele momento. Porque se eu não apagasse... porque eu tava muito nervosa. Eu

> tava sozinha em casa, meus irmãos tavam na escola, eu não tinha ido na aula nesse dia. (Magnólia)

Uma das adolescentes foi mais enfática, mostrando que, em alguns momentos, o desejo de morrer é bem evidente:

> Eu queria morrer, eu tinha que conseguir. (Dália)

Percebemos que a tentativa de suicídio é marcada pela impulsividade e inconsequência, devido à sensação de solidão, desesperança e desistência. Pelas nossas entrevistas, não podemos dizer com certeza se o adolescente quer de fato morrer ou não. Pareceu-nos que querem se ausentar por um tempo dos problemas com os quais não conseguem lidar e que na maioria das vezes dizem respeito a conflitos nas relações interpessoais.

Na literatura observamos um debate a este respeito. Enquanto o senso comum costuma dizer que a tentativa de suicídio é somente para "chamar a atenção", os autores Macedo e col.[33], Resmini[3], Kovács[29] e Cassorla[54] dizem que a tentativa de suicídio é sim uma forma de comunicação, um chamado às pessoas que estão no seu entorno para que prestem atenção às suas necessidades. Assim agem por estarem em sofrimento, buscando amor e valorização pessoal e não saberem outra maneira de conseguirem.

Para Resmini[3] as tentativas de suicídio podem ser consideradas como formas específicas de atuação, comunicação típica da adolescência e, nelas, o indivíduo executa um ato como se fosse expressão motora de um conflito psíquico que não foi convertido em pensamentos e palavras. As ações substituem as palavras como forma de comunicação.

Eslinger e Kovács[55] sugeriram que na tentativa de suicídio, "o sujeito quer morrer só um pouco", na ilusão de que o ato transforme sua vida, fazendo com que as pessoas passem a se importar mais com ele. Perguntamo-nos se não seria o sono uma morte por um tempo. Não sem sentido, dizem que Shakespeare afirmou ser o sono o prenúncio da morte.

Muitas vezes o adolescente nega a intenção suicida por se sentir envergonhado e culpado. No momento que antecede o ato é comum se sentir confuso e transtornado. Este seria um dos motivos pelos quais o planejamento é raro. A maioria dos casos acontece em consequência de um impulso súbito, mesmo que anteriormente pensamentos suicidas já tivessem aparecido. Stengel[56] advertiu que casos de autoenvenenamento ou autoferimento potencialmente perigoso devem ser vistos e atendidos como ato suicida, mesmo que a vítima não explicite essa intenção, exceto nos casos de indícios evidentes que não deixam margem de

dúvida. Esse contexto é potencialmente perigoso, pois o adolescente crê que o que fez pode por fim à sua vida, ele acredita no caráter letal do método.

Não se pode considerar que todo ato impulsivo praticado por um jovem é um atentado suicida. Goldentein[57] considera que uma das características do adolescente é a capacidade de manejar o tempo de acordo com seus interesses e, nesse sentido, seu tempo é atípico: é tudo ou nada, agora ou nunca, o que favorece a concepção de uma situação sem saída e um agir que o autor considera que pode ser chamado de patológico. Assim, em um momento de desespero, como o adolescente não consegue manter a calma e pensar no tempo como um auxílio, ele pode agir impulsivamente.

A percepção, a atitude e os sentimentos dos adolescentes após a tentativa

Nas entrevistas foram abordadas questões relativas a mudanças ocorridas na vida do adolescente após a tentativa e o que poderia ser feito para ajudar a evitar outras tentativas. Foi percebido que a tentativa constituía ao mesmo tempo uma manifestação de desesperança e um pedido de ajuda. Alguns adolescentes relatavam receber mais atenção após a tentativa:

> Antes ela perguntava, mas não perguntava tanto... Agora ela... Dá a maior força. (Hortência)

> Ele tá mais apegado comigo. (Tulipa)

> Minha mãe mudou o jeito dela, assim... (Violeta)

Havia também manifestações de arrependimento e do desejo de “tirar essas ideias da cabeça”.

> O que você ganha com isso? Isso que ficam falando. [...]Muita gente chegou pra mim conversando... Ah, parece também que Deus também, sabe, falou: isso não pra você não. Eu to muito nova, né, tenho que aproveitar mais minha vida, né, tenho que dar valor a ela. (Perpétua)

A tentativa de suicídio na adolescência foi percebida por uma jovem entrevistada como um evento próprio do processo de adolescer. E justifica sua ideia com a pergunta que fez na sequência:

> Acho que tem uma fase de adolescente, né? Depois que vai crescendo e vai tomando juízo... Aí (na pesquisa), não veio nenhuma adulta de 18 anos, veio? (Tulipa)

A percepção de um julgamento negativo por parte de familiares, amigos e pelo próprio adolescente foi constante nas entrevistas. O relato de atitude recriminatória esteve

presente em vários momentos. Os trechos abaixo parecem refletir não apenas o que os adolescentes pensam, mas também o que ouviram ou perceberam das pessoas ao seu redor:

> Ah, não sei, mais eu acho que todos que passaram pelo que eu passei vai tomar vergonha na cara e não vão fazer isso mais. (Tulipa)

> Burrice... se eu tivesse me matado, não teria valido um pinguinho de pena. (Hortência)

> Eu acho muito ridículo porque... (Magnólia)

> Acho uma palhaçada (ter tentado suicidar). (Tulipa)

Observamos que, após um breve momento de crise, poucas mudanças aconteciam efetivamente. Os sentimentos de solidão e desamparo persistiam. Após um período curto de ganho de atenção, grande parte relatou decepção e repreensão por parte de amigos e parentes.

> Só nos primeiros dias, todo mundo ficou conversando comigo. (Margarida)

> E eu fiquei muito triste quando eu fiz isso, por causa que meu irmão... ter parado de conversar comigo... E ele parou de conversar comigo e falou que ficou super decepcionado comigo; E segundo foi que da minha tia que a gente se afastou. A gente parou de conversar. (Magnólia)

> Falou que eu era doida... ela começou a chorar. (Dália)

A dificuldade de comunicação não era abordada. Alguns preferiam não falar sobre o assunto, mesmo reconhecendo que poderia ser bom poder “desabafar”. A tentativa de suicídio apareceu como um tema interdito no mundo dos entrevistados:

> Pra mim, aquele dia tá esquecido. (Hortência)

> Não. Isso eu não falo com ninguém. (Acácia)

Notamos a dificuldade de lidar e de falar sobre o tema, seguindo a tendência de não falar sobre os conflitos, levantada anteriormente. Alguns entrevistados pareceram vir pedindo socorro há tempos, utilizando-se dos recursos inadequados, mas que se apresentavam como os possíveis, dentro do fraco repertório que possuíam.

