



ÉMILEN VIEIRA SIMÕES

**VISIBILIDADE DA(S) TENTATIVA(S) DE SUICÍDIO A PARTIR DOS DISCURSOS
DOS ADOLESCENTES**

RIO GRANDE

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/ SAÚDE

**VISIBILIDADE DA(S) TENTATIVA(S) DE SUICÍDIO A PARTIR DOS DISCURSOS
DOS ADOLESCENTES**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Adriane Maria Netto de Oliveira

RIO GRANDE
2020

Ficha Catalográfica

S593v Simões, Êmilén Vieira.
Visibilidade da(s) tentativa(s) de suicídio a partir dos discursos dos adolescentes / Êmilén Vieira Simões. – 2020.
84 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2020.
Orientadora: Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira.

1. Suicídio 2. Adolescente 3. Saúde Mental 4. Enfermagem
I. Oliveira, Adriane Maria Netto de II. Título.

CDU 314.424.2-053.6

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

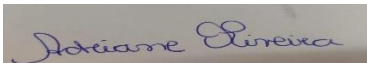
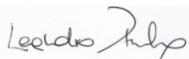
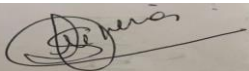
FOLHA DE APROVAÇÃO
ÉMILEN VIEIRA SIMÕES

VISIBILIDADE DA(S) TENTATIVA(S) DE SUICÍDIO A PARTIR DOS DISCURSOS
DOS ADOLESCENTES

Essa dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em dois de outubro de 2020, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração Enfermagem e Saúde.



Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA	
	
Prof. ^a Dr. ^a Adriane Maria Netto de Oliveira – Presidente (FURG)	
	
Prof. ^o Dr. ^o Leandro Barbosa de Pinho- Efetivo Externo (UFRGS)	
	
Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção- Efetivo Interno (FURG)	
	
Prof. ^a Dr. ^a Francisca Lucélia Ribeiro de Farias- Suplente externo (UNIFOR)	
	
Prof. ^a Dr. ^a Stella Minasi de Oliveira- Suplente Interno (FURG)	

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho,

A mim, pelo meu excesso de perseverança que me manteve firme e
fiel aos meus propósitos e ideais, até aqui!

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, em especial, aos professores pelo aprendizado, pelas ponderações e trocas, que proporcionaram momentos de reflexões e transformações acerca da minha, da tua e da nossa saúde.

Agradeço a compreensão e a tolerância dos mestres no período gestacional e puerperal, o qual se tornaram meus aliados desde o início desta aprendizagem.

À minha orientadora Adriane, pela paciência, pelos ensinamentos, pelas trocas de experiências de vida e profissionalmente, obrigado por ter embarcado neste sonho, que hoje torna-se realidade.

A psicóloga Cláudia do CAPS i pelo empenho em tornar essa pesquisa possível e pela imensa atenção prestada.

Aos colegas do mestrado por “equilibrarem a balança” nos momentos em que pesava somente para um lado, aos cuidados comigo e com a Ana Clara, durante as aulas e o estágio de docência, as minhas colegas “babás” Eduarda, Bianca, Suelen, Melissa e Bruna, pelas trocas de fraldas e pelos “embalinhos” enquanto a mamãe não chegava, a ajuda de vocês foi essencial para eu estar aqui.

Aos colegas de mestrado e do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental: Alex, Rayara e Marla: obrigado pelo apoio nesse processo final, nos fortalecemos nas trocas de experiências.

À minha mãe e irmãs por caminharem junto comigo em busca deste sonho, pelo incentivo quando a dúvida em continuar falava mais alto, e por compreenderem meus dias e meses de ausência junto a família.

Ao meu companheiro de vida: Fábio pelo incentivo de embarcar nesta trajetória de aprendizagem, mesmo que por momentos não compreenda a minha ansiedade e angústia deste processo, obrigado por estar ao meu lado.

E, por último e, não menos importante, à minha filha Ana Clara, que foi concebida no início deste sonho, se desenvolveu junto a ele e hoje agradece por ter sua mamãe mais presente junto a ela.

A todos vocês obrigado pelo carinho e amor neste trajeto!

RESUMO

SIMÕES, Émilén Vieira. **Visibilidade da(s) tentativa(s) de suicídio a partir dos discursos dos adolescentes**. 2020. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande.

O suicídio é a terceira principal causa de morte de jovens entre 15 a 19 anos no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a prioridade é conscientizar os países no que diz respeito a este problema de saúde pública, a fim de que ocorra uma redução em 10% da taxa de mortalidade por suicídio até o ano de 2020 e, em 1/3 até 2030, o que mostra a relevância de estudos a respeito deste tema. O presente estudo teve como objetivo geral compreender os motivos atribuídos a(s) tentativa(s) de suicídio como forma de terminar com o sofrimento vivenciado pelos adolescentes em um município do extremo sul do Brasil e, os específicos foram: conhecer como os adolescentes que tentaram suicídio percebem a vida e o mundo; conhecer a história de vida dos adolescentes que tentaram suicídio; conhecer como os adolescentes que tentaram suicídio percebem as relações interpessoais; conhecer a auto percepção e autoimagem dos adolescentes que tentaram suicídio; identificar a percepção dos adolescentes que tentaram suicídio acerca do suicídio. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Participaram da pesquisa dez adolescentes que tentaram suicídio, atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil do extremo sul do Brasil. A coleta dos dados ocorreu no mês de julho de 2020, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, através da entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo. Os resultados foram discutidos em dois artigos, sendo o primeiro “Relações dos adolescentes com comportamentos suicidas com as redes de proteção e apoio social”, no qual mostrou as fragilidades nas interações dos adolescentes com as redes de apoio e proteção social, entre elas, no ambiente familiar, com os amigos, no ambiente escolar com professores e colegas e, em diferentes contextos do seu convívio. As dificuldades evidenciadas nas relações interpessoais, familiares e sociais, bem como, o reflexo das mesmas para o seu desenvolvimento e desencadeamento das tentativas de suicídio ficaram evidentes. Contudo identificou-se o fortalecimento dessas interações, após as intervenções dos profissionais de saúde mental. E, o segundo artigo, intitulado “Motivos atribuídos pelos adolescentes as tentativas de suicídio”, evidenciou de acordo com os adolescentes que os principais motivos relativos as tentativas de suicídio foram a violência psicológica, física e abuso sexual; o adolescente não ver sentido na vida e não ter sentimento de pertença no mundo em que vive. Outra questão relevante encontrada no estudo foi a excessiva ausência de habilidades dos adolescentes para enfrentarem e manejarem com as decepções e frustrações da vida. Os adolescentes referiram que as tentativas de suicídio foram realizadas para que pudessem terminar com a profunda tristeza e sofrimento que sentiam frente aos eventos estressores da sua vida. O conhecimento adquirido a partir dessa pesquisa é importante para a prática da enfermagem e demais profissionais de saúde, uma vez que contribui para a construção de novas estratégias de cuidado com os adolescentes, com a finalidade de realizar a prevenção do suicídio. Torna-se essencial rever atividades em grupo que envolvam os adolescentes na comunidade, de forma que essas possam ser utilizadas para a promoção da saúde mental desse grupo, uma vez que o envolvimento com as demais pessoas fortalece sua autoestima, auto imagem, o enfrentamento e resolução dos problemas da vida de maneira adequada, estimula sua (re)inserção no meio social, estimula o envolvimento em atividades de promoção a saúde fazendo com que reconheça a importância do seu eu e das suas ações para a sociedade.

DESCRIPTORIOS: Suicídio. Adolescente. Saúde Mental. Enfermagem.

ABSTRACT

SIMÕES, Émilien Vieira. **Visibility of the attempt(s) of suicide from the discourses of teenagers**. 2020. 88f. Dissertation (Master in Nursing). School of Nursing. Graduate Program in Nursing. Federal University of Rio Grande. Rio Grande.

Suicide is the third leading cause of death for young people between the ages of 15 and 19 in the world. According to the World Health Organisation, the priority is to make countries aware of this public health problem so that there is a 10% reduction in the suicide mortality rate by the year 2020 and 1/3 by 2030, which shows the relevance of studies on this theme. The present study had as its objective to understand the reasons attributed to (s) suicide attempt(s) as a way to end the suffering experienced by teenagers in a municipality in the extreme south of Brazil and, the specific ones were: to know how teenagers who attempted suicide perceive life and the world; know the life history of teenagers who attempted suicide; to know how adolescents who attempted suicide perceive interpersonal relationships; to know the self-perception and self-image of adolescents who attempted suicide; identify the perception of adolescents who attempted suicide about suicide. This is a research with a qualitative, exploratory and descriptive approach. Ten teenagers who attempted suicide attended a Center for Child Psychosocial Care in the extreme south of Brazil participated in the study. Data collection took place in July 2020, after a favorable opinion from the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande, through the semi-structured interview. The data were analyzed using Thematic Content Analysis. The results were discussed in two articles, the first being "Relations of teenagers with suicidal behaviors with social protection and support networks", in which showed the weaknesses in the teenagers' interactions with social support networks, among them, in the family environment, with friends, in the school environment with teachers and colleagues, and in different contexts of their living together. The difficulties evidenced in interpersonal, family and social relations, as well as their reflection for their development and trigger of suicide attempts were evident. However, the strengthening of these interactions was identified after the interventions of mental health professionals. Moreover, the second article entitled "Reasons attributed by teenagers to suicide attempts" showed according to teenagers that the main reasons related to suicide attempts were psychological violence, physical and sexual abuse; the teenager does not see meaning in life and has no sense of belonging in the world in which he lives. Another relevant question found in the study was the excessive lack of skills of teenagers to face and manage with the disappointments and frustrations of life. The teenagers reported that suicide attempts were made so that they could end the deep sadness and suffering they felt facing the stressful events of their life. The knowledge acquired from this research is important for the practice of nursing and other health professionals, since it contributes to the construction of new strategies of care for teenagers, in order to carry out suicide prevention. It is essential to review group activities that involve teenagers in the community, so that they can be used to promote the mental health of this group, since their involvement with other people strengthens their self-esteem, self-image, the coping and resolution of the problems of life in an adequate way, stimulates its (re)insertion in the social environment, stimulates the involvement in health promotion activities making it recognize the importance of its self and its actions to society.

DESCRIPTORS: Suicide; Adolescent. Mental Health; Nursing.

RESUMEN

SIMÕES, Émilén Vieira. Visibilidad de la(s) intento(s) de suicidio a partir de los discursos de los adolescentes. 2020. 88f. Disertación (Maestría en Enfermería). Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería. Universidad Federal de Río Grande. Río Grande.

El suicidio es la tercera causa principal de muerte de jóvenes entre 15 y 19 años en el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la prioridad es concientizar a los países con respecto a este problema de salud pública, a fin de que se produzca una reducción en 10% de la tasa de mortalidad por suicidio para el año 2020 y, en 1/3 para 2030, lo que demuestra la relevancia de los estudios sobre este tema. El presente estudio tuvo como objetivo general comprender los motivos atribuidos a(s) intento(s) de suicidio como forma de terminar con el sufrimiento experimentado por los adolescentes en un municipio del extremo sur de Brasil y, los específicos fueron: conocer cómo los adolescentes que intentaron suicidarse perciben la vida y el mundo; conocer la historia de vida de los adolescentes que intentaron suicidarse; conocer cómo los adolescentes que intentaron suicidarse perciben las relaciones interpersonales; conocer la auto percepción y autoimagen de los adolescentes que intentaron suicidarse; identificar la percepción de los adolescentes que intentaron suicidarse acerca del suicidio. Se trata de una investigación con enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo. Participaron de la investigación diez adolescentes que intentaron suicidarse, atendidos en un Centro de Atención Psicosocial Infantil Juvenil del extremo sur de Brasil. La recolección de los datos tuvo lugar en el mes de julio de 2020, tras el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Río Grande, a través de la entrevista estructurada. Los datos fueron analizados por medio del Análisis Temático de Contenido. Los resultados fueron discutidos en dos artículos, siendo el primero "Relaciones de los adolescentes con comportamientos suicidas con las redes de protección y apoyo social", en el cual mostró las fragilidades en las interacciones de los adolescentes con las redes de apoyo y protección social, entre ellas, en el ambiente familiar, con los amigos, en el ambiente escolar con profesores y colegas y, en diferentes contextos de su convivencia. Las dificultades evidenciadas en las relaciones interpersonales, familiares y sociales, así como el reflejo de las mismas para su desarrollo y desencadenamiento de los intentos de suicidio, quedaron evidentes. Sin embargo se identificó el fortalecimiento de esas interacciones, después de las intervenciones de los profesionales de salud mental. Y, el segundo artículo, titulado "Motivos atribuidos por los adolescentes a los intentos de suicidio", evidenció de acuerdo con los adolescentes que los principales motivos relativos a los intentos de suicidio fueron la violencia psicológica, física y el adolescente no ver sentido en la vida y no tener sentimiento de pertenencia en el mundo en que viven. Otra cuestión relevante encontrada en el estudio fue la excesiva ausencia de habilidades de los adolescentes para enfrentar y manejar con las decepciones y frustraciones de la vida. Los adolescentes refirieron que los intentos de suicidio fueron realizados para que pudieran terminar con la profunda tristeza y sufrimiento que sentían frente a los eventos estresantes de su vida. El conocimiento adquirido a partir de esta investigación es importante para la práctica de la enfermería y demás profesionales de la salud, ya que contribuye a la construcción de nuevas estrategias de cuidado con los adolescentes, con la finalidad de realizar la prevención del suicidio. Es esencial revisar las actividades en grupo que involucran a los adolescentes en la comunidad, de manera que puedan ser utilizadas para la promoción de la salud mental de ese grupo, ya que el involucramiento con las demás personas fortalece su autoestima, auto imagen, el afrontamiento y resolución de los problemas de la vida de manera adecuada, estimula su (re)inserción en el medio social, estimula la participación en actividades de promoción de la salud haciendo que reconozca la importancia de su yo y de sus acciones para la sociedad.

DESCRIPTORES: Suicidio. Adolescente. Salud Mental. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo esquemático da elaboração do artigo 1 desta dissertação.....	28
Figura 2 – Modelo esquemático da elaboração do artigo 2 desta dissertação.....	29

LISTA DE ABREVIACÕES

AF – Adolescente feminina

AM – Adolescente Masculino

ANB – Adolescente Não Binário

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CVV – Centro de Valorização à Vida

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente

FUNDEF – Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental

FURG – Universidade Federal do Rio Grande

GEPESM – Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental

MS – Ministério da Saúde

NUMESC – Núcleo Municipal de Educação em Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS	7
2.1 OBJETIVO GERAL.....	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
3.1 A EVOLUÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DO SUICÍDIO AO LONGO DO TEMPO	8
3.2 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À IDEIAÇÃO SUICIDA ENTRE OS ADOLESCENTES	14
3.3 PROVÁVEIS ASPECTOS FAMILIARES ENVOLVIDOS NAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO DOS ADOLESCENTES.....	18
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 TIPO DE ESTUDO	22
4.2 LOCAL DO ESTUDO	22
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	23
4.4 COLETA DOS DADOS.....	24
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	25
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	25
5 RESULTADOS	27
5.1 ARTIGO 1	29
5.2 ARTIGO 2.....	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	74
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	78
ANEXO D – PARECER COMITÊ DE ETICA EM PESQUISA	80

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é a terceira principal causa de morte de jovens entre 15 a 19 anos no mundo. Para cada suicídio consumado, há mais de 20 tentativas. Considerando os dados, cerca de 793.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos, ou seja, uma pessoa a cada 40 segundos. (OMS, 2016).