> Minha mãe sabia porque eu ficava toda mole, sabe eu ficava toda mole assim, sabe, quando a pessoa toma pinga e fica toda mole caindo? Aí a minha mãe me levava pro hospital porque ela achava que era outra coisa, sabe? **Mas eu nunca falei pra ela. Ah, ninguém descobriu até hoje o que que eu fiz.** (Violeta)

Em muitos casos, a ideação suicida permanecia. O pedido de socorro não era atendido. O adolescente do sexo masculino, em alguns momentos, parecia sentir raiva do

abandono em que se encontrava e o suicídio poderia ser uma forma de agredir os que o cercavam:

> Igual outro dia aí, eu pensei em sair da escola, ir lá pra BR, pegar um caminhão e sumir. Quando eles assustá, já era. (Jacinto)

O jovem não pode ser esquecido. Ele está pedindo ajuda. Para apoiá-lo é preciso estar próximo a ele. A sensação de que algo precisa ser feito para impedir novas tentativas era compartilhada pelos jovens:

> Às vezes precisa de alguém para segurar a mão dela e falar para não fazer... Mas antes de ajuda ela precisa de apoio, demais de apoio. (Magnólia)

Uma melhor comunicação pareceu ser a chave na busca por uma ajuda. Pelas entrevistas, podemos inferir que os jovens queriam conversar sobre seus atos, entendendo conversação como uma via de mão dupla:

> Conversar, aconselhar, fazer um tratamento, né?... Eu acho que é isso, conversar com as pessoas. (Hortência)

> [...] e pode me entender e acho que isso ajuda mais, ajuda a desabafar tudo. (Perpétua)

> Procurar entender, conversar. (Jacinto)

Podemos inferir, também, que conversar faz bem ao adolescente quando ouvimos suas avaliações das entrevistas, que nos pareceu terem sido percebidas como um momento de ajuda, reforçando a necessidade de conversarmos com os adolescentes sobre as questões que os afligem:

> Eu acho que o que você tá fazendo comigo já é bom. (Hortência)

> Bom, que eu me libertei, né?... Falei muita coisa que eu não tinha falado com ninguém. (Margarida)

Porém, uma outra entrevistada considerou que a compreensão não é algo simples. Talvez não seja mesmo possível entender tudo o que se passa com o adolescente nessa situação:

> Mas eu acho que as pessoas não vão poder me ajudar. Eu acho que eu, sei lá, eu sou a única pessoa que posso pôr na minha cabeça que eu posso... até meu namorado, ele fala: “Eu te entendo”, **mas não entende, ninguém entende**. Eu acho que tem que entender porque... Ah, entender. (Dália)

Na fala de outra menina podemos perceber que ela acha importante existir uma tomada de decisão por parte do adolescente:

> Eu acho que não adianta nada forçar uma pessoa a fazer o que ela não quer fazer. (Hortência)

Uma atitude bastante criticada pelos adolescentes em relação à atitude das pessoas que tentam ajudar é o julgamento que o jovem parece sofrer. Ser julgado, recriminado, os faz sentirem-se pior.

> Não ficar julgando a outra. (Margarida)

> Acusar. Eu sei que me acusam. (Jacinto)

> É... ficar lembrando a pessoa toda hora. Ah, você fez isso... E também, como é que fala? Eu te avisei, eu te avisei... eu escutei, sabe? (Magnólia)

Outra palavra-chave que pudemos identificar nas entrevistas foi apoio. Quando perguntada de quem deveria partir esse apoio, uma adolescente respondeu:

> Da família ou Deus, de religiosidade. (Magnólia)

A literatura nos diz que a religião pode funcionar como um fator de proteção. Diante de algumas falas dos entrevistados, pode-se questionar se a religião atua mesmo como proteção, ou contribui para a interdição e o preconceito acerca do tema:

> [...] eu falo com ela assim, fica querendo tirar a sua vida, e depois quando cê morrer, você não vai pro céu, vai pro inferno, porque quem tira a vida, não é a pessoa não, é um trem ruim, né, que tá levando a pessoa. Eu falo isso com ela, depois eu mesmo fiz isso comigo, nossa! Não dá nem pra entender. (Tulipa)

> Nó, Deus, perdão. Por outro lado eu penso assim: quando a gente morre, o corpo da gente nunca descansa... É. A mulher falou lá, perto de casa lá, a mulher da igreja lá. Que minha alma ia pro inferno porque eu mesma me matei... (Violeta)

A adolescência é um período de transição e tem sido vista como sinônimo de fase difícil, permeada de conflitos. Autores como Aberastury e Knobel[20] corroboram com tal postura ao descreverem a adolescência como uma “entidade semipatológica”. No nosso entendimento, tal visão pode ter contribuído para que o próprio adolescente considere normal a tentativa de suicídio nessa fase. Bock[21] apontou que considerar o período como problemático colaborou para ocultar o processo social constitutivo dessa fase do desenvolvimento.

Klosinski[8] chamou a tentativa de suicídio na adolescência por meio de remédios como sendo “um brincar com a morte”, entendido como mais um paradoxo da juventude. Pela ingestão dos remédios chega-se ao sono profundo, à perda da consciência, de uma proximidade muito grande com o silêncio da morte. Entretanto, o que o adolescente espera é

encontrar-se com seus pais, numa tentativa última e desesperada de diálogo. O autor considerou o jovem que sobrevive à intoxicação medicamentosa voluntária como um renascido que acabou de passar pelo processo de iniciação. Porém, as reações dos pais são geralmente incompatíveis com atitudes esperadas após uma iniciação. Já os amigos, apesar da consternação, podem manifestar também admiração por conhecerem alguém que "quase" esteve do outro lado. Nossos achados mostraram que a tentativa de suicídio pode ser sim um pedido de socorro aos pais, mas foi tema interdito entre os amigos, não sendo percebida essa admiração.