O suicídio tem forte associação com alguns transtornos mentais, mais especificamente, com a depressão. Até o presente ano, 2020, a depressão é considerada como a segunda maior causa de incapacitação das pessoas para atuarem em diferentes contextos. Em função disso, a OMS estabeleceu a prioridade de conscientizar os países no que se refere a redução em 10% da taxa de mortalidade por suicídio até 2020 e, em 1/3, até 2030 (OMS, 2019).

Há uma taxa anual global de 10,6 de suicídio por 100.000 habitantes em relação aos continentes. Em primeiro lugar está a Ásia, com uma taxa de 13,40, seguida da Europa com 12,85, as Américas estão em quarto com uma taxa abaixo da global 9,8 por 100.000 habitantes. Segundo dados da OMS, em 2016, o Brasil possuía uma taxa de 6,5 mantendo valor inferior a taxa global e das Américas (OMS, 2018). Já, segundo o Ministério da Saúde (MS), a média nacional de suicídio no Brasil é de 5,5 por 100.000 habitantes, o que corresponde a 11 mil pessoas que se suicidam, por ano (BRASIL, 2018). No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio de jovens entre 15 a 24 anos é de 6/100.000 habitantes. Analisando separadamente por sexo, os homens apresentam maior taxa, sendo 8 para cada 100.000 hab. e 2 para cada 100.000 hab. em mulheres.

De acordo com os dados informativos do Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativas de Suicídio do Rio Grande do Sul, o estado possui uma taxa de 11,0 por 100.000 habitantes, quase o dobro da média nacional. Foram registrados 1166 óbitos e notificados 3700 casos de violência autoprovocada no ano de 2016. A cidade do Rio Grande/RS está entre a região sul, que tem uma média de 11,9 por 100.000, as taxas mais altas do estado estão na região de Botucarái 21,9 e Caminho das Águas 19,2 (CEVS, 2018).

O suicídio pode ser definido como o ato deliberado de tirar a própria vida. A tentativa de suicídio se refere a qualquer comportamento suicida não fatal, como intoxicação, lesão ou dano autoprovocado intencionalmente (BRASIL, 2019). Essa forma de violência autoinfligida e intencional, por meio da qual o indivíduo tira a própria vida, resulta da interação de múltiplos fatores: biológicos, psicológicos, socioculturais e ambientais. O comportamento suicida pode ser descrito a partir de um conjunto de manifestações, tais como: automutilação, especialmente

em jovens, ideias recorrentes e persistentes de morte, ideação suicida, plano, tentativa e suicídio consumado (CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CEVS). (CEVS, 2018).

O suicídio na contemporaneidade é considerado uma anormalidade psíquica, muitas vezes, desencadeada por um processo de indução grupal e, não somente individual e de origem coletiva (ALMEIDA, 2018). Portanto, de certa maneira, a sociedade também tem responsabilidade pelo ato cometido.

O suicídio em crianças e adolescentes geralmente é causado por algum evento estressante e, geralmente, está associado a um transtorno mental, mais especificamente, a depressão. O suicídio é raro em crianças antes da puberdade e é um problema que ocorre mais frequentemente na adolescência, sobretudo entre os 15 e os 19 anos de idade e, na idade adulta. Contudo, crianças pré-adolescentes cometem suicídio e esse evento merece atenção (BERENCHTEIN NETTO, 2015).

As mudanças na maturidade dos adolescentes ocorrem em uma velocidade relativamente moderada, comparando o início da adolescência, a adolescência média e a tardia. Por isso, a necessidade em acompanhar os adolescentes e jovens se torna fator essencial na identificação de alterações ou possíveis intercorrências em cada uma das fases. O adolescente com o passar do tempo, vai adquirindo comportamentos que permeiam a construção de sua singularidade diante do mundo e dos fatores que interferem nesta fase, como por exemplo, o relacionamento com os colegas, a família e a sociedade (TENÓRIO, 2015).

Pesquisas nacionais recentes de adolescentes entre 13 a 15 anos no Sudeste Asiático encontraram taxas de planejamento de suicídio de até 19%, de 13% nas Maldivas e, 14% e 15% na Tailândia, respectivamente; as taxas eram semelhantes em meninos e meninas. A autolesão também foi uma causa importante de morte nos países com situação econômica altamente favorável e, também, naqueles economicamente desfavoráveis, tais como nos países Europeus, do Pacífico Ocidental e das Américas. Adolescentes estão na faixa etária com maior risco de autolesão deliberada sem intenção suicida. Embora existam variações internacionais, estudo baseado na comunidade descobriu que aproximadamente 10% dos adolescentes se machucam intencionalmente (OPAS, 2017).

Tais dados mostram a relevância deste estudo, pois o suicídio é uma questão de saúde pública mundial que vem se agravando ao longo do tempo. Em todos os casos há necessidade de ações/intervenções que diminuam os índices apresentados de tentativa de suicídio e suicídio. Em outros mais específicos, será preciso identificar os possíveis fatores de risco que levam a depressão e, posteriormente, a tentativa do suicídio ou ao suicídio (BRASIL, 2018.1).

Para atingir a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de redução de 10% dos óbitos por suicídio até 2020, o Ministério da Saúde lançou, em 2017, uma Agenda Estratégica de Prevenção. A Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio busca ampliar a assistência a adultos, crianças e adolescentes que apresentam ideação ou tentativa de suicídio. Em função disso, novos Centros de Atenção Psicossocial estão sendo capacitados, implantadas ligações gratuitas para o Centro de Valorização à Vida (CVV) no país, além da qualificação dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

Para a realização de ações de prevenção ao suicídio é preciso ampliar o desenvolvimento de pesquisas sobre o risco de suicídio. O interesse em desenvolver o estudo sobre este tema surgiu em função do aumento significativo de tentativas de suicídio e o suicídio consumado entre jovens, que tem acontecido no estado do Rio Grande do Sul e, mundialmente. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a região sul concentra 23% dos casos suicídios no país, os seis estados com maiores taxas de suicídio no país são: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Roraima, Piauí e Amazonas (BRASIL, 2018).

Os dados apresentados justificam o interesse em realizar este estudo, a fim de compreender e conhecer melhor os adolescentes que tentaram suicídio no município do Rio Grande, tendo como **questão de pesquisa** foi: Quais os motivos atribuídos pelos adolescentes de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil de um município do extremo sul do Brasil as tentativas de suicídio?

Entende-se que a pesquisa trouxe benefícios para os adolescentes, para a equipe de trabalho e para o dispositivo de saúde, pois possibilitou melhor compreensão desses indivíduos, da sua história de vida, fragilidades e potencialidades, bem como a rede de suporte social que possuem, proporcionando subsídios para que os profissionais de saúde possam repensar em ações de prevenção do suicídio e promoção da saúde dos adolescentes em situação de vulnerabilidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender os motivos atribuídos a(s) tentativa(s) de suicídio pelos adolescentes em um município do extremo sul do Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer como os adolescentes que tentaram suicídio percebem a vida e o mundo;
- Conhecer a história de vida dos adolescentes que tentaram suicídio;
- Conhecer como os adolescentes que tentaram suicídio percebem as relações interpessoais;
- Conhecer a auto percepção e autoimagem dos adolescentes que tentaram suicídio;
- Identificar os motivos atribuídos pelos adolescentes as tentativas de suicídio.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Foram elencados três temas relacionados ao suicídio e as tentativas de suicídio, a fim de aprofundar o conhecimento científico acerca do assunto, os quais foram subdivididos da seguinte forma: 3.1 A evolução sócio-histórica do suicídio ao longo do tempo; 3.2 Fatores de risco associados à ideação suicida entre os adolescentes e, 3.3 Prováveis aspectos familiares envolvidos nas tentativas de suicídio dos adolescentes.

3.1 A EVOLUÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DO SUICÍDIO AO LONGO DO TEMPO

O suicídio continua sendo discutido em diferentes cenários. Por se constituir em um fenômeno extremamente complexo torna-se um grave problema de saúde pública que permeia as três esferas de governo, união, estado e município (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). O tema tem sido alvo de pesquisas durante anos por teólogos, filósofos, psicólogos, psiquiatras e sociólogos (LACERDA, 2017).

Para Kalina, médico Psiquiatra, na Antiga Grécia, o indivíduo não tinha capacidade de decidir sobre a sua própria vida, ou seja, não querer viver. A vida era determinada primeiramente pela sociedade, somente após consentimento desta, alguma atitude poderia ser tomada em relação a sua finitude. Quando alguém tentava se suicidar sem prévia autorização social, este passava a ser considerado infrator da lei. O suicídio ilegal era considerado um ataque às normas que regiam o modelo da vida social. Ainda, para aquele que cometia tal infração, não tinha direito a uma sepultura, uma das suas mãos era amputada para deixar o registro que esta foi a “arma” do crime e era enterrada parte do indivíduo (KALINA; KOVADLOFF, 1983).

A sociedade ocidental caracterizava a morte auto praticada como um conjunto de prazeres. O indivíduo era convencido que a morte grave é aquela que se aguarda passivamente. Já, o suicídio era visto ao contrário, uma vez que o indivíduo ia em busca da morte (LACERDA, 2017). Na cultura egípcia, quando o faraó morria, era exigido que seus escravos o acompanhassem, sendo emparedados no subsolo das pirâmides. Não muito diferente acontecia na Índia, quando as mulheres indianas ficavam viúvas era decretado em sua cultura que cometessem o suicídio (LACERDA, 2017).

Na idade Média, após o período greco-romano e a Grécia Antiga perderem força pelo fortalecimento da Igreja Católica, o suicídio deixou de ser visto como um pecado frente ao indivíduo e a sociedade, passando a ser considerado uma afronta a Deus, seu Criador. Neste período, a vida deste indivíduo não é mais vista como propriedade da sociedade, mas como

patrimônio divino, diante disso, o suicídio passa a ser considerado um pecado grave contra os preceitos religiosos (KALINA; KOVADLOFF, 1983).

Com o entendimento que a vida pertencia a Deus e o suicídio um pecado contra o divino, Durkheim relata que aqueles que cometessem esse ato receberiam castigos de acordo com a cultura de cada região. As punições para quem cometia suicídio eram severas e constavam em pendurar o cadáver pelos pés, arrastá-lo pelas ruas da cidade; se fosse homem era arrastado com forquilha e pendurado pelo pescoço e, se fosse mulher, era queimada. Estas penalizações tinham como objetivo ocasionar medo às pessoas da sociedade, com o intuito de inibir os prováveis indivíduos que tivessem a intenção de se suicidar, pois não tinham poder sobre sua própria vida, uma vez que esta pertencia a Deus (DURKHEIN, 1973).

Na Inglaterra, no Século X, após uma norma dos Cânones reais, o suicida era considerado um criminoso e comparado a um ladrão e assassino. Era visto como um rebelde e seu cadáver era passível de toda e qualquer punição e castigo severo e cruel (DURKHEIN, 1973).

No final da Idade Média, com a separação entre a Coroa e a Igreja, o poder médico passa a ocupar um lugar privilegiado no controle da sociedade, de modo que os “médicos” passaram a definir a negatividade da morte voluntária, alternando a percepção do suicídio até então considerado crime, pecado, passando a ser qualificado como loucura (CONSELHO FEDERAL PSICOLOGIA, 2013).

Nos tempos modernos, com menor pressão da Igreja e do Estado sobre a vida de cada cidadão, os indivíduos passam a ter mais autonomia para tomar suas decisões no que se refere as escolhas da vida pessoal. A percepção acerca do suicídio para a sociedade sofre modificações e é retirada da lista de crimes. Após a Revolução de 1789 na França, as medidas punitivas que condenavam o suicida após sua morte, também foram excluídas (KALINA; KOVADLOFF, 1983).

Entretanto, para Minois (2018), o ato em si nunca deixou de ser um objeto de reprovação social e religiosa, pois o suicídio é considerado uma ofensa a Deus, que deu a vida ao homem e, à sociedade, que provê o bem-estar de seus membros.

O Estado passou a entender que o suicídio não interferia no seu equilíbrio, sendo assim, este ato começou a ser visto como uma expressão individual e insignificante para a sociedade. Entretanto, as religiões mantiveram os castigos, em função do indivíduo não cumprir com as regras estabelecidas pela sociedade (LACERDA, 2017).

O suicídio é “um sintoma de uma sociedade doentia, que necessita de uma transformação radical. Cada indivíduo está isolado dos demais, é um entre milhões, numa espécie de solidão em massa” (MARX, 2006).

Para Kalina (1983), no início do Séc. XVIII, a população começou a viver uma grande crise de identidade, o que levou ao aumento de novos casos de indivíduos cometendo suicídio. O desequilíbrio social que acontecia acarretou desordem emocional, desencadeando no indivíduo, o transtorno depressivo, provavelmente em função da sociedade não estar preparada para ajudar as pessoas a enfrentarem esta crise de identidade. “As pessoas agem entre si como estranhas, numa relação de hostilidade mútua, em uma sociedade de lutas e competições impiedosas, de guerra de todos contra todos, restando ao indivíduo apenas ser vítima ou carrasco, o que pode explicar o desespero do contexto social que leva a pessoa a cometer o suicídio” (KALINA; KOVADLOFF, 1983).

Sem dúvida, o suicídio é vulgarmente e, antes de mais nada o ato de desespero do indivíduo, a quem a vida já não interessa mais. Ele “é a trágica denúncia individual de uma crise coletiva” (DURKHEIN, 1987). E, para Lacerda (2017), o suicídio é um comportamento da sociedade contemporânea de se autodestruir, mais do que ser considerado um problema de aspecto psicológico e individual. Assim, o suicídio passa a ser compreendido na cultura ocidental como um ato desencadeado por fatores que estão interligados em três esferas da sociedade: a família, o Estado e a religião.

Os relatos de Durkheim (1897) e Lacerda (2017) reflete na reflexão de D’ARAÚJO (2011), onde pode se identificar quando, em 1954, o Brasil passou por uma grande repercussão com a morte de Getúlio Vargas, que cometeu suicídio, depois de constantes lutas políticas em defesa da população brasileira e da sociedade. Como seu empenho não repercutiu de forma esperada politicamente e socialmente, o sofrimento que, provavelmente, existia anteriormente, prevaleceu frente as perdas obtidas, uma vez que ele mesmo declarou que vinha lutando por meses, dias e horas, suportando as adversidades em silêncio, renunciando a ele mesmo e, se sentia desamparado (D’ARAÚJO, 2011).