Klosinski[8] levantou a questão da percepção subjetiva do jovem de não ser amado o bastante, dos sentimentos de isolamento e solidão, das cismas compulsivas e principalmente da falta de participação como elementos do que o autor chamou de "síndrome do pré suicídio". Observou que o fato de atentarem contra a vida não elimina os sintomas, e às vezes os exacerbam, dependendo da maneira como são acolhidos após o ato.

Botega et al.[30] realizaram um levantamento de características culturais e religiosas que atuam como proteção ao comportamento suicida. Citam a coesão social e a inserção religiosa, principalmente quando a religião professada faz graves restrições ao suicídio. Concordamos com os autores, no entendimento de que a religião pode funcionar como proteção quando proporciona ao jovem a noção de pertencimento. Porém, na nossa pesquisa, a visão distorcida e preconceituosa oriunda de preceitos religiosos acerca do suicídio não parece ser uma fonte de proteção para novas tentativas.

O acompanhamento terapêutico após a tentativa

Todos os adolescentes entrevistados foram orientados a realizar acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico à alta do Hospital João XXIII, sendo feito encaminhamento para o centro de saúde ou para o centro de referência em saúde mental (CERSAM).

A maior parte dos entrevistados reconheceu que procurar ajuda poderia ser positivo. Mas esta afirmação não correspondia a atitude relatada pela maioria. A baixa adesão ao acompanhamento psicológico foi muito frequente. Poucos seguiram as recomendações do serviço de psicologia do CIATBH. Em alguns casos, a postura dos adolescentes e a complacência da família nos faz supor até certo descaso:

> Aí depois eu saí, eles já tinham até me encaminhado pro psicólogo, eu perdi o papelzinho, aí eu não fui. (Hortência)

> Ah... eu acho que não preciso não. (Perpétua)

Os adolescentes disseram com frequência que o acompanhamento psicoterapêutico “não adianta” e que a solução de seus problemas dependia da “força de vontade própria”. Ao serem perguntados sobre o que poderia ser feito para ajudá-los, respondiam:

> Acho que não adianta eu ficar conversando com psicólogo que vai me ajudar. Eu não acho que adianta. Sei lá. (Dália)

> [...] eu acho que primeiramente deve partir de dentro de você, ser realista... (Magnólia)

Os relatos nos sugerem um desconhecimento sobre as funções do psicólogo tanto por parte dos adolescentes entrevistados, quanto dos seus pares. Percebe-se também o conceito pejorativo atribuído à pessoa que realiza psicoterapia:

> Não, eu falei com a minha mãe assim, pra que ir numa psicóloga, **eu não sou doida. Meus primo ficam me zoando lá.**.. Meus primo ficam me zoando lá... (Rosa)

> Minha mãe queria que eu fizesse terapia, sabe, mas eu não gosto. (Magnólia)

> Que eu não morro e ainda piora mais do que já tava, que aí, quase todo dia eu tenho que subir pro Conselho Tutelar... pro psicólogo... essas coisas. (Jacinto)

Tais posturas nos sugerem que eles pareciam não acreditar na importância de expressar sentimentos e conversar sobre problemas, atitude a que parece não ter sido acostumados.

Além de não acreditarem na necessidade e na eficácia da terapia, outra justificativa explicitada para o não comparecimento ao centro de saúde foi a dificuldade para a marcação:

> [...] só que demora muito, entendeu? (Acácia)

> [...] aquele posto lá é uma burocracia total... eles não marcam se a gente não mentir, que dirá um psicólogo. (Hortência)

Observe-se que na percepção dos adolescentes, o caso deles não seria uma prioridade. Não nos cabe aqui questionar a validade da percepção, mas levantar a questão.

O encaminhamento para o CERSAM pareceu um pouco mais efetivo, com comparecimento a algumas consultas. Entretanto, na maioria, não houve continuidade dos atendimentos:

> Só que eu parei, eu tava fazendo com psicólogo e com psiquiatra. Só que eu parei. (Rosa)

> [...] comecei, fiz umas três consultas lá e num fui mais não. (Margarida)

Uma das entrevistadas apontou como motivo da interrupção, a dificuldade para o deslocamento:

> Porque minha mãe não tinha dinheiro de passagem para ir e era longe da minha casa. (Margarida)

Os adolescentes entrevistados pertenciam, em sua maior parte, a famílias com poucos recursos financeiros. Essa é uma dificuldade objetiva, porém poderia refletir também que o acompanhamento não foi visto como prioridade.

Em um caso, foi necessária a intervenção do Conselho Tutelar. A mãe não teve outra saída a não ser levar o jovem para atendimento.

> Porque aí se eu tratasse com o psicólogo num ia ter muito problema não, porque aí eles ia saber que minha mãe tava cuidando, mas se ela não fizesse isso, aí... (Jacinto)

Observamos que em algumas situações, houve uma preocupação dos serviços de saúde em realizar a busca ativa dos adolescentes que abandonavam o tratamento:

> Eles ligava direto lá pra casa e eu falava que não tava lá não. Aí eu falava: fala assim que eu viajei. Aí, ligava direto. Tem pouco tempo que eu parei. (Rosa)

Todos os entrevistados foram convidados a continuar os atendimentos com a pesquisadora. Dois aceitaram. Um deles foi duas vezes. Uma questão ética surgiu. A pesquisadora disse que precisaria conversar com o psiquiatra que o estava atendendo para não haver conflito de atendimento. A partir de então a mãe não retornou com o filho para o próximo atendimento. Quando contatada por telefone disse que não levaria o filho pois ele não iria continuar os atendimentos psicológicos mesmo. Outra entrevistada continuou indo regularmente ao consultório. No final do ano os atendimentos foram interrompido posto que a mesma começou a trabalhar o que a deixou sem disponibilidade de tempo, pelo menos por ora. A mãe de uma entrevistada procurou a pesquisadora algumas vezes. Consultas foram marcadas mas ela sempre desmarcava.

A baixa adesão ao acompanhamento terapêutico foi uma realidade neste estudo. Os adolescentes encaminhados para centros de saúde nem chegaram a procurar atendimento. Os que foram encaminhados para serviços especializados como o CERSAM, ainda chegaram a ir algumas vezes. Além disso, os dois que continuavam com os atendimentos não se mostraram muito motivados. Nenhum dos adolescentes entrevistados mencionou um profissional de referência com quem mantivessem vínculo terapêutico. Inclusive com a pesquisadora foi difícil estabelecer algum vínculo.