Até esse momento, as autoridades brasileiras e a sociedade não tinham parado para refletir sobre o que acontece com as pessoas que cometem suicídio, o que se encontrava velado até terminarem com sua vida (D’ARAÚJO, 2011).

Na década de 1970, o mundo vivenciou o suicídio coletivo promovido por Jim Jones, socialista com mista cultura *hippie* na selva da Guiana. O líder da comunidade exigia que os adeptos a seita: Templo do Povo e seus filhos bebessem um veneno falso. Para Jim, o suicídio era a única maneira de dar fim à guerra declarada pelo governo americano contra ele. Jim Jones

convenceu seus fiéis que a comunidade *Jonestown* seria atacada por fuzileiros navais americanos e, assim, aqueles que acreditavam em suas palavras entenderam que o suicídio não era um pecado, mas sim uma ação revolucionária. Relatos de pessoas que conseguiram sobreviver à seita dizem que alguns adeptos fugiram pela floresta, uns foram capturados e mortos e, outros, obrigados a tomarem o veneno (RODRIGUES, 2008). É o chamado efeito cascata que encorajou centenas de pessoas a ingerirem e darem o veneno a seus filhos.

No final da década de 1970 e início dos anos 80, o suicídio atingia também, os artistas famosos. Estilos musicais como o *rock* e *heavy metal* estavam em alta no meio social dessa época. Em maio de 1980, o vocalista e compositor *punk* Ian Curtis suicidou-se em seu apartamento, em Manchester, segundo os noticiários Ian apresentava epilepsia, transtorno depressivo, era dependente químico e o relacionamento conjugal era conflituoso. Além dele, Darby Crash, em dezembro do mesmo ano morreu por overdose de heroína, ou seja, o consumo excessivo da droga levou ao suicídio.

Em meados da década de 80, os atos suicidas começaram a instigar alguns pesquisadores. Estudo realizado na Colômbia em 1993 analisou os suicídios entre os anos de 1970 a 1990. Os dados mostravam um aumento significativo de mortes de mulheres por tentativas de suicídio, enquanto que, na década de 60, os dados apontavam uma incidência de homens cometendo mais esta prática. Percebeu-se que, em 1985, as mulheres apresentavam alta taxa de incidência de suicídio. No final desta mesma década e início dos anos 90 observou-se que os aumentos dos casos de suicídio estavam sendo cometidos por pessoas jovens, menores de 16 anos, tornando-se mais preocupante ainda, o que levou os pesquisadores contemporâneos tentarem conhecer os motivos pelos quais os jovens estão preferindo a morte, ao invés da vida (VÁSQUEZ; GÓMEZ, 1983).

No final do Séc. XX, o estado do Rio Grande do Sul, no Brasil, foi considerado com maiores taxas de incidência de suicídio, sendo 10,2 para cada 100.000 habitantes, enquanto que a média brasileira era de 4,3. O estado apresentou uma variação na proporção homem x mulher de 3 em 1980 para 5 no final dos anos 90. Os resultados mostraram uma tendência ascendente de suicídio entre os homens e uma curva descendente entre as mulheres (MENEGHEL, 2004).

Estes dados justificam-se de maneira que quanto mais oportunidades de trabalho, econômicas e independência são oferecidas a mulher, menores são as chances de tentar suicídio. Já, em relação ao homem, quanto mais dificuldades em desempenhar o papel de provedor, determinado pela sociedade, bem como mostrar sua masculinidade por meio da produção, fez com que situações como o desemprego e a dependência financeira da mulher, os tornassem mais predispostos ao suicídio (MENEGHEL, 2004).

Outro estudo corrobora com os achados dos Estados Unidos, mostrando que à medida que as oportunidades econômicas, individuais e sociais aumentaram para as mulheres, a taxa de suicídio feminino diminuiu (KASTEMBAUM, 1983). Entretanto, em países que culturalmente prevalece a dependência econômica da mulher em relação ao homem, como na Índia e na China, evidenciam que o risco de suicídio nas mulheres é elevado, em função dessas apresentarem maior dependência financeira do parceiro (PHILLIPS, 2002).

Ao relacionar a idade, o grupo de adultos jovens já apresentava aumento nas taxas durante os últimos anos da década de 1990, o que indicava uma juvenilização do agravo. Com isso, o padrão etário está mudando, apontando para uma sociedade em que há poucas perspectivas de vida para a população mais jovem. Assim, em alguns países como Canadá, Sri Lanka, Áustria, Finlândia e Suíça, o suicídio em adolescentes e adultos jovens está se configurando como um padrão epidêmico (MENEGHEL, 2004).

No que se refere ao aumento da prevalência do suicídio na população jovem, sociólogos e psiquiatras divergem as opiniões, ao pensar que a divulgação na mídia influenciaria sobre o surgimento de novos casos de tentativas de suicídio. O médico psiquiatra do Hospital de Clínicas da Unicamp desconsidera tal possibilidade. No entanto, o sociólogo David Philips, da Universidade da Califórnia, apresenta dados de pesquisa mostrando um aumento de 2% em casos de suicídio, quando uma história semelhante aparece na imprensa (CANCIAM, 2003).

Uma pesquisa realizada em 1990 pela epidemiologista psiquiatra Madelyn Gould sugere que os jovens são, de fato, mais vulneráveis e podem se deixar afetar mais facilmente pela influência da mídia. A pesquisadora da Universidade da Columbia, nos Estados Unidos, investigou as conexões entre diferentes casos de suicídio e concluiu que adolescentes entre 15 e 19 anos que haviam sido expostos a relatos de suicídios tinham entre duas e quatro vezes mais chances de se suicidar do que pessoas de outras faixas etárias, tais dados comprovam a vulnerabilidade nessa fase da vida (GOULD, 1990).

Estudo realizado em 2009 relacionando o estilo musical com o risco de suicídio apresentou como resultado que os fãs e apreciadores do *rock* e *heavy metal* têm maior risco para o suicídio. Este dado está relacionado diretamente aos fãs que vivem em diversos países, nos quais predomina a língua inglesa e cujo teor das composições musicais vão desde a exaltação ao demônio, a comportamentos suicidas, uso de drogas, pornografias, violência, ocultismo e antipatriotismo (PIMENTEL, 2009).

A série *13 reasons why*, recentemente lançada, vem sendo alvo de inúmeras polêmicas. A referida série trouxe à discussão, a temática do suicídio e a sua veiculação tem gerado

posicionamentos ambivalentes, contraditórios e paradoxais. Para alguns, a série serve como alerta às situações que podem desencadear a prática do suicídio, como o *bullying* ou assédio, os quais passam a ser vistos como fatores que estimulam e, provavelmente, desencadeiam a ideação suicida (SÃO PEDRO, 2017). O *bullying* é uma forma de violência que, sendo verbal ou física, acontece de modo repetitivo e persistente, sendo direcionada contra um ou mais colegas, caracterizando-se por atingir as pessoas mais frágeis emocionalmente, de modo a intimidar, humilhar ou maltratar os que são alvos dessas agressões. O termo surgiu a partir do inglês *bully*, palavra que significa tirano, brigão ou valentão, na tradução para o português (DICIO, 2018).

As principais fontes de onde vem à ideia para a execução de comportamentos auto lesivos é, sobretudo, através da própria experiência com amigos da vida real e/ou da internet. Segundo Santos (2018), os amigos e o suporte do meio social em que vivem, são lugares de refúgio para o adolescente, estes são considerados um vínculo em sua vida, assim sendo, é possível compreender a influência dos amigos e do meio virtual na prática do suicídio. Na maioria das vezes, os adolescentes cometem tais comportamentos devido a fatores internos (angústias ou conflitos pessoais) somados a fatores externos (conflitos familiares ou sociais) e, essa prática advém também, da iniciativa própria e da individualidade/personalidade de cada um.

A internet por ser um meio virtual de fácil acesso entre os adolescentes torna-se, muitas vezes, um veículo importante entre os adolescentes, principalmente entre aqueles que apresentam fatores de risco para o suicídio. Biddle (2008) mostrou que 50% dos *sites* analisados na internet mostravam conteúdos relacionados ao tema, estimulando e encorajando a tentativa de suicídio.

Contudo, resultados mais atuais diferiram de Biddle, mais de 21% dos *sites* faziam referência a conteúdos relacionados ao suicídio, mas pertinentes a questões acadêmicas, pesquisas, artigos e trabalhos, seguidos de *sites* com temas e dados epidemiológicos relativos ao suicídio (GOMES, et al., 2014). Entretanto, encontrou-se 9% de *sites* que retratavam o suicídio como algo positivo e 5% de bate-papos e fóruns retratando métodos e maneiras de cometer suicídio (GOMES, et al., 2014). Tais achados mostram a relevância dos pais voltarem sua atenção para os assuntos de interesse dos seus filhos nos meios virtuais e acessados pelos adolescentes na internet, pois estes podem se constituir em fator de risco para o adolescente mais vulnerável, sensível e frágil a tentativa de suicídio.

Conforme o autor Rodrigues (2015, p.02) considera-se fator de risco: “os transtornos mentais, perdas recentes ou de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada,

personalidade com traços de impulsividade e agressividade, situações clínicas tais como, doenças crônicas incapacitantes, dolorosas e acesso fácil a meios letais”. E, entende-se como fator de proteção:

Os recursos tanto pessoais como sociais que atenuam ou neutralizam o impacto dos fatores de risco, entre os quais estão as boas relações familiares, o suporte social, as competências sociais, os estilos de vida saudáveis, os valores culturais, a religião e as boas relações interpessoais e grupais (RODRIGUES, 2015, p.02)

3.2 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À IDEIAÇÃO SUICIDA ENTRE OS ADOLESCENTES

Dentre as publicações encontradas na revisão de literatura observou-se semelhança entre as variáveis analisadas, como desejo de morrer, pensamento suicida e planejamento suicida. Nota-se em um estudo realizado na Costa Peruana, em 2014, com mais de dois mil adolescentes que o desejo de morrer esteve presente no último mês ou ano até a tentativa ou suicídio. Em maior proporção, este pensamento acompanhou os adolescentes durante a vida. O planejamento suicida esteve presente com menor predomínio. O estudo apontou ainda que, o desejo de morrer é mais elevado entre os jovens de 15 a 17 anos e, predominantemente, no sexo feminino (ROJAS; SAVEDRA, 2014).

Outro estudo que contempla as mesmas variáveis, realizado no estado de Santa Catarina, no Brasil, em 2016, com mais de mil adolescentes, contrapôs os resultados, pois foram os jovens do sexo masculino entre 14 e 16 anos de idade que apresentaram maior prevalência de pensamento, planejamento de morrer e tentativa de suicídio (ALVES JUNIOR, 2016). Pesquisa realizada em Minas Gerais por Cantão (2015) corrobora com esses achados, onde constatou que mais de 65% dos adolescentes que cometeram suicídio correspondiam ao sexo masculino, quando comparados às meninas. A proporção é de 2 meninos para 1 menina. Desse modo, percebe-se que a prevalência da tentativa suicídio ou do suicídio variam de uma região para outra.

Os sentimentos evidenciados nos adolescentes com o desejo de morrer, em uma pesquisa desenvolvida no México em 2015, com aproximadamente novecentos estudantes, foram: a tristeza, o desespero e a falta de esperança, sendo sentidos todos os dias ou, duas ou mais vezes durante a semana e, parte desses jovens já tinha tentado, ao menos uma vez, o suicídio. A qualidade de vida também foi investigada neste estudo, ficando 4 vezes mais baixa em adolescentes que tiveram a vontade de se suicidar, aumentando o risco em mais de 3 vezes

de elaborarem planos para cometerem o suicídio (HIDALGO-RASMUSSEM; MARTÍN, 2015).

Ao retratar a qualidade de vida pode-se trazer as alterações no sono que, associadas aos fatores descritos até o momento, aumentam o risco de cometerem tentativa de suicídio. O jovem que dorme menos e que não tem uma boa qualidade no sono, tende a ter maior risco a ideação suicida associado a outros problemas, como o estresse e a depressão. Os que repousam entre 5-6hs/dia apresentam 1,35% maior risco e os que dormem menos de 4hs/dia esse risco aumenta para 2,12% (KIM, et al. 2016).

O adolescente por não se sentir ouvido, reconhecido e, algumas vezes, por apresentar dificuldade para expressar seus pensamentos e sentimentos, busca por meio dos seus atos, a atenção que necessita, da família e da sociedade. Nesta fase, o jovem costuma agir por meio do imediatismo e da impulsividade e, quando não percebido e/ou reconhecido pelo meio social em que vive, o adolescente percebe como forma para solucionar o sentimento de ausência de pertencimento ao grupo social, o suicídio. A desorganização familiar foi um dos resultados apontados no estudo, a tentativa de suicídio pode ser um meio de constituir limites entre si e seus pais, quando a distância na comunicação torna a relação conflituosa (SILVA; MADEIRA, 2014). Pesquisa realizada em Guadalajara no México corrobora esses achados, pois aponta os problemas intrafamiliares como umas das principais causas de tentativa de suicídio, entre eles, a violência contra o adolescente, entre os pais, conflitos entre os irmãos, violência verbal e física no meio intrafamiliar, conflitos conjugais e a separação conjugal (SANCHEZ-LOYO, 2014).

Ao relatar as relações familiares, pesquisa internacional com levantamento de dados na cidade de Medellín na Colômbia, demonstrou que, para cada dez acadêmicos universitários que apresentaram ideação suicida no último ano, estes residiam com ambos os pais e, haviam vinte e cinco universitários, cujos pais não moravam juntos (BLANDON-CUESTA, 2015). Destaca-se que conflitos constantes e contínuos com as pessoas com as quais convivem e com quem tem maior relação de proximidade afetiva, leva um maior número de adolescentes a terem ideação suicida. Também foram avaliados no estudo, os relacionamentos com o pai, a mãe, os irmãos e consigo mesmo, aqueles que não tinham um bom relacionamento com os familiares disseram ter idealizado o suicídio no ano anterior a tentativa.

Sabe-se que a consequência desses problemas vivenciados pelos indivíduos, geralmente desencadeiam o transtorno depressivo. Estudo realizado no México em 2015, mostra as questões relacionadas à saúde mental dos adolescentes, sendo que os homoafetivos são mais acometidos pelo transtorno depressivo, assim como os que usam tabaco. Já, na ideação

e tentativa de suicídio pelo menos alguma vez na vida, estavam mais propensos a fazerem uso abusivo de álcool e drogas lícitas, incluindo os medicamentos (ORTIZ-HERNANDEZ, 2015).

Os aspectos relativos à opção sexual estão diretamente relacionados à depressão, principalmente dos adolescentes homoafetivos, sendo que outros fatores influenciam no planejamento da ideação suicida, entre eles, a violência sofrida na escola e no meio intrafamiliar em função da sua escolha, o que intensifica os sintomas depressivos e os pensamentos recorrentes relativos ao suicídio, em função, provavelmente, da sua exposição social. Adolescentes vítimas de violência verbal ou física no meio familiar apresentam mais sintomas do que aqueles que não vivem a mesma situação. O mesmo problema foi observado na violência escolar (ORTIZ-HERNANDEZ, 2015).

Se considerarmos os adolescentes que sofreram violência no ambiente escolar, vítimas de *bullying* físico e não físico e, os casos não especificados, estes foram significativamente associados à ideação suicida com planejamento e a múltiplas tentativas de suicídio. Percebe-se que, quanto mais frequente a exposição e vitimização por *bullying*, maior é o efeito crescente de exposição à resposta, com maior probabilidade de comportamentos suicidas, conforme levantamento realizado em cinco países da América Latina (Honduras, Costa Rica, Bolívia, Peru e Uruguai) no ano de 2016 (ROMO, 2016). Observou-se também, que a vitimização por *bullying* está diretamente relacionada ao aumento do uso de tabaco e uso abusivo de álcool e, ainda, ao maior número de evasão escolar, bem como o envolvimento em violência física, pelo menos uma vez (ROMO, 2016).

Entre os fatores que colocam em risco a vida dos adolescentes, apresentam maior probabilidade aqueles que praticaram tentativas de suicídio mais de uma vez e, os que mantêm relacionamento com companheiro que já tentou ao menos uma vez o suicídio e, os adolescentes que praticam atos de risco, mas omitem, por ocultarem ou não considerarem como comportamento de risco, tais situações aumenta em quatro vezes a probabilidade da tentativa de suicídio (BLANDON-CUESTA, 2015).

Estudo realizado em Medelyn na Colômbia em 2014 aponta as variáveis que aumentam o risco de ideação suicida para moderada e alta. Participaram do estudo seiscentos e quatro estudantes do ensino secundário e a pesquisa identificou que esses que apresentavam humor negativo, anedonia, autoestima negativa, são mais vulneráveis as fontes de apoio ao adolescente, em função de valores morais, acúmulo de tensão e disfunção familiar, aumentando o risco de tentativa e de suicídio, de maneira significativa. A autoestima negativa aumenta o risco de tentativa e consumação do suicídio em 5,4 vezes e o acúmulo de tensões em 5,7 vezes

(PANIAGUA, 2014). Essas variáveis fazem com que o indivíduo tenha uma percepção negativa de si mesmo, tenha sensação de incapacidade, de menos valia e sinta-se um fracassado.

Outro levantamento que considerou as mesmas variáveis do parágrafo anterior, somou a estas, o uso de substâncias psicoativas, assim como, que o risco de praticar o suicídio compromete mais de 50% dos adolescentes, um em cada dois jovens tem risco para ideação suicida e, um a cada quatro possui alto risco (LOBOA, 2013).

Os sinais e sintomas evidenciados nos adolescentes que tentam o suicídio são percebidos pelos outros como: não querer fazer nada, não querer ver as pessoas, não querer sair e evitar a convivência com outros jovens, seguidos dos sentimentos de tristeza, solidão, desespero, ansiedade e medo. Quando o indivíduo tenta cometer o suicídio, o pensamento está unicamente voltado para a vontade de acabar com os problemas, pois ele não visualiza outro meio para terminar com o seu sofrimento (SANCHEZ-LOYO, 2014).

Corroborando com os resultados anteriores, os indicadores que estabeleceram o perfil da população abordada com planejamento suicida inclui: a depressão, a vulnerabilidade familiar e o consumo de substâncias psicoativas (LOBOA, 2013). Pesquisa realizada na Província de Concepción no Chile, em 2015, com jovens residentes na zona rural, além de apresentar como resultado as mesmas variáveis mencionadas anteriormente, acrescenta a identidade de gênero, a falta de projetos com entretenimento para jovens, que são fatores que associados aos demais podem intensificar o risco de suicídio (VALDIVIA, 2015).

Poucas foram as evidências encontradas acerca do modo como ocorre a prática do ato de se suicidar. No entanto, pesquisa realizada no estado de Minas Gerais, mostra que mais de 50% se dá pelo enforcamento, estrangulamento e sufocação, seguida de autointoxicação intencional e disparos de arma de fogo. Essas foram as formas de maior ocorrência entre os jovens de 10 a 19 anos no estado. O estrangulamento e enforcamento foram os mais escolhidos entre os adolescentes de ambos os sexos, principalmente pelos meninos, que utilizam esse meio três vezes mais do que as meninas (CANTÃO, 2015).

Estudo realizado por Armond (2015), em São Paulo, aponta que o meio mais utilizado na tentativa de suicídio é a intoxicação por envenenamento, abuso de substâncias lícitas e ilícitas como cocaína, álcool, diazepam, carbamazepina e chumbinho (usado para desratização), o que corresponde mais de 80% das notificações, seguidas de ferimentos por armas brancas, condizendo pouco mais de 6% dos casos, percebendo-se assim que as formas utilizadas para tentativa de suicídio divergem em diferentes locais, mas ambas mostram a autointoxicação e o uso de armas.

3.3 PROVÁVEIS ASPECTOS FAMILIARES ENVOLVIDOS NAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO DOS ADOLESCENTES

Os padrões nos arranjos familiares, no Brasil, foram bastante modificados nas últimas décadas. Quando se compara o Brasil do século XXI a meados do século XX, as pessoas se casam mais tarde, especialmente as mulheres e se separam com maior frequência. Elas têm em média menos filhos do que antes e as crianças, em um número cada vez maior, crescem em ambientes domésticos que estão muito distantes da “família nuclear e feliz”, padrão bem representado pelas famílias dos comerciais de televisão, formadas por pai, mãe, um filho e uma filha, nos quais predomina a alegria, os sorrisos, a proximidade de todos membros da família nos momentos das refeições e um grupo “modelo” nas relações intrafamiliares, bastante distante da vida real cotidiana que possui diferentes configurações familiares, nas quais predominam cada vez mais, a dificuldade da manifestação dos afetos positivos e o não importar-se com o ser do outro (BIROLI, 2014).

O modo de agir das mulheres e dos homens também se modificou ao longo do tempo, tanto nas relações de trabalho, sociais, como no contexto familiar e domiciliar. Aumentou o número de famílias monoparentais, nas quais as mulheres são as provedoras e as únicas responsáveis pelos cuidados da casa e dos filhos (BIROLI, 2014).

No século XX, um conjunto de acontecimentos especialmente relacionados à inserção das mulheres no mercado de trabalho levou a mudanças econômicas na sociedade que contribuíram não só para o início do processo de autonomia e independência financeira da mulher, como também, foram responsáveis por novos cenários no que se refere aos costumes, crenças, valores e projetos da família. Em função dessas alterações, o modelo de família baseado na complementariedade de papéis com o pai provedor e a mãe dona de casa em período integral começa a sofrer rupturas, sinalizando o início da decadência da versão mais tradicional da família, ou seja, a nuclear (SIMÕES; HASHIMOTO, 2012).

Devido ao aumento da expectativa de vida, algumas mudanças ocorreram na organização da estrutura familiar contemporânea. Pode-se destacar o aumento do tempo de permanência dos filhos no convívio familiar, pois o período para conseguir se inserir no mercado de trabalho e alcançar a independência financeira tem sido maior. A inserção da mulher no mercado de trabalho trouxe repercussões na organização e na estrutura do funcionamento familiar, levando a novas configurações e modificações no exercício das funções e papéis parentais, o que interfere também, na dinâmica familiar (SIMÕES; HASHIMOTO, 2012).

Tais repercussões se manifestam nas relações conjugais e no relacionamento entre pais e filhos. Um dos grandes desafios para a mulher envolve a capacidade de conciliar as funções afetivas, familiares, acadêmicas, profissionais e manter os cuidados com o lar. No entanto, nem todas conseguem fazer isto, principalmente quando não possuem uma boa rede de suporte social, incluindo-se aí, a ajuda do companheiro no que se refere ao compartilhamento dessas funções, podendo ocorrer então, diversas dificuldades que provavelmente afetarão o desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes (SIMÕES; HASHIMOTO, 2012).

O adolescente, geralmente apresenta características próprias, individuais, psicológicas e biológicas, em função da fase do desenvolvimento na qual se encontra, quando começa a expressar seus pensamentos, opiniões, vontades e desejos e, desta forma, passa a fortalecer sua identidade, a partir das experiências vivenciadas em diferentes contextos, desde a infância (SENNA; DESSEN, 2012). É neste período que esses contextos exercem maior influência sobre a forma de pensar e agir do adolescente, intensificando e transformando o seu processo de construção como indivíduo (SENNA; DESSEN, 2012).

O adolescente inicia a modificação no seu modo de ver e enfrentar o mundo, apropriando-se de suas decisões com encorajamento e com uma nova postura, em busca da sua autonomia. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a adolescência é o período de crescimento e desenvolvimento humano que ocorre após a infância e antes da idade adulta (OMS, 2016).

A fase da adolescência centra-se no desenvolvimento psicossocial, na maturidade dos relacionamentos interpessoais, na orientação profissional e no processo de formação da identidade. A partir dessas mudanças, o adolescente vai se adaptando aos novos contextos com os recursos pessoais e habilidades sociais que foi adquirindo. Porém, quando as modificações e eventos ocorrem em contextos adversos e vulneráveis, sem um bom suporte familiar e social, o adolescente pode apresentar problemas, inclusive transtornos mentais, dentre eles, a depressão (RIBEIRO, 2010).

As dificuldades nas relações parentais podem advir da sobrecarga de trabalho da mulher, sem uma rede de suporte social forte que possa ajudá-la a exercer as mais diversas funções, o que irá interferir negativamente na qualidade de vida da família, principalmente daqueles que estão em desenvolvimento (DA COSTA, 2018).

Como na maioria das situações de vida, existem fatores de risco e de proteção, os quais poderão dificultar ou facilitar uma existência saudável. Na adolescência não é diferente e, dentre os principais fatores de risco estão os transtornos mentais, perdas recentes ou de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conflituosa, personalidade com traços de impulsividade

e agressividade, situações clínicas tais como: doenças crônicas incapacitantes, dolorosas e, fácil acesso a meios que promovem maior risco para consumir o suicídio (RODRIGUES, 2015).

Neste sentido, o sentimento de pertença, ou seja, possuir uma forte ligação positiva com a família, com a comunidade, com grupo religioso ou étnico, ou algumas instituições, são considerados fatores de proteção para o indivíduo contra a depressão e, conseqüentemente o suicídio, assim, torna-se evidente a estreita relação entre o suicídio e os sentimentos de solidão e desesperança. Em contrapartida, os fatores de proteção, que devem ser reforçados, são recursos pessoais e/ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto dos fatores de risco, dentre eles estão: as boas relações familiares, o suporte social, as competências sociais, os estilos de vida saudáveis, os valores culturais, a religião e as boas relações interpessoais e grupais (RODRIGUES, 2015).

Segundo Campos (2004), a família exerce diversas funções, tais como proteção, afetos e formação social que são determinantes para o bom desenvolvimento dos filhos. Desta maneira, uma família funcional é percebida como afetuosa, capaz de dialogar e aceitar as diferenças, é coesa, tem regras flexíveis, porém com limites claros e bem definidos, oferecendo recursos necessários ao crescimento individual e apoio diante do enfrentamento de situações difíceis e/ou problemas, assim como ensina o modo de resolver os conflitos de maneira saudável.

O papel da família é fundamental na adolescência para que os jovens possam se sentir seguros e autoconfiantes ao se depararem com as dificuldades e os desafios da vida. No entanto, quando há o predomínio de relacionamentos conflituosos e situações de vulnerabilidade na vida familiar, aumenta a probabilidade da ocorrência de problemas de conduta, dentre outros, na adolescência que, por sua vez, intensifica as tentativas de suicídio e suicídio (RODRIGUES, 2015). As situações difíceis no contexto familiar contribuem para o desencadeamento da depressão e, conseqüentemente para o risco da tentativa de suicídio adolescência. Entre os possíveis fatores preocupantes encontram-se: a ausência da manifestação dos afetos, relações fragilizadas com os pais e, ainda, a discordância familiar por dificuldades na capacidade para a resolução de problemas (RODRIGUES, 2015).

Vários estudos sobre estilos parentais têm demonstrado, sistematicamente, que fatores tais como o cuidar, o suporte emocional e social diminui a probabilidade dos adolescentes desenvolverem problemas/traumas psicológicos e, deste modo, promovem o desenvolvimento positivo do jovem (CRUZ, 2013). Apesar da adolescência ser contemplada por múltiplas descobertas, muitas vezes, a família perde a referência do que pode ou não ser permitido. No entanto, a família tem como função prioritária manter a capacidade de proporcionar um

ambiente seguro, que mantenha o autocontrole e com imposição de limites aos filhos (CRUZ, 2013).

A existência de relacionamentos seguros e estáveis entre pais e filhos fazem com que o jovem se sinta bem no ambiente familiar e consigo mesmo. É através da qualidade do relacionamento entre os diversos membros da família que irá ocorrer a maior ou menor possibilidade de bem-estar do adolescente (LAGO, 2010). Adolescentes que não recebem cuidados adequados e que não têm uma boa rede de apoio social, bem como apresentam dificuldades de relacionamento com os amigos da escola e da comunidade, apresentam mais chances de desenvolverem sintomas depressivos, o que poderá desencadear outros transtornos, como ansiedade e transtorno bipolar (OLIVEIRA NETO, 2015).

Segundo dados apresentados em um estudo realizado com adolescentes em Portugal, foi possível observar que existe a influência do funcionamento familiar nos comportamentos autodestrutivos. A desordem familiar está relacionada com a sintomatologia depressiva no adolescente, incrementando o risco da adoção destes comportamentos. Sendo a infância e a adolescência o período crítico em termos de formação da autoestima, intervir precocemente, a nível de educação e promoção da saúde, se constitui em uma estratégia preventiva com resultados benéficos para o adolescente, a família e a comunidade. O papel dos pais no equilíbrio e autoestima alerta para a necessidade de se intervir junto a estes, potencializando as características positivas do funcionamento familiar que atuam como fatores protetores e buscando ajudá-los a manejarem as situações que tem maior dificuldade na relação com os filhos e, desta forma, existe a possibilidade de prevenir possíveis sintomas depressivos (MESQUITA, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. Para Gil (2018), a pesquisa exploratória possibilita maior intimidade do pesquisador com o tema e debruça-se sobre assuntos pouco discutidos, como é o caso da temática do presente estudo. Já, a abordagem qualitativa abrange o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis e que estão diretamente ligados aos processos de interação entre as pessoas (MINAYO, 2014).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado de maneira digital, por meio do aplicativo whatsapp, com os adolescentes que estavam em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPS i), localizado no município do Rio Grande, na região sul do Brasil. Devido ao enfrentamento da Pandemia da Covid-19 e, por isso, a coleta dos dados não foi permitida por meio do contato pessoa a pessoa, por isso foi necessário realizar uma readequação da metodologia para efetuar a coleta dos dados.