Botega et al.[30] também relataram a baixa adesão ao tratamento após a tentativa de suicídio. Em estudo descritivo com 156 casos de tentativas de suicídio, idade média de 27 anos, o índice médio de comparecimento à primeira consulta ambulatorial foi de 55%. Após três meses da tentativa de suicídio, o abandono do tratamento chegou a 59%. Os casos que permaneciam em tratamento no serviço eram em sua maioria de transtornos psiquiátricos estabelecidos, semelhantes aos de um ambulatório psiquiátrico geral. O estudo também mostrou que estratégias de contato com os desistentes se mostraram eficazes, o que não foi observado no presente estudo.

Em nosso estudo, os adolescentes pareciam compartilhar do senso comum de que acompanhamento psicológico é "coisa para gente doida", ou que "não adianta" ou, mesmo que é um "luxo", não uma prioridade. Wang e Ramadam[58] consideram que os aspectos psicológicos do suicídio tenham sido relegados a um plano secundário até em conseqüência do aparente fracasso das técnicas psicoterápicas de prevenirem novas tentativas e da necessidade de se atingir a população potencialmente suicida. Contudo, consideram também que a vinculação a um profissional "capaz de penetrar na rigidez psicológica de um suicida ambivalente" pode ser a diferença para um programa de prevenção eficaz.

A relação com os profissionais de saúde

Os adolescentes se referiram à reação dos profissionais que os atenderam quando da tentativa. Pelas suas narrativas, as posturas foram de crítica e julgamento, justo o que os adolescentes achavam que não deveria ser feito. A enfermeira que atendeu uma das jovens interveio da seguinte forma:

> [...] (eu) ia sair carregando o soro pelo hospital, aí uma moça muito boazinha, uma enfermeira começou a conversar comigo, ela me levou numa sala que tinha um monte de gente com problema, que tava pra morrer ali dentro do hospital. Ela falou: 'Essas pessoas aqui querem morrer'. (Dália)

Outra relata a postura de julgamento, até de cunho religioso, do médico:

> Um demônio. Igual o médico falou quando eu tava no hospital, fiquei dois dias no hospital, foi dois dias. Aí o médico falou assim: Nossa, tá precisando ir na igreja que essa aí deve ter demônio no corpo. (Violeta)

O jovem que disse estar fazendo acompanhamento com um médico psicanalista, em consultório particular, uma vez que o adolescente tem plano de saúde, relatou o que o profissional lhe disse:

> [...] você mesmo se maltratou tomando... (Jacinto)

Outra observação relevante, principalmente no tocante à prevenção de novas tentativas, foi a elevada frequência de prescrição de medicamentos pelos médicos que atenderam os jovens após o encaminhamento. Percebe-se que o excesso de medicalização observado no ambiente familiar era reforçado no contato com o médico. Questiona-se se realmente seriam necessários tantos remédios, especialmente sedativos. O que estamos realmente querendo sedar? Brincando com as palavras “sedar para não se dar”. Ressalta-se que os entrevistados disseram não gostar de tomar esses remédios e não os usavam de forma regular:

> Receitou, mais eu não tomei aquilo não. [...] Ah... Eles fala que é pra melhorar, né. Mas pra mim, não adianta nada não. [...] Nossa Senhora! O remédio faz mal demais. (Rosa)

> Eu não gosto de remédio pra fica tomando todo dia não, porque depois fica igual minha mãe aí. Se a minha mãe ficar sem tomar remédio um dia, ela passa mal (Jacinto)

Talvez não gostassem de medicamentos porque pensassem que remédios são para tratar algum adoecimento, e nos pareceu que os adolescentes entrevistados não sentiam sofrer de nenhuma patologia.

> Ah, eu acho que remédio é pra tomar quando a gente tá doente mesmo. (Jacinto)

Mas será que realmente estão doentes? Será que não precisamos de mais critério para indicar medicação? Estamos nos tornando uma sociedade sedada. Para qualquer mal-estar subjetivo, algum medicamento vai ser receitado. Aliás, na crença popular, bom médico é o que receita alguma pílula.

Carpinter, psiquiatra crítico da abordagem que considera o suicídio como um assunto somente para a psiquiatria, afirmou: “o suicídio deve ser considerado uma doença para que o médico se ocupe dele”[59]. Nossos achados corroboram com tal afirmação, uma vez que quando dos atendimentos em serviços para acompanhamento, após as tentativas de suicídio, foram prescritos medicamentos.

Botega et al.[30] consideram que a prescrição de psicofármacos em casos de tentativa de suicídio raramente é necessária. Para os autores os sintomas psiquiátricos apresentados geralmente são de caráter reativo e, portanto, transitórios.

Há consenso na literatura sobre a abordagem terapêutica da pessoa que tenta suicídio em recomendar uma postura de não julgamento. Desde o início, deve-se procurar estabelecer um vínculo que garanta a confiança e a colaboração do que atentou contra a própria vida, que no momento se encontra fragilizado. Passado o risco de morte, a tarefa mais importante é **a**

escuta, tentando preencher a lacuna criada pela desesperança, pela falta de fé na busca de soluções alternativas para suas questões internas que não o suicídio[30,60].

Joffe[61] e Laufer[31] afirmaram que a abordagem ao adolescente com ideação suicida não pode deixar de desmistificar as ideias de morte, buscando decifrar seu significado. O adolescente que atentou contra sua vida precisa entrar em contato com o sentido que a tentativa de suicídio tem para ele. O profissional precisa ajudar o jovem, que continua vulnerável, a criar condições de dar continuidade à sua vida. Esquecer, ou "deixar as coisas como estão" depois de uma tentativa pode deixar o adolescente com a sensação de abandono, assustado e, consequentemente, em grande risco. Na nossa percepção, essa ssa foi a situação em que se encontravam os adolescentes que entrevistamos.

Kovács[29] chamou a atenção para a necessidade de um entendimento afetivo e acolhedor junto àqueles que tentam o suicídio. Os relatos dos nossos entrevistados mostraram que alguns profissionais que os atenderam após a tentativa tiveram uma postura oposta ao que preconiza a literatura, sugerindo preconceitos e dificuldades para lidar com o fato.

Tal posicionamento, porém, parece não ser desconhecido dos estudiosos. Ao se referir ao médico generalista e ao especialista não psiquiatra que atendem vítimas de tentativas de suicídio em pronto-socorros, Cassorla[54] afirmou não ser raro o fato de a equipe de saúde lidar com esse tipo de paciente com um desprezo agressivo. O autor afirmou não existir médico isento do impacto de um ato tão violento quanto a tentativa de 'acabar' com a vida, mesmo porque foi treinado para salvar vidas. Lidar com alguém que fica 'brincando' na tênue fronteira entre a vida e a morte desperta no profissional e na equipe sentimentos de impotência, frustração, fragilidade e despertam conflitos que "vão contra as premissas de sua vocação e atuação".