O CAPS i teve sua origem no atendimento ambulatorial junto ao Centro de Atenção Psicossocial CONVIVER. Considerando que o atendimento à criança e ao adolescente era inicialmente prestado por uma equipe lotada na Secretaria Municipal de Educação, por questões relacionadas a municipalização da saúde e, em função da implantação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental (FUNDEF), estes profissionais foram transferidos para a Secretaria Municipal da Saúde e realocados no Serviço de Saúde Mental, em 1997.

Com a aprovação da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, foi redirecionado o modelo assistencial em saúde mental, com isso, o município do Rio Grande reorganizou a atenção nesta área de atuação, quando então foi implantado o CAPS II. Somente em 17 de dezembro de 2009 foi criado o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil para atender as necessidades específicas das crianças e adolescentes até 17 anos completos.

A criança e o adolescente têm a garantia do acesso a serviços de saúde, conforme a Lei 8080/90 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e “garante o acesso a serviços de saúde a criança e adolescentes à luz das políticas sociais básicas de educação e de saúde”

(BRASIL, 1990). Assim como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em seu artigo 19 dispõe sobre os direitos das crianças e dos adolescentes e garantem sua proteção a convivência familiar e social.

O CAPS i é um serviço de atenção psicossocial, com características comunitárias de atenção diária à saúde, no espaço extra-hospitalar, em consonância com os princípios do SUS. Há garantia do acesso universal, com responsabilidade de cuidados e um dado território para uma população delimitada, com cuidados integrais em saúde mental em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica implantada no país.

O CAPS i tem como população alvo crianças e adolescentes que apresentam transtornos mentais graves e severos, incluindo a família no tratamento prestado. Neste dispositivo de saúde são realizadas intervenções terapêuticas, incluindo atendimentos individuais, grupais, oficinas terapêuticas, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de reinserção social e escolar.

O CAPS i conta com uma equipe multiprofissional: psicólogos, médico psiquiatra, enfermeiro, assistente social, psicopedagogos, técnico em enfermagem, técnico administrativo, arte educador e educador social, além da equipe de serviço de apoio como cozinheiro, auxiliar de serviços gerais e vigilante, totalizando 18 profissionais para melhor atender a demanda do território.

Atualmente, o CAPS i atende em média quarenta adolescentes que praticaram tentativas de suicídio, divididos em grupos, compostos por oito participantes cada, realizados uma vez por semana, com um tempo de atendimento de 1h30m de duração. Os grupos de convivência são estruturados a partir da intenção de enfrentar o isolamento social de determinados indivíduos e/ou grupos sociais, de maneira a criar um espaço que favoreça o encontro, encorajando o desenvolvimento dos participantes no meio social (FERRO, 2015).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram convidados a participar da pesquisa os adolescentes que tentaram suicídio e que estavam participando dos grupos de convivência do CAPS i de forma presencial e que, durante a Pandemia do Corona Vírus 19, estavam recebendo atendimento de forma remota. Foram incluídos no estudo os adolescentes que já tinham tentando suicídio e que estavam na faixa etária entre 10 e 17 anos 11 meses e 29 dias, idade limite de acolhimento no CAPS i. Após os 17 anos completos, os adolescentes são encaminhados ao CAPS II CONVIVER ou ao Ambulatório de Saúde Mental, conforme a necessidade de atendimento de cada um. Foram excluídos do estudo, os adolescentes que participavam há menos de três meses nos grupos, no

período da coleta dos dados, pois ainda poderiam estar em fase de adaptação ao tratamento e não se encontrarem aptos para falarem a respeito de si.

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEP/FURG) sob parecer de nº 4.146.929 (ANEXO 01), e do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal da Saúde (NUMESC/SMS) do município do Rio Grande, com parecer de nº 005/2020.

Primeiramente, a mestranda entrou em contato com os responsáveis pelos adolescentes, via whatsapp, enviando em anexo, o projeto de pesquisa para sua apreciação. Após o responsável autorizar a participação do adolescente por meio da gravação de vídeo ou de áudio, a pesquisadora manteve contato via whatsapp com o mesmo, a fim de iniciar os trâmites de autorização por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Logo após foi feito contato com o próprio adolescente, após a apreciação do termo de assentimento livre esclarecido (TALE), e seu aceite em participar da pesquisa através de gravação de áudio, foi iniciada a coleta dos dados. Tanto para o TALE como para o TCLE foi confirmado por áudio que concordavam em participar da pesquisa.

Foram convidados a participarem da pesquisa os dezessete adolescentes que estavam recebendo atendimento de forma online. Destes, dez adolescentes aceitaram participar da pesquisa, três não aceitaram participar por motivos pessoais, dois, os responsáveis não consentiram por considerar que seu filho não estava apto a falar sobre o suicídio, um estava evadido da residência e um foi desconsiderada a entrevista por não estar apto a responder sobre si. Assim, totalizou 59% da participação dos adolescentes, atingindo o propósito inicial do estudo que era entrevistar 50% dos adolescentes que estavam em atendimento no CAPS i.

Foi realizada a entrevista semiestruturada com cada adolescente, a qual foi gravada em chamada de vídeo ou gravação de voz pelo aplicativo WhatsApp. O instrumento (APÊNDICE A), de autoria da entrevistadora e pesquisador/responsável, teve questões fechadas para a caracterização dos participantes e abertas, a fim de que pudessem expressar suas vivências no que se refere principalmente as tentativas de suicídio. A entrevista foi realizada de acordo com a disponibilidade dos participantes, individualmente, por chamada de vídeo ou gravação de áudio, pelo aplicativo WhatsApp, de acordo com o horário determinado pelo adolescente.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados segundo a proposta da Análise Temática de Conteúdo (MINAYO, 2014). Esta técnica é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, por meio das quais o pesquisador constrói o conhecimento a partir da análise dos discursos, visando não apenas conhecer os significados das palavras, mas também, a mensagem que está implícita.

A análise temática é constituída por três etapas:

- **Primeira etapa:** pré-análise- nesta fase foi realizada a leitura criteriosa das transcrições, retomando os objetivos da pesquisa. Durante a leitura do material emergiram novas situações, de acordo com o tema, que após foram analisadas com os resultados já existentes na literatura.

- **Segunda etapa:** exploração do material, que consistiu no processo de categorização, por meio do agrupamento de semelhanças e diferenças advindas das falas dos participantes.

- **Terceira etapa:** tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados. Esta etapa permitiu que os dados reunidos fossem relacionados e interpretados, utilizando autores que abordam o tema da pesquisa, evidenciando os significados e resultados advindos do estudo e, a partir também, dos discursos dos participantes.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução nº. 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (CNS/MS), que rege as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016). A pesquisa teve seu início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEP/FURG) sob parecer de nº: 4.146.929 (ANEXO 01), e do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal da Saúde do município do Rio Grande, com parecer de nº: 005/2020 (NUMESC/SMS).

Foi solicitada a concordância dos pais/responsáveis para os adolescentes que quiseram participar da pesquisa, por meio da manifestação por gravação de áudio ou por chamada de vídeo pelo aplicativo WhatsApp do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou assinatura digital (APÊNDICE B) e, o aceite dos adolescentes, os quais assentiram também, por meio de gravação de áudio ou de vídeo ou assinatura digital pelo mesmo aplicativo do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Foi realizado contato com a psicóloga responsável pelos atendimentos dos adolescentes, a qual se manteve como mediadora na relação entre a pesquisadora, os

responsáveis e os participantes. As gravações com as informações coletadas foram mantidas em sigilo, os áudios foram guardados em cartão de memória juntamente com as transcrições e em caixa lacrada, os quais se manterão arquivados por cinco anos, no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (GEPESM), sob responsabilidade da orientadora da pesquisa e líder do grupo.

Foi comunicado aos participantes da pesquisa sobre a possibilidade da desistência em participar, em qualquer etapa do estudo, sem qualquer prejuízo para si, com o compromisso ético de assegurar o sigilo das informações por meio da utilização da letra A (adolescente) seguida de F (feminino) e M (masculino), conforme a auto descrição de cada adolescente, combinando ainda o número da entrevista 1,2.3..., e assim sucessivamente (AF1; AM2).

5 RESULTADOS

Os resultados e discussões dos dados obtidos nessa dissertação são apresentados por meio de dois artigos científicos, os quais se encontram elaborados e formatados de acordo com as normas específicas de cada revista previamente escolhida. O primeiro intitula-se **“RELAÇÕES DOS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS SUICIDAS COM AS REDES DE PROTEÇÃO E APOIO SOCIAL”**. É um manuscrito elaborado de acordo com as normas da Revista Gaúcha de Enfermagem (<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/about/submissions#authorGuidelines>).

A Figura 1 mostra especificamente a **Dinâmica das relações na rede de apoio social intrafamiliar e Relações com demais membros da rede de suporte e apoio social**



Fig. 1. Modelo esquemático da elaboração do artigo 1 desta dissertação (Fonte: Autora da Pesquisa).

O segundo artigo intitulado “**MOTIVOS ATRIBUÍDOS PELOS ADOLESCENTES AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO**”. É um manuscrito elaborado segundo as normas da Revista Brasileira de Enfermagem < <http://reben.com.br/revista/instrucoes-aos-autores/>> . A figura 2 mostra, especificamente, as **mudanças no ciclo de vida do adolescente e a violência: motivos desencadeadores das tentativas de suicídio** e, o suicídio: como enfrentamento e/ou solução do problema.

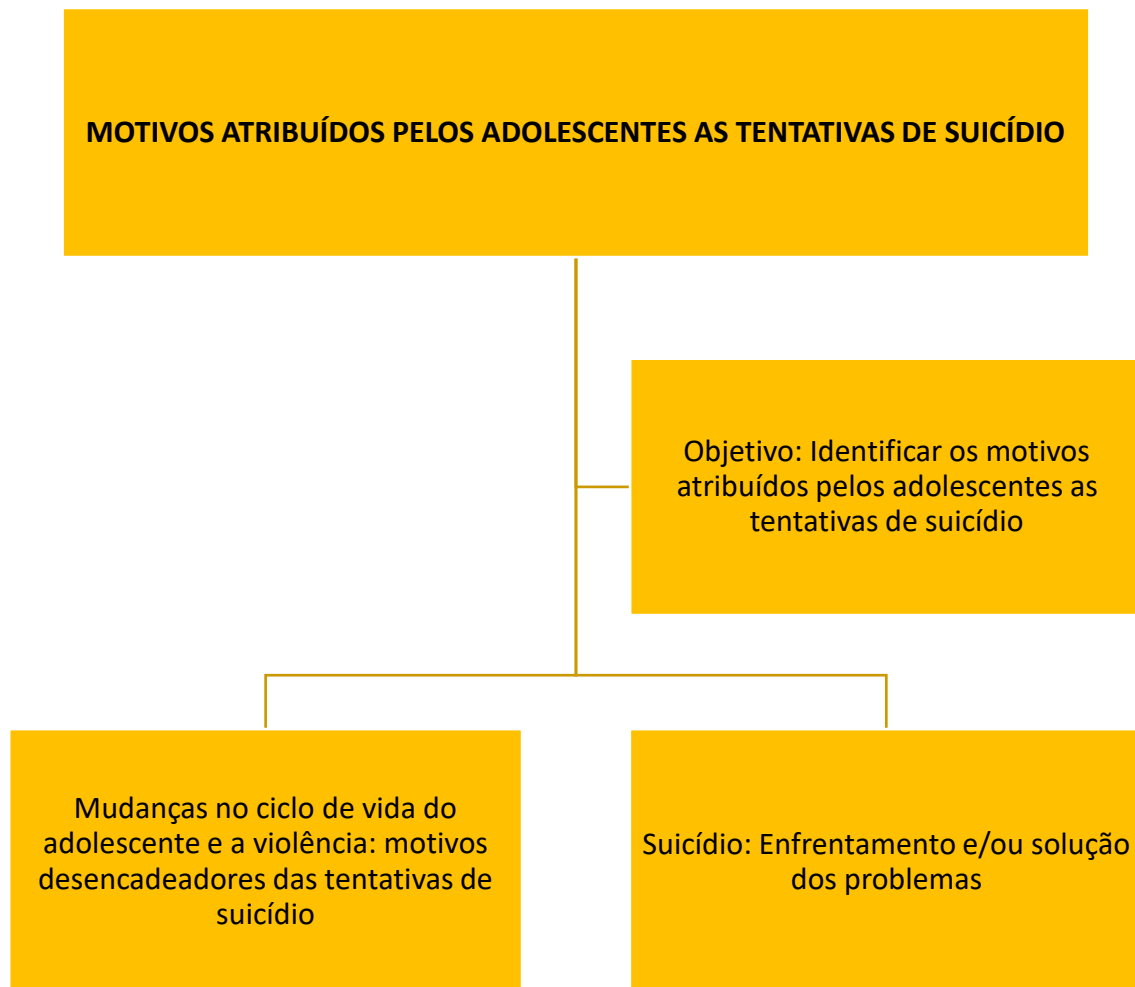


Fig. 2. Modelo esquemático da elaboração do artigo 2 desta dissertação (Fonte: Autora da Pesquisa, 2020).

5.1 ARTIGO 1

RELAÇÕES DOS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS SUICIDAS COM AS REDES DE PROTEÇÃO E APOIO SOCIAL¹

RELATIONSHIPS OF ADOLESCENTS WITH SUICIDAL BEHAVIORS WITH THE NETWORKS OF PROTECTION AND SOCIAL SUPPORT

RELACIONES DE ADOLESCENTES CON CONDUCTAS SUICIDAS CON LAS REDES DE PROTECCIÓN Y APOYO SOCIAL

Émilien Vieira Simões²

Adriane Maria Netto de Oliveira³

RESUMO

Objetivo: conhecer como os adolescentes com comportamentos suicidas percebem as relações interpessoais.

Método: pesquisa qualitativa, realizada com 10 adolescentes que apresentaram comportamento suicida, do Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil, em um município do sul do Brasil. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas em julho de 2020 através do aplicativo Whatsapp e os dados foram analisados conforme análise temática de conteúdo de Minayo.

Resultados: Foi possível identificar através das falas, fragilidades nas relações intrafamiliares e um fortalecimento nessas relações após intervenções dos profissionais de saúde. Também foi observado adolescentes em isolamento social por terem uma rede de apoio social fragilizada com os amigos e no ambiente escolar.

Considerações finais: A pesquisa permitiu compreender como são essas relações nas redes de proteção no ambiente familiar, com os amigos, no ambiente escolar e em diferentes contextos

¹ Artigo derivado da Dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada: VISIBILIDADE DA(S) TENTATIVA(S) DE SUICÍDIO A PARTIR DOS DISCURSOS DOS ADOLESCENTES

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Saúde – FURG. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisas em Saúde Mental - GEPESM

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Saúde PPGENF-FURG. Líder do GEPESM.

de convívio, as dificuldades em se relacionar e os reflexos dessa situação para o seu desenvolvimento.

Palavras-chave: Suicídio. Adolescente. Apoio Social. Relações Interpessoais. Saúde Mental. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to know how teenagers with suicidal behaviors perceive interpersonal relationships.

Method: qualitative research, carried out with 10 teenagers who had suicidal behavior, from the Center for Psychosocial Care Children, in a city in southern Brazil. The semi-structured interviews were conducted in July 2020 through the Whatsapp application and the data were analyzed according to Minayo's thematic content analysis.