Silva e Boemer[62] realizaram uma pesquisa junto a profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que atuavam na clínica Psiquiátrica da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), tendo como questão norteadora a pergunta: como o suicídio se mostra a você? As autoras afirmam que "não há médico ou equipe que não sofra o impacto violento do suicídio". Relatam que um dos profissionais entrevistados chegou a afirmar que entendia o ato quando praticado por uma pessoa portadora de doença mental, mas somente nesses casos. Os profissionais entrevistados em geral relataram sua dificuldade em lidar com suicidas, mas também consideraram a necessidade de atenção mais ampla a essas pessoas.

Avanci, Pedrão e Costa Júnior[40] afirmaram que durante experiência de campo numa unidade de emergência em Ribeirão Preto, puderam observar que os profissionais de saúde não estão preparados para detectar fatores que podem levar ao suicídio, nem para tratar as pessoas que tentaram o autoextermínio como portadoras de grande sofrimento. Mais de uma vez se depararam com posturas preconceituosas e discriminadoras em relação àqueles que chegam ao serviço depois de uma tentativa de suicídio.

Estabelecer um vínculo terapêutico com adolescentes que tentaram suicídio configura-se, portanto, no maior desafio ao profissional de saúde. Esse profissional deve estar consciente de que, embora possa não parecer, esse adolescente clama, desesperadamente, por ajuda.

5.2.6 Considerações finais

O presente estudo tem como principal mérito dar voz ao adolescente que tentou suicídio e apresentar a sua percepção sobre o tema. Não foram encontrados outros estudos baseado em entrevistas abertas com adolescentes brasileiros admitidos por tentativa de suicídio.

A busca da compreensão das tentativas de suicídio na adolescência a partir do olhar do próprio adolescente que passou pela experiência confirmou várias premissas já avaliadas por estudiosos da área. O jovem que tenta se matar por meio de psicofármacos age num impulso típico dessa fase do desenvolvimento, sem premeditação. Não podemos afirmar que o objetivo seja realmente a morte. Pareceu-nos mais um pedido de ajuda comunicado da maneira que seus parcos recursos internos possibilitam, uma vez que convivem em meios onde os conflitos não são resolvidos e os adultos que lhes serviriam de norte optaram pela sedação no lugar da conversação. Se considerarmos que é por meio de conversas que construímos intimidade, sem diálogo não há possibilidade dessa construção. Portanto, apesar de possuírem uma rede de amigos e de seus pares terem relevante papel na sua vida, não compartilham de intimidade, levando à solidão e ao sentimento de não pertencimento. Com o cotidiano ocioso, a vida sem perspectivas, ausência de amorosidade e sem se sentirem parte de algo maior, não conseguem vislumbrar possibilidades de futuro. A vida perde o sentido, instalam-se quadros depressivos e outros transtornos. O modelo que têm para se espelhar é a sedação.

No entanto, o estudo nos mostrou também que além de conhecer precisamos buscar maneiras mais efetivas de intervenção. O sistema público de saúde se mostrou acessível para

o acompanhamento dos casos, apesar de ainda não conseguir adesão ao tratamento. Mesmo quando da adesão, o grau de motivação pode ser considerado muito baixo.

Ainda notamos, porém, a falta de preparo no acolhimento primário. Os profissionais do pronto atendimento que fazem o primeiro atendimento a essa população, apesar de trabalharem com a iminência da morte precisam se preparar para o acolhimento daqueles que procuram por ela não como escolha, mas como única possibilidade de alívio, de saída de uma situação de um sofrimento que domina a vida. Mais do que diagnosticar possíveis transtornos mentais e tratá-los medicamentosamente, precisamos nos abrir à busca de soluções para o paradoxo de salvarmos a vida de quem atentou contra ela. O incômodo parece ser de todos nós. Precisamos reconhecê-lo a fim de nos habilitarmos a lidar melhor com os sofrimentos humanos.

Percebemos que urge evoluirmos do espaço de diagnosticar para o do cuidar. Reconhecer os casos em que o transtorno mental está presente e tratar dele não pode significar a totalidade do atendimento. Também consideramos que trazer o adolescente que tenta o suicídio por ingestão de droga psicoativa para unidades de atendimento específicas pode servir para colocar nele um rótulo cujas consequências não podemos mensurar. A dinâmica de vida dos adolescentes que entrevistamos pareceu diferir pouco da de outros jovens da mesma idade e com o mesmo perfil socioeconômico. Portanto consideramos relevante serem produzidos mais estudos comparativos. Mais do que estabelecer diferenças, precisamos estabelecer semelhanças entre os dois universos – o do adolescente que tenta o suicídio e do que não tenta. Acreditamos que políticas de prevenção não devem ter como foco o patológico e sim o saudável. Portanto, defendemos a idéia de grupos de jovens em meios próprios a eles, como na escola. Acreditamos também na intervenção no nível familiar para o fortalecimento do convívio e apaziguamento das diferenças.

Não podemos concordar com alguns estudiosos da área que já ousam considerar a tentativa de suicídio como algo comum a essa faixa etária. Identificamos-nos mais com correntes de pensamento que consideram a adolescência como um período do desenvolvimento humano importante mas não necessariamente conflitivo. Lembremos que em mandarim a palavra crise é escrita utilizando-se dois ideogramas que, dependendo da ordem, podem significar perigo ou oportunidade. Preferimos sentir a dita crise da adolescência como uma oportunidade de construção da autonomia do ser, fundamental no caminho da fraternidade e da felicidade.

5.2.7 Referências

1. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: Wasserman D, Wasserman C (ed.). Oxford textbook of suicide and suicide prevention. Oxford: Oxford University Press. 2009. p. 91-98.

2. Serfaty E, Andrade J, D'Áquila H, Masautis AE, Foglia L. Depressión grave y factores de riesco en Buenos Aires. Acta Psiquiatr Psicol Am Latin. 1995;(41):35-9.