Results: It was possible to identify within-family relations through speech, weaknesses and a strengthening of these relationships after interventions of health professionals. We also observed teenagers in social isolation for having a fragile social support network with friends and in the school environment.

Final considerations: The research allowed us to understand how these relationships are in the networks of protection in the family environment, with friends, in the school environment and in different contexts of living, the difficulties in relating and the reflections of this situation for its development.

DESCRIPTORS: Suicide; Adolescent. Social Support; Interpersonal Relations; Mental Health; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: conocer cómo los adolescentes con comportamientos suicidas perciben las relaciones interpersonales. **Método:** investigación cualitativa, realizada con 10 adolescentes que presentaron comportamiento suicida, del Centro de Atención Psicosocial Infantil Juvenil, en un municipio del sur de Brasil. Las entrevistas estructuradas fueron realizadas en julio de 2020 a

través de la aplicación Whatsapp y los datos fueron analizados conforme análisis temático de contenido de Minayo. **Resultados:** Fue posible identificar a través de las palabras, fragilidades en las relaciones intrafamiliares y un fortalecimiento en esas relaciones después de intervenciones de los profesionales de salud. También fue observado a adolescentes en aislamiento social por tener una red de apoyo social fragilizada con los amigos y en el ambiente escolar. **Consideraciones finales:** La investigación permitió comprender cómo son esas relaciones en las redes de protección en el ambiente familiar, con los amigos, en el ambiente escolar y en diferentes contextos de convivencia, las dificultades en relacionarse y los reflejos de esa situación para su desarrollo.

Palabras clave: Suicidio; Adolescente; Apoyo Social; Relaciones Interpersonales; Salud Mental; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A rede de proteção social se constitui em um instrumento de grande importância no desenvolvimento infanto-juvenil, com ênfase em crianças e adolescentes vulneráveis. Essa rede foi criada com o objetivo de implementar estratégias de prevenção e acompanhamento dessas pessoas, levando em conta o ser humano como único, mas, integralmente inserido em um sistema. Também há o conceito de rede de apoio social, que é definido como um conjunto desse sistema e de pessoas que compõem os elos de relacionamento existentes e percebidos pelo adolescente. Para tanto, o afeto demonstrado e sentido pelo adolescente se constitui em um vínculo de extrema relevância para a construção e manutenção desse apoio¹. A partir de tal conceito, redes são relações entre pessoas, sistemas e instituições que têm diferentes funções e que são desenvolvidas para facilitar o cotidiano de vida das pessoas e de suas comunidades. Elas constroem o elo social, estabelecem os trajetos a seguir e os direcionam mostrando diferentes possibilidades de escolhas. Servem para auxiliar qual/qualis caminho(s) as pessoas podem seguir e com quais instrumentos (pessoas e/ou serviços) podem contar nos contextos comunitários².

O apoio social e afetivo que o adolescente possui está diretamente ligado ao modo de convívio do seu meio social, suas orientações acerca do mesmo e nas estratégias em estabelecer vínculos e relações. O cuidado e o apoio do círculo familiar e comunitário contribuem para superar situações que ocorrem ao longo do seu desenvolvimento, por vezes, traumáticas. Dispor desses elementos mencionados protege o adolescente de doenças, sintomas psicopatológicos, alterações comportamentais, cognitivas e afetivas expressas na interação com seus pares e familiares, mesmo quando se encontra em situações vulneráveis¹.

A qualidade do relacionamento familiar interfere significativamente e diretamente na relação social do adolescente, o que pode levar ao desencadeamento de alguns transtornos varia a partir do modo como as relações familiares se estabelecem e se mantêm, assim como os grupos

sociais são fortes influenciadores nas atitudes dos adolescentes. Os grupos de pares têm importância significativa para os adolescentes, especialmente para aqueles que estão vivendo em famílias nas quais sua existência foi de alguma forma negada. Principalmente, nestes casos, fóbicos, entre eles, o de ansiedade social, o qual se constitui em um fator de risco para o desencadeamento da depressão, e de comportamentos suicidas³.

A família pode ser considerada como fator de risco ou de proteção no desenvolvimento dos adolescentes. Os pais, geralmente, são figuras de referência na vida dos filhos e, por meio de suas atitudes e das relações existentes, os influenciam ou não nas tomadas de decisões, o que varia a partir do modo como as relações familiares se estabelecem e se mantêm, assim como os grupos sociais são fortes influenciadores nas atitudes dos adolescentes. Os grupos de pares têm importância significativa para os adolescentes, especialmente para aqueles que estão vivendo em famílias nas quais sua existência foi de alguma forma negada. Principalmente, nestes casos, é no grupo de pares que os adolescentes encontram um espaço e o reconhecimento da sua identidade, sentindo-se assim, considerados e aceitos pelos outros.

O adolescente quando considera que não é compreendido por seus pais, professores e demais pessoas que fazem parte de sua vida, desenvolvem repetidas ocorrências de conflitos e problemas de relacionamento, o que também é importante para o processo de desenvolvimento, pois contribui para a conquista da autonomia e da independência. Contudo, quando esses conflitos ocorrem repetidamente e impedem o adolescente de se inserir no meio social e fortalecer seus vínculos, a intervenção precoce de profissionais de saúde, bem como o fortalecimento das redes e laços sócio afetivos e o acesso à tratamentos de saúde mental são considerados fatores protetivos⁴.

A atuação em rede pode auxiliar na inserção deste adolescente em uma teia social que lhe proporcione suporte físico e emocional. As ações intersetoriais com envolvimento de escolas, igrejas, empresas e organizações não governamentais são estratégias importantes para

inserção do adolescente no meio social e ressignificação de sua existência⁵. O papel das instituições de saúde, da escola e da rede de apoio social é importante para desenvolver intervenções preventivas, assim como direcionar ações, não apenas para os adolescentes, mas também, a suas famílias e à rede de apoio mais ampla⁶. Assim, para melhor compreender as relações dos adolescentes com comportamentos suicidas com as redes de proteção e apoio social em um município no extremo sul do Brasil, foi proposto o presente estudo com a **questão de pesquisa**: Quais os motivos atribuídos pelos adolescentes aos comportamentos suicidas? Tendo como **objetivo**: Conhecer como os adolescentes com comportamentos suicidas percebem as relações interpessoais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo artigo é oriundo da dissertação de mestrado intitulada “Visibilidade da(s) tentativa(s) de suicídio a partir dos discursos dos adolescentes”, de natureza exploratória e descritiva. As expectativas exploratórias neste estudo dizem respeito as relações dos adolescentes com as redes de proteção e apoio social.

Participaram do estudo, 10 adolescentes que apresentaram comportamentos suicidas, os mesmos estavam em atendimento de forma online pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPS i). Os critérios de inclusão foram: estar participando dos grupos de apoio e dos atendimentos online, terem apresentado comportamentos suicidas e encontrarem-se na faixa etária entre 10 e 17 anos, 11 meses e 29 dias, idade limite de acolhimento no CAPS i. Os critérios de exclusão foram: participarem há menos de três meses nos grupos, pois ainda poderiam estar em fase de adaptação ao tratamento e não se encontrarem aptos para falarem a respeito de si.

A coleta dos dados ocorreu de forma online por ligações de vídeo e de áudio, por meio do aplicativo WhatsApp, no mês de julho de 2020, através da entrevista semiestruturada. Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra, sendo assegurada a fidedignidade dos

dados. Todos os responsáveis consentiram a participação do adolescente através de uma gravação de áudio via WhatsApp após a apreciação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a autorização dos responsáveis, todos os adolescentes assentiram sua participação, também por meio de uma gravação de áudio, após a análise do Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE). Ambos termos foram autorizados pelos participantes por meio de gravação de áudio pelo aplicativo WhatsApp.

As entrevistas ocorreram em uma sala apropriada, mesmo de forma remota, a fim de manter um ambiente agradável e que passasse confiança, sendo garantido o sigilo das informações. O objetivo foi proporcionar um local tranquilo, oferecer segurança e confiança ao adolescente, no que se refere a visibilidade da entrevistadora, ficando à vontade para responder as questões da entrevista durante as chamadas de áudio/vídeo. De forma a preservar o anonimato dos participantes, estes foram identificados com a letra “A” de adolescente, seguido de M para sexo masculino e F para feminino, conforme auto declaração do adolescente.

Para a análise das informações foram realizadas várias leituras para aprofundamento da compreensão dos discursos, os quais foram analisados segundo a proposta da Análise Temática de Conteúdo de Minayo⁷, que se caracteriza por um conjunto de técnicas para análise das comunicações. Após, foram retomados os objetivos da pesquisa para posterior exploração do material que consistiu na categorização dos resultados semelhantes, em seguida foram interpretados relacionando com dados apresentados por outros autores já existentes na literatura.

De forma a contemplar os aspectos éticos preconizados, assumimos a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução nº. 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (CNS/MS) que regem as pesquisas com seres humanos. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande

(CEP/FURG), sob o parecer de Nº: 4.146.929 e do Núcleo Municipal Educação em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio Grande (NUMESC/SMS), com o parecer Nº: 005/2020.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Dentre os 10 participantes da pesquisa, nove eram do sexo feminino e um considerava-se não binário, isto é, pessoas que se identificam com o gênero oposto ao sexo do nascimento, e que não se enquadram no gênero determinado a elas. São indivíduos que não serão exclusivamente e totalmente mulheres ou, exclusiva e totalmente homens, mas que permeiam diferentes formas de neutralidade e parcialidade em suas identificações⁸. Os adolescentes encontravam-se na faixa etária entre 12 a 17 anos. Em relação a residência, três residiam com a mãe, quatro, os progenitores residiam junto e, três, o padrasto moravam no mesmo domicílio. Ainda, foi relatada a presença de irmãos por alguns e uma adolescente dividia o ambiente com os avós. Todos eram estudantes e, em relação a escolaridade estavam entre o sexto ano do ensino fundamental e o segundo ano do ensino médio. No que se refere as horas de sono por dia, uma adolescente dorme menos de 8 horas, seis adolescentes dormem de oito a dez horas/dia, dois mais que dez horas e um adolescente dorme em média de 16horas/dia. Quanto ao tempo de acompanhamento junto ao CAPS i ficou entre 5 a 24 meses.

Da análise dos dados emergiram duas categorias: **Dinâmica das relações na rede de apoio social intrafamiliar e Relações com demais membros da rede de apoio social**, as quais se encontram descritas a seguir:

Dinâmica das relações na rede de apoio social intrafamiliar

A relação dos adolescentes com as pessoas que residem no mesmo domicílio é representada pela fala dos mesmos como harmônica e tranquila. Há relatos de conflitos, mas segundo os participantes é algo que acontece na maioria dos lares. O mais importante é que

conseguem fazer a mediação dos mesmos, por meio do diálogo e, posteriormente chegam a um acordo e mantém a harmonia. Alguns adolescentes referiram que após o acompanhamento e aconselhamentos dos profissionais do CAPS i, a relação intrafamiliar melhorou significativamente entre seus membros, quando pais e filhos passaram a se compreender melhor, conforme as falas a seguir:

A relação com minha mãe e minha irmã é boa. De vez em quando brigamos, mas sempre conversamos e nos respeitamos. (AF02)

A relação com meus pais e com os meus irmãos antes de eu começar o acompanhamento junto ao CAPS i era extremamente ruim, agora melhorou, é boa. Briga todo mundo tem, principalmente com os pais, antes não conseguíamos conversar sem discutir, eu tentava conversar com eles e sempre acabava brigando. (AF04)

Nossa relação é bem tranquila, já foi muito pior. No CAPS i, com o auxílio dos profissionais consegui esclarecer bastante coisas com meus pais, foi muito bom para nos entendermos e falar tudo que precisávamos falar um para o outro. (AF10)

Outra participante considera que tem uma boa relação com os pais. Entretanto, relata ter conflitos com o pai e quando precisa conversar com a mãe, não se sente compreendida. Tal discurso mostra certa ambivalência ou, talvez faltou a definição mais exata do que é uma boa relação para esta adolescente, uma vez que é bastante difícil ter uma interação saudável quando predominam os conflitos e a ausência da compreensão da comunicação verbal e não verbal entre aqueles que convivem no mesmo ambiente.

A relação é boa, mas antes tinha briga! Eu respondia para meu pai e ele me colocava de castigo, ficava sem celular. Com minha mãe, a relação é boa, mas não consigo conversar com ela, porque ela não entende nada que eu falo. (AF08).

Uma jovem referiu que não tem com quem conversar em sua casa, pois todos mantêm seus compromissos, seja trabalhando ou por ficarem muito tempo no celular e, provavelmente por conta desse distanciamento na relação intrafamiliar, os familiares não conseguem perceber que a adolescente necessita conversar e de atenção. Parece se configurar em uma dinâmica e cultura familiar na qual não predomina o diálogo, a interação cotidiana por meio de pequenas ações como a realização das refeições juntos, atividades de lazer, dentre outras. Atividades do dia a dia entre a família inexistem, tampouco parece haver a construção de espaços que se

configurem em momento e tempo único para a expressão dos afetos e poderem olharem-se e dialogarem, a fim de compreender como cada um está ou se sente.

Eu e minha irmã mal nos falamos, por ela ter opinião diferente da minha, ela fica mais no celular. Já, meu pai, fica sempre no celular, procurando algo para fazer ou trabalhando, então a gente mal se fala e minha mãe praticamente está sempre fora. Então como dá para ver eu não tenho muito com quem conversar. (AF06)

Ao perguntar a respeito das pessoas com as quais os adolescentes mais gostam e tinham maior vínculo afetivo, os dez referiram que é com a mãe, mas também consideraram os afetos estabelecidos com os irmãos, avôs e avós e com o pai significativos e importantes. Inclusive, os adolescentes que não convivem cotidianamente com o pai, falaram que têm sentimentos de afeto positivo por este. Outros adolescentes consideraram que possuem vínculo afetivo com os amigos. O significado do vínculo afetivo positivo e de proximidade com as pessoas mencionadas se manifesta pela convivência cotidiana ao longo do tempo, pela atenção, carinho e disponibilidade destas em estar junto com eles em momentos difíceis e de vulnerabilidade.

Os discursos a seguir evidenciam tais sentimentos:

Quem eu mais gosto e tenho afinidade é com as pessoas que moram comigo, minha família, meus irmãos, meu avô, minha avó, minha mãe e meu pai, porque eles convivem comigo há muito tempo. Estão sempre comigo. (AF09)

Meu maior vínculo é com minha mãe, minhas tias, meu pai, minha família, porque é um vínculo que aconteceu ao longo da vida e porque eles estão sempre comigo, independente se for ruim ou bom, eles estão sempre me apoiando. Eu não vejo muito o meu pai, mas quando a gente se vê, tem sempre aquele carinho de pai e filha. (AF05)

Minha mãe, minha irmã e meu amigo são as pessoas que eu mais gosto, porque eu sempre posso contar com eles, tudo que eu faço posso falar, porque não têm julgamentos. (AF10)

Quem eu mais gosto é a minha mãe e o meu gato, porque eles são quem mais me entendem. (AF01).