3. Resmini E. Tentativa de suicídio: um prisma para a compreensão da adolescência. Rio de Janeiro: Reviver; 2004.

4. Fernandes IMM, Sato AK, Pires Júnior HS, Serafim SR, Castro RP, Catelan GM et al. Levantamento de 302 tentativas de suicídio do Centro de Assistência Toxicológica do Hospital de Base de 01/92 a 02/93. JBM. 1995;68(4):209-15.

5. Marcondes Filho W, Mezzaroba L, Turini CA, Koike A, et al. Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. Adolescencia Latinoamericana. 2002;3(2).

6. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

7. Pietro D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. J Bras Psiquiatria. 2005;54(2):146-154.

8. Klosinski G. A adolescência hoje: situações, conflitos e desafios. Petrópolis: Vozes; 2006.

9. Teixeira CMFS. Tentativa de suicídio na adolescência. Rev UFG. 2004 jun;6(1).

10. Sampaio D. Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio. Lisboa: Caminho; 1999.

11. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 2a. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008.

12. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. Cad. Saúde Pública. 2006 ago;22(8).

13. Silverman D. Intepretação de dados qualitativos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

14. Fontanella, BJB; Ricas, J; Turato, EB. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008 jan;24(1):17-27.

15. Mussalim, 2006 Mussalim F, Bentes AC (org) Introdução a Linguistica: dominios e fronteiras. 5a ed. São Paulo: Cortez; 2006. Cap 4 Análise do discurso. Fernanda Mussalim.

16. Cerveny CMO. A família como um modelo: desconstruindo a patologia. São Paulo: Artes Médicas; 1994.

17. Walsh F, McGoldrick M. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed, 1998.

18. Neuburger R. O mito familiar. Trad. S. Rangel. São Paulo: Summus; 1999.

19. Bee H. O ciclo vital. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

20. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal, um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artmed; 1981.

21. Bock AMB. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. Cad CEDES. 2004 [acesso em: 2009 jan 28]; 24(62). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622004000100003&lng=en&nrm=iso.

22. Weiner IB. Perturbações psicológicas na adolescência. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1995.

23. Mann JJ. A current perspective of suicide and attemped suicide. Annals Internal Med. 2002;136(4):302-311.

24. Abreu KP, Lima MAD, Kohlrausch E, Soares JF. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. Rev Eletr Enfermagem. 2010;12(1):195-200.

25. Sá NNB, Oliveira MGC, Mascarenhas MDM. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. Rev Med Minas Gerais. 2010;20(2):145-152.

26. Coelho SV. Família em contexto de pobreza. In: Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: Fundamentos teóricos e epistemológicos. Vol I. Belo Horizonte: Ophicina de Arte e Prosa; 2006.

27. Gremes LR. La cultura adolescente y la sociedad de consumo: crisis adolescente en la actualidad, dificultades en la construcción de proyectos. 2005 [acesso em 2011 jan 8]. Disponível em: http://www.flapag.net/flapag.net/flapag/rif/rif01020.htm.

28. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos de interação. São Paulo: Cultrix; 1973.

29. Kovács MJ (org). Comportamentos autodestruitvos e o suicídio. In: Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992. p. 165-187.

30. Botega NJ, Werlang BSG, Cais CSF, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. Psico. 2006;37(3):213-220.

31. Laffer M. (org) O adolescente suicida. Lisboa: Climepsi; 2000.

32. Sukiennik P, Salle E. Depressão. In: Souza RP, Costa MC (org.). Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 340-349.

33. Macedo MMK, Werlang BSG. Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor. Psicologia Teoria e Pesquisa. 2007 abr-jun;23(2):185-194.

34. Barraclough B, Hughes J. Suicide: Clinical and Epidemiological Studies. London: Croom Helm; 1987.

35. Black DW, Wikonur G. Suicide and psychiatric diagnosis. In: Blumenthal SJ, Kupfer DJ (ed.). Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1990. p. 135-153.

36. Carneiro PC, Figueiroa L. O tratamento de paciente suicida com depressão maior. Neurobiologia Recife. 1994;57:37-52.

37. Bahls SC, Bahls FRC. Depressão na adolescência: características clínicas. Interac Psicol. 2002 jan/jun;61(1):49-57.

38. Muza GM, Costa MP. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: o olhar dos adolescentes. Cad. Saúde Pública [online]. 2002 jan-fev [acesso em 2011 fev 01];18(1):321-328. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n1/8169.pdf.

39. Viñar MN. El psicoanálisis en el mundo de hoy (ideas provisorias). II Congresso Internacional de Psicologia, VII Semana de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (PR); 2005 abr.

40. Avanci RC, Pedrão LJ, Costa J, Moacyr L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. Rev Bras Enferm. 2005;58(5):535-9.

41. Campos DMS. Psicologia da adolescência. Petrópolis, RJ: Vozes; 2009.

42. Werlang BSG, Macedo K, Krüger LL. Perspectiva psicológica. In: Werlang BSG, Botega NJ. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 75-92.

43. Kutcher S, Chehil S. Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde. Massachusetts: lundbeck Institut; 2007.

44. Schneidman ES. The suicidal mind. New York; Oxford University Press; 1996.

45. Mendonça RT, Marinho, JL. Discussão sobre intoxicações por medicamentos e agrotóxicos no Brasil de 1999 a 2002. Revista Eletrônica de Farmácia. 2005;2(2):45-63.

46. Fernández MA, Pérez ML Intentos suicidas y suicidios consumados. Revista Cubana de Enfermería. 2002;18(3):13-17.

47. Prada DB., Evangelista M, Piola JC. Tentativas de suicídio con tóxicos en Rosário, Argentina. 1990-1998. Brazilian Pediatrics News. 2002;4(4):1-11.

48. Rios DP et al. Tentativa de suicídio com o uso de medicamentos registrados pelo CIT-GO nos anos de 2003 e 2004. Revista Eletrônica de Farmácia. 2005;2:6-14.

49. Bertolote JM. O suicídio e sua prevenção. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma. 2004,193-205.

50. Cruz, MAS Desafios da clínica contemporânea: novas formas de “manicomialização”. In: CRP SP; Grupo Institucional Queixa Escolar Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

51. Silber TJ, Souza RP. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. Adolescencia Latinoamericana. 1998;(1):148-162.

52. Bailador-Calvo M, Viscardi N, Dajas MFJ. Desesperanza, conduta suicida y consumo de alcohol y drogas em adolescentes de Montivideo, Rev Med Uruguay. 1997;13(3):213-223.