Os adolescentes ao serem questionados sobre quem são as pessoas que eles não gostam e o motivo pelo qual não são expressos e manifestos os laços afetivos nessas relações, mencionaram familiares de grau próximo, como a avó e o tio e, que a ausência do vínculo ocorre devido a situações que envolvem preconceito, homofobia e o machismo. Também foi citado por outra participante ter passado por sofrimento psicológico realizado pela mãe do padrasto.

Eu não gosto da minha avó, ela é homofóbica e não me aceitava quando eu era criança e, do meu tio, não gosto por ser machista, ele faz minha tia de empregada, xinga na frente de todo mundo, o comportamento dele é muito ruim. (AF03)

A mãe do meu padrasto eu não gosto. [...] Ela costumava falar que eu era gorda e era muito estúpida comigo e com a minha mãe. (AF07)

Os discursos dos adolescentes evidenciam relações intrafamiliares frágeis no que se refere ao diálogo, escuta, compreensão e manifestação dos afetos. Fica claro neste estudo que a cultura familiar não permite a construção de novos espaços, nos quais o outro seja considerado e respeitado, independentemente da idade. Espaços esses tão importantes e significativos para rever as mudanças que são necessárias na dinâmica familiar, a partir dos jovens, próprias do ciclo vital da família, bem como as novas necessidades que surgem em função de um outro tempo sócio-histórico-cultural. Fica a reflexão do quanto é importante possuir maior flexibilidade na interação familiar para ajudar os adolescentes na formação de uma personalidade mais saudável, segura e independente, rumo a vida adulta.

Relações com demais membros da rede de apoio social

Ao serem questionados sobre as relações que estabelecem com as pessoas em diferentes contextos, percebeu-se que a maioria dos adolescentes que participaram do estudo contam além da rede de apoio familiar, com a rede de suporte da escola e o CAPS i, sendo que, um adolescente mencionou também, o ambiente de trabalho. Dos dez adolescentes entrevistados, cinco consideram ter uma boa relação com as pessoas. Fica evidente a relevância das intervenções dos profissionais de saúde do CAPS i para a melhoria do bem-estar e avanços na qualidade da saúde mental dos adolescentes, manifestadas por meio do diálogo, da expressão das emoções de forma verbal e não verbal, fazer novas amizades e manter certa socialização com as pessoas, pois, anterior ao tratamento, as relações sociais eram inexistentes ou muito difíceis.

Eu me dou bem com todo mundo. Lá no CAPS i tenho uma boa relação com todos funcionários, converso com eles, eu gosto muito da psicóloga, ela já ouviu tudo de mim, toda minha vida ela sabe, e me ajudou muito. (AF02)

No início é bem difícil, sinto dificuldade de socializar, sou bem quieta, só com o tempo eu vou me acostumando, mas o CAPS i foi uma coisa boa que me ajudou muito a fazer novas amizades. (AF05)

Uma adolescente considera ter uma convivência difícil com as pessoas, devido a divergência de opiniões sobre alguns assuntos e, tal situação acaba ocasionando discussões e conflitos. Outra participante diz não gostar de conversar com as pessoas com as quais não tem nenhum tipo de relação, mas considera ser extrovertida e alegre com seus amigos.

Eu acho difícil as relações com as pessoas, eu sou uma pessoa diferente, algumas coisas que eu faço ou falo as pessoas não gostam, discutimos, isso se torna difícil. (AF09)

Eu sou bem quieta no meu canto não sou muito de conversar, mas com meus amigos sou bem extrovertida, tento alegrar as pessoas. (AF07)

Relações conflituosas no ambiente de trabalho também foram consideradas como importantes por um participante, local no qual sofreu preconceito pela sua opção sexual e devido ao seu estilo de ser, afetando negativamente sua saúde mental e levando-o a desencadear alguns sintomas depressivos, como se pode ver na fala a seguir:

No ambiente de trabalho eu percebia os olhares de julgamentos, no posto que eu trabalhava, a minha chefe não permitia que eu tivesse o cabelo colorido, nem que eu pintasse as unhas, porque ela era preconceituosa, ela mexeu bastante comigo, isso fez com que eu pedisse demissão. (ANB10)

Em relação a rede de apoio social, ao serem questionados quanto as amizades, os adolescentes, em sua maioria, referiram ter um pequeno grupo de amigos. No entanto, dois relataram não ter amigos e uma adolescente considerou como amigos, a mãe, a irmã e a avó, ou seja, os familiares. Verificou-se ainda que, dos que disseram ter amigos, o contato é mantido de maneira virtual, a maioria pelo aplicativo digital *WhatsApp*, devido a pandemia da Covid-19, a qual preconiza o distanciamento social e evitar aglomerações. Entre as falas dos adolescentes pode-se perceber que existem dificuldades no que se refere ao convívio social entre estes jovens. Entretanto, quando é necessário compartilhar e dividir situações com o amigo, o vínculo de amizade está presente.

Eu tenho uma amiga, a gente não se fala muito, não vejo sempre, mas quando uma precisa, a outra está lá para ajudar e continua sempre aquela amizade forte. (AF01)

Os amigos que eu considero são os que estiveram nos momentos mais difíceis da minha vida, quando eu estava depressiva, um amigo virtual de longe, meu ex-namorado, um menino que tenho como irmão de coração e mais quatro amigos que estiveram comigo quando eu estava desistindo de viver, eles me mandaram mensagem, um foi passando para o outro e acabaram falando comigo para eu não desistir da vida. (AF03)

Na fala de uma das adolescentes que disse não ter amigos, observa-se solidão, pois no período que os sintomas depressivos foram desencadeados não tinha um amigo para lhe dar suporte emocional, sentindo-se sozinha. Em outra fala, a adolescente considera os próprios membros da família seus amigos.

Não considero as pessoas minhas amigas, porque nos meus momentos mais difíceis não teve ninguém, nos momentos que tentei me matar, nos momentos em que eu estava precisando, não tinha ninguém. (AF06)

Ao ser perguntado aos participantes como era a relação na rede de apoio social no contexto escolar com os colegas e professores, oito dos dez participantes manifestaram ter uma boa relação em sala de aula com os professores, dando ênfase que foram bem acolhidos quando precisaram de apoio.

Na escola, com os professores tenho uma boa relação, quando eu estava mal que eu chorei na escola, eles me acolheram, conversavam comigo. (AF02)

Entretanto, um participante do estudo descreveu ter sofrido *bullying* da diretora da escola. Na fala de outro jovem, observou-se insegurança no período que está na escola, causando inclusive, crise de ansiedade durante as aulas, conforme os relatos a seguir:

Quando eu era pequena, eu sofri muito bullying na escola, inclusive da diretora, por eu ser mais gordinha que as outras meninas. A diretora não queria que eu fosse de short para a escola, porque ficava aparecendo as gordurinhas, sendo que as outras meninas podiam ir de short. (AF01)

Só com uma professora que eu tenho problema, eu absorvo tudo que é de ruim dela, eu tinha crise de ansiedade na aula, não queria participar das aulas, não é nada que eu não goste da professora é que ela me passava uma coisa ruim. (AF10)

Já, as relações na rede de apoio social com os colegas foram consideradas difíceis pela maior parte dos adolescentes, seja por conflitos, dificuldades de aproximação, *bullying*,

mudanças de escola e, em função dos colegas de sala de aula não conhecerem os sinais apresentados pelos adolescentes que têm depressão.

Com os colegas eu não tenho relação, não converso muito com eles. Eu não gosto de me aproximar das pessoas que acham que o que é certo é diferente do que eu penso. Tipo de posição política, machismo [...]. Certo dia, um colega meu disse que lugar de mulher é na cozinha, então eu prefiro não me aproximar dessas pessoas. (AF02)

Depois de 3 anos que eu não sofria bullying, nesse ano eu sofri de novo, um colega começou a debochar de mim, porque eu sou alta, meu cabelo é cacheado e volumoso e ele ficava debochando. (AF04)

Quando eu mudei de escola, no início foi difícil, não consegui fazer nenhuma amizade, nos intervalos ficava sozinha, me sentava sozinha no meu canto. E o racismo que ainda acontece hoje em dia, o jeito de olharem, de tratarem, eu vejo que é diferente do jeito que tratam as pessoas da cor branca. (AF05)

Na escola anterior, os alunos faziam muitas piadinhas que eu não gostava, diziam que eu era gorda, que eu me cortava para fazer drama, que eu era dramática, eles ficavam fazendo piadas com pessoas com depressão. (AF07)

Foi possível perceber que a maioria dos adolescentes apresentam dificuldades no que se refere a mudança de ambiente, em função de características próprias da sua personalidade que geram sentimentos de timidez, de não aceitação de opiniões divergentes as suas, o que, por um lado, é positivo, pois eles têm clareza do certo ou errado para sua vida; e, por outro, negativo, pois manifestam a pouca habilidade para conseguirem manejar com pessoas que pensam o oposto, uma vez que as diferenças são um aspecto positivo para a individualidade e relações humanas, desde que se mantenha o respeito mútuo.

Outra fragilidade evidente refere-se ao convívio social com as redes de apoio social extrafamiliar e escolar limitado, acentuando a tendência ao isolamento, pois a maioria tem poucos amigos ou não os têm. Um aspecto importante a ser destacado é o bom relacionamento com os professores e se sentirem protegidos pela maioria deles. O vínculo professor-estudante, geralmente contribui bastante para que os adolescentes se mantenham na escola e sintam que não estão só, podendo contar com a proteção e o apoio dessa rede, um contexto relevante para esta fase do desenvolvimento.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que os adolescentes com tentativas de suicídio fortaleceram a relação na rede de apoio social intrafamiliar, principalmente com a figura materna, após os atendimentos no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil, possibilitando momentos de diálogo e compreensão entre mãe e filhos. No entanto, foi possível perceber maior dificuldade de envolver o pai/padrasto nesse processo de interação e qualificação do mesmo. A intervenção de um profissional de saúde qualificado leva em conta variáveis individuais e dos contextos no qual o adolescente está inserido. A orientação adequada do profissional de saúde está associada a promoção do bem-estar, à prevenção de problemas de comportamentos e à redução de estresse no adolescente, proporcionando resultados favoráveis ao desenvolvimento para a adultez⁰⁹, como foi percebido nas falas dos adolescentes do presente estudo.

De acordo com a pesquisa, os adolescentes mostraram que, ao ocorrer a intervenção dos profissionais de saúde nos problemas que apresentavam, os demais membros da família, em alguns casos, também modificaram seu modo de ser e agir, o que possibilitou a alteração do funcionamento da dinâmica familiar, uma vez que pais e filhos conseguiram dialogar, houve diminuição da ansiedade no contexto familiar e, também dos conflitos, aumentando a compreensão e o respeito mútuos⁰⁹. Entretanto, percebeu-se que ainda existem fragilidades na comunicação nesta rede de apoio familiar, com alguns familiares como o pai e a mãe, esta última foi considerada a pessoa mais importante para os adolescentes. Provavelmente, tais dificuldades se mantiveram, uma vez que nem todos os familiares participam do tratamento, pelos mais variados motivos, entre eles, trabalho, não aceitar o problema, não querer participar e, até mesmo por crenças individuais que se mantém ao longo do tempo e que, por isso, não se mobilizam para modificar as relações no contexto de apoio familiar.

Os resultados apontaram os profissionais de saúde como um mediador do apoio social, interligando os membros da família a momentos de bem-estar entre si. Conforme estudo realizado na Malásia, o papel do mediador de apoio social faz com que o adolescente tenha

outro olhar em relação as redes de apoio social que podem contar, dando abertura para receber ajuda de sua família, dos amigos e demais pessoas que o cercam¹⁰. Esse desdobramento das intervenções e decisões a respeito do adolescente fazem com que ele se sinta protegido e seguro no contexto familiar, é nesse momento que ele sente que está sendo compreendido pela rede de apoio familiar e possibilita receber orientações sobre seus comportamentos, ideias e emoções, de forma compreensiva, bem como, também receberá incentivo para tomar decisões frente as situações da sua vida^{09;11}.

Relações excessivamente conflituosas na família levam a sérios problemas no estabelecimento da comunicação e do vínculo entre seus membros, dificultando ainda mais o contato e a proximidade com os pais¹². Uma adolescente deste estudo referiu que tinha uma boa relação com a mãe, mas que não se sentia compreendida pela mesma, ou ainda, que os diálogos sempre culminavam em conflitos. No que se refere a este aspecto, a literatura internacional mostra resultados semelhantes, ou seja, os pais que mantêm conflitos persistentes na relação intrafamiliar, fazendo-os perdurar por um longo tempo, revelam que atribuem maior significado aos conflitos¹¹. Para o autor, quando os pais fazem isto, apresentam uma incapacidade para superar os conflitos tanto quanto os adolescentes, afetando sua saúde mental, seu relacionamento com o adolescente e com os demais membros do contexto familiar e social, ou seja, tal situação mostra que os pais precisam de ajuda tanto quanto seus filhos para poderem modificar e qualificar suas interações com os outros.

Estudo realizado na Pensilvânia, nos Estados Unidos, com 151 famílias de adolescentes apresentou a percepção destes quanto aos conflitos familiares, os quais consideram que os mesmos permanecem por mais tempo, porque geram outras desordens no contexto familiar, ocorrendo um ciclo contínuo de relações conflituosas¹¹. Percebe-se aqui, a necessidade de intervenções com todos os membros da família ligados ao adolescente, pois no ambiente em que há fragilidades nas relações, é preciso fortalecer a rede de apoio social familiar para que

consigam proteger o adolescente. Os desentendimentos familiares cotidianos e permanentes, geralmente comprometem a saúde biopsicossocial dessas pessoas e ocasionam consequências negativas a longo prazo no relacionamento entre pai/mãe e filho, bem como impedem o estabelecimento de relações saudáveis e o fortalecimento desta rede.

Os adolescentes do presente estudo referem que existem conflitos e discussões na relação com seus pais/familiares, mas consideram que tem um bom relacionamento, uma vez que conseguem, em alguns momentos, conversar e manter o respeito mútuo. Tal achado vem ao encontro de uma pesquisa realizada no Sul da Suécia com mais de 1780 adolescentes, a qual mostra que os pais que conversam e solicitam mais informações dos adolescentes, têm menor número de filhos envolvidos em situações vulneráveis, tais como: roubo, intimidar pessoas, atos de preconceito, *bullying* e comportamentos agressivos¹³. Os pais também são provedores de apoio social, principalmente quando o adolescente apresenta problemas pessoais ou na escola¹⁴. A maneira como os pais mantêm o controle sobre a vida dos filhos, pode ser uma forma de protegê-los de riscos futuros. Quanto mais o adolescente divide e/ou troca informações com seus pais, maior é o apoio familiar e mais fortalecida torna-se a relação.