53. Lopéz L et al. La relación entre la ideación suicida y el abuso de subsancias tóxicas: resultado de uma escuesta em la población entudantil. Saúde Mental. 1995;18(4):25-32, dic. 1995.

54. Cassorla RMS. Considerações sobre o suicídio: reflexões suscitadas na apresentação deste livro. In: Cassorla RMS (coord.). Do Suicídio: estudos brasileiros Campinas, SP: Papirus; 1991. p. 17-26.

55. Eslinger I, Kovács MJ. Adolescência: vida ou morte? São Paulo: Ática; 2006.

56. Stengel E. Suicídio e tentative de suicídio. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1980.

57. Goldenstein E. Adolescência: a idade da razão e da contestação. São Paulo: Gente; 1995.

58. Wang YP, Ramadam ZBA. Aspectos psicológicos do suicídio. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 97-108.

59. Guillon C, Le Bonniec Y. Suicídio: modos de usar: história, técnica, notícia. Trad. Maria Angela Villas. São Paulo: EMW; 1984. 236 p. (Coleção Testemunho, 6).

60. Meleiro AMAS, Fensterseifer L, Werlang BSG. Esforços para prevenção. In: Werlang BSG, Botega NJ. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 141-152.

61. Joffe, R. “Não me ajudem” - O adolescente suicida. In: Laufer M. (org.) O adolescente suicida. Lisboa: Climepsi; 2000. p. 57-66.

62. Silva VP, Boemer MR O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. Rev Eletr Enf. 2004 [acesso em 29 dez. 2006];6(2):143-152. Disponível em: www.fen.ufg.br.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar o comportamento suicida é um desafio. Traçar o perfil de adolescentes que tentam o suicídio pode ser útil para nos auxiliar no diagnóstico e também no estabelecimento de políticas assistenciais e preventivas voltadas aos jovens, a fim de oferecer apoio tanto aos adolescentes quanto a seus familiares e demais envolvidos. As sequelas que atos suicidas provocam precisam ser tratadas com sensibilidade, pois o custo social não pode deixar de ser considerado.

O presente estudo tem como principal mérito dar voz ao adolescente que tentou suicídio e apresentar a sua percepção sobre o tema. Não foram encontrados outros estudos baseado em entrevistas abertas com adolescentes brasileiros admitidos por tentativa de suicídio.

A busca da compreensão das tentativas de suicídio na adolescência a partir do olhar do próprio adolescente que passou pela experiência confirmou várias premissas já avaliadas por estudiosos da área. O jovem que tenta se matar por meio de psicofármacos age num impulso típico dessa fase do desenvolvimento, sem premeditação. Não podemos afirmar que o objetivo seja realmente a morte. Pareceu-nos mais um pedido de ajuda comunicado da maneira que seus parcos recursos internos possibilitam, uma vez que convivem em meios onde os conflitos não são resolvidos e os adultos que lhes serviriam de norte optaram pela sedação no lugar da conversação. Sem a conversa não há possibilidade de construção de intimidade. Portanto, apesar de possuírem uma rede de amigos e de seus pares terem relevante papel na sua vida, não compartilham de intimidade, levando à solidão e ao sentimento de não pertencimento. Com o cotidiano ocioso, a vida sem perspectivas, ausência de amorosidade e sem se sentirem parte de algo maior, não conseguem vislumbrar possibilidades de futuro. A vida perde o sentido, instalam-se quadros depressivos e outros transtornos. O modelo que têm para se espelhar é a sedação.

No entanto, o estudo nos mostrou também que além de conhecer precisamos buscar maneiras mais efetivas de intervenção. A baixa faixa etária nos leva a crer que a escola, instância significativa da vida do adolescente, aparentemente afastada do problema, precisa também estar envolvida. Pode ser o espaço para a aquisição de conhecimentos que valorizem e deem sentido à vida.

Ainda notamos, porém, a falta de preparo no acolhimento primário. Os profissionais que fazem o primeiro atendimento a essa população, apesar de trabalharem com a iminência da morte, precisam se preparar para o acolhimento daqueles que procuram por ela não como

escolha, mas como única possibilidade de alívio, de saída de uma situação de um sofrimento que domina a vida. Mais do que diagnosticar possíveis transtornos mentais e tratá-los medicamentosamente, precisamos nos abrir à busca de soluções para o paradoxo de salvarmos a vida de quem atentou contra ela. O incômodo parece ser de todos nós. Precisamos reconhecê-lo a fim de nos habilitarmos a lidar melhor com os sofrimentos humanos.

O sistema de saúde público se mostrou acessível para o acompanhamento dos casos, apesar de ainda não conseguir a adesão dos adolescentes ao tratamento Além disso, mesmo quando da adesão, o grau de motivação pode ser considerado muito baixo.

O adolescente que atentou contra sua vida precisa entrar em contato com o significado da tentativa de suicídio. O profissional precisa ajudar o jovem, que continua vulnerável, a criar condições de dar continuidade à sua vida. Esquecer ou 'deixar as coisas como estão' depois de uma tentativa pode deixar o adolescente assustado, com a sensação de abandono e, consequentemente, em grande risco.

Os gestores da saúde pública precisam participar da formulação de estratégias de prevenção e intervenção, que passam pela especialização do profissional que recebe o adolescente que atenta contra sua vida. É fundamental que ele entre em contato com seus preconceitos e dificuldades pessoais para, dessa forma, dispensar um melhor cuidado àqueles que passam pelo sofrimento de por fim à vida.

Percebemos que urge evoluirmos do espaço de diagnosticar para o do cuidar. Reconhecer os casos em que o transtorno mental está presente e tratar dele não pode significar a totalidade do atendimento. Também consideramos que trazer o adolescente que tenta o suicídio por ingestão de droga psicoativa para unidades de atendimento específicas pode servir para colocar nele um rótulo cujas consequências não podemos mensurar. A dinâmica de vida dos adolescentes que entrevistamos pareceu diferir pouco da de outros jovens da mesma idade e com o mesmo perfil socioeconômico. Portanto, consideramos relevante serem produzidos mais estudos comparativos. Mais do que estabelecer diferenças, precisamos estabelecer semelhanças entre os dois universos – o do adolescente que tenta o suicídio e do que não tenta. Acreditamos que políticas de prevenção não devem ter como foco o patológico e sim o saudável. Portanto, defendemos a idéia de grupos de discussão para os jovens em meios próprios a eles, como na escola. Acreditamos também na intervenção no nível familiar para o fortalecimento do convívio e apaziguamento das diferenças.

Não podemos concordar com alguns estudiosos da área que já ousam considerar a tentativa de suicídio como algo comum a essa faixa etária. Identificamo-nos mais com correntes de pensamento que consideram a adolescência como um período do

desenvolvimento humano importante, mas não necessariamente conflitivo. Lembremos da cultura chinesa que escreve a palavra crise utilizando dois ideogramas que, dependendo da ordem, podem significar perigo ou oportunidade. Preferimos sentir a dita crise da adolescência como uma oportunidade de construção da autonomia do ser, fundamental no caminho da fraternidade e da felicidade.

APÊNDICE A

Consentimento Livre e Esclarecido

COMPREENSÃO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA POR MEIO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA

Pesquisadora: Marília Ávila de Freitas Aguiar
Orientador: Prof. Dr. Eduardo Carlos Tavares
Co-Orientadora: Profª. Dra. Cristina Alvim

Belo Horizonte, de agosto de 2008.

Prezados senhores,

Vocês estão sendo convidados a participarem da pesquisa COMPREENSÃO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA POR MEIO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA.

É importante que vocês leiam com atenção o texto abaixo e esclareçam suas dúvidas.

Este estudo pretende entrar em com o mundo interno do adolescente que atenta contra sua própria vida. Queremos conhecer como a idéia surge e que caminhos o adolescente percorre até chegar a ação. Para tanto, realizaremos uma entrevista com o adolescente, e somente com ele. Esta será gravada em áudio e depois transcrita. . Não haverá nenhum desconforto ou risco nos procedimentos. Inclusive, estaremos abrindo um espaço para que o adolescente possa expressar os sentimentos que estiver experimentando, uma oportunidade para falar sobre o momento pelo qual está passando.

O estudo está sendo realizado dentro do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob a orientação dos professores Dr. Eduardo Carlos Tavares e Dra. Cristina Alvim. Será desenvolvido por mim, Marilia Ávila de Freitas Aguiar, psicóloga, com registro no CRP n. 4723/4ª. Região.

Este trabalho não irá interferir na conduta médica indicada. A qualquer momento no decorrer da pesquisa, se for da conveniência dos senhores, poderão solicitar que interrompamos os procedimentos, no que serão prontamente atendidos.

É importante ressaltar que:

1. os encontros serão apenas com a psicóloga que conduz a pesquisa;
2. nenhuma informação que coloque em risco o sigilo da identidade do adolescente e/ou de sua família será repassada a qualquer equipe de qualquer instituição, a não ser que haja para isso um pedido expresso, que será avaliado, ou uma autorização formal do próprio responsável.

Garantimos que não haverá despesas pessoais para o participante em nenhuma fase de processo do estudo, como também não há compensação financeira pela sua participação.

Nosso trabalho tem como objetivo a investigação científica, ou seja, não pretendemos substituir o apoio clínico oferecido pelos profissionais de saúde mental ou outros que por ventura estejam atendendo ao adolescente. A pesquisa é independente da instituição hospitalar, não substituindo os procedimentos rotineiros nem influindo sobre o prosseguimento destes.

Os resultados serão apresentados na Faculdade de Medicina da UFMG e em outros ambientes acadêmicos, para professores, alunos e pessoas interessadas. Posteriormente, serão publicados em revistas especializadas, na área de saúde e de educação. Novamente, me comprometo a manter total sigilo sobre a identidade das pessoas envolvidas e as informações que possam identificá-las, assim como a cumprir os demais requisitos éticos, de acordo com a Resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Vocês não são obrigados a colaborar. Sua participação é totalmente voluntária. Caso concordem, favor assinar o Termo de Consentimento livre e Esclarecido que segue este esclarecimento. Se tiverem alguma dúvida, contatem o Comitê de Ética da UFMG, Av. Antonio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º. Andar, CEP 31270-901, BH, MG, fone (31) 3499- 4592, e e-mail: prpq@coep.ufmg.br ou liguem para mim, no telefone (31) 3344-8142.

Obrigada pela atenção e pela colaboração.

Atenciosamente,

Marília Ávila de Freitas Aguiar

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para os responsáveis)

Eu, _____, autorizo meu (minha) filho(a) _____ menor de idade, participar da pesquisa científica da psicóloga Marília A. de Freitas Aguiar. Estou ciente de que todas as informações dadas serão sigilosas e não reveladas nem a minha identidade e nem a do meu (minha) filho(a). Faço este consentimento de livre escolha e também estou ciente de que a participação de meu (minha) filho(a) poderá ser interrompida a qualquer momento, ou seja, meu (minha) filho(a) não é obrigado(a) a participar desta pesquisa, podendo interromper e desistir a qualquer momento.

Belo Horizonte, ____, _____ de 2008.

Assinatura do responsável

Marília A. de Freitas Aguiar - Pesquisadora

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para a/o adolescente)

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa científica da psicóloga Marília A. de Freitas Aguiar. Estou ciente de que todas as informações dadas serão sigilosas e não reveladas nem a minha identidade e nem a dos meus responsáveis. Faço este consentimento de livre escolha e também estou ciente de que a minha participação poderá ser interrompida a qualquer momento, ou seja, meu filho não é obrigado a participar desta pesquisa, podendo interromper e desistir a qualquer momento.

Belo Horizonte, ____, _____ de 2008.

Assinatura do responsável

Marília A. de Freitas Aguiar - Pesquisadora

APÊNDICE B

Roteiro da entrevista semiestruturada

1. O que aconteceu
   a. falou com alguém
   b. Deixou bilhete
   c. 1ª. vez que teve a idéia

2. Infância

3. Relacionamento familiar
   a. pais
   b. irmãos
   c. família estendida

4. Relacionamento social

5. Relacionamento afetivo

6. Antes/depois

7. Você acha que tem alguma coisa diferente das pessoas da sua idade?

8. Existe alguma coisa que se pode fazer para ajudar adolescentes que tentaram o suicídio?

9. O que não se deve fazer?

10. Vou te dizer algumas frases que quero que você complete com a primeira idéia que lhe vier à cabeça

    Eu sou _____
    Eu penso _____
    Minha mãe é _____
    Meu pai é _____
    Meus amigos são _____
    Meu (minha) namorado(a) é _____
    Eu queria _____
    O passado foi _____
    O presente é _____
    O futuro vai ser _____
    A vida é _____
    A morte é _____