Ao ser exposto por uma adolescente que não tem com quem conversar em sua família, pois os familiares passam a maior parte do tempo envolvidos em atividades do meio digital e a relação pessoa a pessoa de forma presencial é substituída pela interação em redes sociais, deixa evidente o atual cenário caótico da convivência familiar e social, ou melhor, a ausência do convívio próximo e cotidiano entre as famílias do séc. XXI. Tais resultados também foram encontrados em um estudo realizado no Canadá que examinou a associação entre a comunicação mediada por computadores e a presença do sentimento de solidão entre os jovens canadenses. O estudo canadense revelou que o uso diário das redes sociais pode levar ao maior distanciamento entre os membros da família, uma vez que existe mais expectativa na comunicação virtual, do que entre as pessoas que ocupam o mesmo espaço físico, levando a

dificuldades cada vez mais intensas no estabelecimento de uma comunicação qualificada e nas relações intrafamiliares e interpessoais¹⁵.

Os adolescentes necessitam da presença de seus pais para que suas necessidades básicas sejam atendidas, entre elas, a emocional. Pesquisa que investigou o apoio social e de proteção contra a depressão demonstrou que o apoio da mãe e do pai afeta a saúde mental do adolescente em desenvolvimento e protege contra a depressão¹⁶. Isso revela a importância de ambas as figuras, materna e paterna na vida dos adolescentes, como foi demonstrado por uma das participantes do presente estudo quando destacou o carinho existente entre pai e filha, mesmo não convivendo diariamente. O apoio paterno está associado a diminuição do desencadeamento de sintomas depressivos e mostra a importância do envolvimento do pai para o desenvolvimento saudável dos filhos¹⁶. Uma pesquisa na Noruega mostra a importância da participação desses adolescentes com guarda parental conjunta em grupos de apoio, pois lhes proporciona melhor entendimento sobre seus pensamentos e experiências, gerando segurança, melhora da autoestima e maior compreensão do porquê da separação dos pais, constituindo-se em um espaço de promoção da saúde e de fortalecimento de redes de apoio social para os jovens¹⁷.

Em relação as amizades, se evidenciou uma rede de apoio social de vínculos frágeis, com rupturas e relações passageiras, com poucos ou raros amigos, destacando que alguns jovens manifestaram não terem amigos ou consideraram alguns membros da família como amigos. O período da adolescência é caracterizado por certa instabilidade nas relações, na maioria das vezes, ocasionando múltiplas transformações em diferentes contextos, entre elas, a percepção acerca das amizades, passam a ser mais exigentes quanto as relações, a atenção e o imediatismo⁸. Essa instabilidade nas relações se dá devido as dificuldades sentidas a nível interpessoal e no ajustamento de suas próprias emoções, que se alternam devido a sintomas psicopatológicos, como a depressão e a ansiedade¹⁸.

Estudo realizado avaliando a qualidade das amizades de adolescentes e os comportamentos suicidas, verificou que crianças e adolescentes que atribuem valores mais elevados nas variáveis companheirismo, recreação, cuidado e qualidade das amizades, apresentaram menos problemas interpessoais e, assim, menores chances de desencadear sintomas depressivos¹⁹. Com isso, destaca-se a importância do fortalecimento das redes de proteção e profissionais aptos a reconhecerem quando os adolescentes se sentem só nesse período de instabilidade de sua saúde mental, bem como a necessidade de grupos de apoio e redes de apoio social.

O fraco suporte social principalmente nas relações conflituosas e instáveis com amigos podem influenciar nos comportamentos dos adolescentes¹⁸. O apoio social dos amigos tem se mostrado importante no desenvolvimento do adolescente, no entanto, as amizades na adolescência são mais transitórias e podem se tornar redes de apoio menos confiáveis do que os próprios pais e a família. Além disso, adolescentes com sintomas depressivos podem adversamente não ter capacidade de sozinhos desenvolver amizades neste período crucial¹⁶.

Nos resultados analisados, evidenciou-se que as relações com a rede de apoio social no contexto escolar são diferentes, com os professores e com os colegas de sala de aula. Identifica-se tais aspectos quando os participantes relatam manter uma boa relação com os primeiros, principalmente em períodos de maior fragilidade em sua saúde mental, sentindo-se acolhidos. Esse resultado diverge de dados encontrados na literatura, apesar do reconhecimento de tentativas de suicídio entre os adolescentes, muitos professores percebem como algo que vem acontecendo em várias escolas, muitas vezes, não conseguindo reconhecer que, em seu local de trabalho, os sintomas depressivos podem estar presentes em seus alunos e, por isso não dão a atenção necessária¹⁹. Esse aspecto mostra a ausência de vínculos e de relações de proximidade entre aluno e professor, o que acarreta em uma rede de apoio fragilizada. O apoio social dos membros que contemplam o contexto escolar é de suma importância na prevenção de

pensamentos e comportamentos suicidas, pois o ambiente pode ser um causador de sofrimento psíquico devido à pressão escolar e a cobrança de bons resultados que existem entre os adolescentes e a família²⁰.

Evidências apresentadas pela Universidade do estado da Califórnia que investigou o papel do apoio social com adolescentes que se auto lesionam e se suicidam mostrou que maior apoio associado a boa relação com os professores e colegas está diretamente relacionado a níveis significativamente mais baixos de comportamentos suicidas, e faz com que os adolescentes percebam que no contexto escolar existe um fator protetor consistente²¹. A influência motivacional do professor com o jovem se torna um fator de proteção, mesmo para os adolescentes que apresentam alto risco para realizarem tentativas de suicídio. Por isso, destaca-se a relevância do envolvimento dos professores com seus alunos, incentivando-os a terem sucesso na escola e na vida, reduzindo os problemas internalizados em outros contextos e promovendo sua autoestima e potencialidades²².

No presente estudo, a relação com os colegas da escola não se constitui em um fator de proteção como apoio da rede social para os adolescentes que tem maior fragilidade emocional, pois disseram que apresentavam intenso sofrimento em função do racismo, isolamento social e *bullying*, o qual também foi realizado por uma diretora. Estudos revelam que crianças e adolescentes que sofrem humilhações, violência física e psicológica pelos familiares, apresentam baixo desempenho no rendimento escolar e tendem a sofrer *bullying* com maior frequência, vindo a ser um risco significativo para o envolvimento dos jovens em situações de agressividade, quando comparados aqueles que não tiveram essas experiências²³.

O *bullying* pode ser compreendido como um problema oriundo das primeiras relações experimentadas pelo ser humano, em geral, no contexto familiar, e é caracterizado por uma repetição de atos e comportamentos como receber menos afeto, ambiente com autoritarismo, punições (corporais), rejeição dos pais e percepção de uma fraca rede de apoio social na

infância, que se estendem a adolescência e a vida adulta. Jovens que vivem em uma família com expressão negativa dos afetos, como hostilidade, raiva e tristeza, tem maior probabilidade de ter problemas de relacionamento com os colegas e apresentar déficits na interpretação dos acontecimentos da vida, no processamento de informações, interferindo nas suas competências sociais, emocionais, inclusive e, principalmente, na escola²⁴.

A rede de proteção escolar quando vivenciada com relações positivas entre estudante e professor diminuem o *bullying* e, conseqüentemente os comportamentos suicidas. A medida que o adolescente estabelece uma relação protetora com seu professor, ele tem maiores chances de estar sendo cuidado e diminui a probabilidade de se envolver em comportamentos de risco, pois a partir dessa interação percebe que é possível estabelecer um vínculo seguro e um relacionamento positivo com outras pessoas em sua vida, ou seja, que existem relações emocionais saudáveis²⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo conseguiu atingir o objetivo de conhecer como os adolescentes com comportamentos suicidas percebem as relações interpessoais. Evidenciou-se alguns fatores que têm contribuído para a fragilização dessas relações nas redes de apoio social dos adolescentes com comportamentos suicida do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil. A análise de dados permitiu compreender como são essas relações na rede de apoio social familiar, com os amigos, no ambiente escolar, com professores e colegas e, em diferentes contextos de convívio, as dificuldades em se relacionar e os reflexos dessas interações para o seu desenvolvimento. Essa compreensão torna-se fundamental para a prática da enfermagem e dos profissionais de saúde, uma vez que contribuem para a busca de novas estratégias de cuidado de adolescentes com depressão, assim como, para a reflexão e construção de ações de prevenção de comportamentos suicidas.

Os adolescentes e a rede de apoio familiar precisam do apoio dos profissionais de saúde para que possam melhor compreender as relações entre si, caso contrário, poderão tornar-se vulneráveis aos conflitos presentes em diferentes contextos, intensificando os comportamentos suicidas. A implementação de intervenções dos profissionais de saúde visa o fortalecimento dessas redes de apoio social na busca da melhora da autoestima destes jovens, aumentando sua autoconfiança, encorajando-os a interagirem de modo saudável em diversos ambientes. Para tanto, é necessário contar com apoio das redes de apoio social que envolvem esse adolescente, tais como, o meio familiar, a escola e os amigos.

Ainda, frente a situação pandêmica do atual cenário que vivemos, que exige cuidados de distanciamento social, o presente estudo apresentou algumas limitações como a pesquisa ser realizada de forma online, o que dificultou ao entrevistador estabelecer uma relação de maior proximidade e confiança com os participantes do estudo. Contudo, se evidencia a necessidade da realização de outras pesquisas, adaptando-se a este novo cenário, cujas relações precisam ser predominantemente por meio virtual.

No quesito relativo a política pública de saúde mental foi possível perceber que o trabalho realizado na rede de apoio social, especificamente, o CAPS i, segue suas diretrizes e contribui significativamente para a melhora da saúde biopsicossocial dos adolescentes atendidos e de sua família. No entanto, neste estudo ficou a lacuna no que se refere as intervenções primárias em saúde mental para adolescentes em situação de vulnerabilidade e que apresentam comportamentos suicidas.

REFERÊNCIAS

1. Silva ACS, Alberto MFP. Fios soltos da rede de proteção dos direitos das crianças e adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2019; 39.
2. Dias CN, Guzzo RSL. Escola e demais redes de proteção: aproximações e atuações (im) possíveis? *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*. 2018; 13(3):1-17.
3. Pereira AS, Willhelm AR, Koller SH, Almeida RMMD. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23: 3767-3777.

4. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: suicídio na pandemia COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 24 p.
5. Silva LLT, Vecchia BP, Ramos TM, Costa TAF. Profissionais de enfermagem de um serviço de urgência e emergência frente ao suicídio na adolescência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020; 12(10).
6. Zappe JG, Dapper F. Drogadição na Adolescência: Família como Fator de Risco ou Proteção. *Revista de Psicologia da IMED*. 2017; 9(1): 140-158.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014; 14.
08. Reis N, Pinho R. Gêneros não-binários: identidades, expressões e educação. *Reflexão e Ação* [revista na Internet]. 2016 Abr; 24(1):18. Acesso em: 03 set 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/7045>
09. Tessaro D, Schmidt B. Escolha profissional: teoria e intervenções sistêmicas voltadas ao adolescente e à família. *Pensando famílias*. 2017; 21(1): 92-104.
10. Tan CS, Low SK, Viapude GN. Extraversion and happiness: The mediating role of social support and hope. *Psych J*. 2018 Sep;7(3):133-143.
11. LoBraico EJ, Brinberg M, Ram N, Fosco GM. Exploring Processes in Day-to-Day Parent-Adolescent Conflict and Angry Mood: Evidence for Circular Causality. *Fam Process*. 2020; 59(4): 1706-1721.
12. Tardivo LSLPC, Rosa HR, Ferreira LS, Chaves G, Pinto Junior AA. Autolesão em adolescentes, depressão e ansiedade: um estudo compreensivo. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*. 2019; 39(97): 159-169.
13. Kapetanovic S, Boele S, Skoog T. Parent-Adolescent Communication and Adolescent Delinquency: Unraveling Within-Family Processes from Between-Family Differences. *J Youth Adolesc*. 2019;48(9):1707-1723.
14. Olsson I, Hagekull B, Giannotta F, Åhlander C. Adolescents and social support situations. *Scand J Psychol*. 2016 Jun;57(3):223-32.
15. Favotto L, Michaelson V, Pickett W, Davison C. The role of family and computer-mediated communication in adolescent loneliness. *Plos um*. 2019; 14 (6).
16. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry*. 2016 Oct;209(4):284-293.
17. Johnsen IO, Litland AS, Hallström IK. Living in Two Worlds – Children's Experiences After Their Parents' divorce – A Qualitative Study. *Revista de Enfermagem Pediátrica*. 2018.

18. Oliveira DCD. O impacto do suporte social, depressão, ansiedade e impulsividade na adolescência: relação com os comportamentos autolesivos e a ideação suicida. [Dissertação]. Lisboa. Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida; 2019.
19. Evans R, Hurrell C. The role of schools in children and Young people's self-harm and suicide: systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Public Health*. 2016 may; 16: 401.
20. Wan Y, Chen R, Ma S, McFeeters D, Sun Y, Hao J, Tao F. Associations of adverse childhood experiences and social support with self-injurious behaviour and suicidality in adolescents. *Br J Psychiatry*. 2019 Mar; 214(3):146-152.
21. Forster M, Grigsby TJ, Gower AL, Mehus CJ, McMorris BJ. The Role of Social Support in the Association between Childhood Adversity and Adolescent Self-injury and Suicide: Findings from a Statewide Sample of High School Students. *J Youth Adolescence*. 2020; 49: 1195–1208.
22. Hall M, Fullerton L, FitzGerald C, Green D. Suicide Risk and Resiliency Factors Among Hispanic Teens in New Mexico: Schools Can Make a Difference. *J Sch Health*. 2018; 88 (3): 227-236.
23. Oliveira WA, Silva JL, Sampaio JMC, Silva MAI. Students' health: an integrative review on family and bullying. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22: 1553-1564.
24. Fora CAMP. A influência da expressividade familiar, percebida por adolescentes, no desenvolvimento de sintomas emocionais e de problemas de relacionamento com os colegas. [Dissertação]. Coimbra. Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. 2017.
25. Han Z, Fu M, Liu C, Guo J. Bullying and Suicidality in Urban Chinese Youth: The Role of Teacher-Student Relationships. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2018; 21 (5): 287-293.

5.2 ARTIGO 2

ARTIGO ORIGINAL

**MOTIVOS ATRIBUÍDOS PELOS ADOLESCENTES AS
TENTATIVAS DE SUICÍDIO⁴****REASONS ASSIGNED BY ADOLESCENTS ATTEMPTED
SUICIDE****RAZONES ASIGNADAS POR LOS ADOLESCENTES
INTENTARON SUICIDIO****Émilen Vieira Simões^I****Adriane Maria Netto de Oliveira^I****RESUMO**

Objetivo: identificar os motivos atribuídos pelos adolescentes as tentativas de suicídio. **Métodos** pesquisa qualitativa, realizada com 10 adolescentes que apresentaram tentativas de suicídio em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil, em um município do sul do Brasil. A entrevista foi semiestruturada e, as mesmas foram realizadas em julho de 2020, através do aplicativo Whatsapp. Os dados foram analisados conforme análise temática de conteúdo de Minayo. **Resultados:** Foi possível identificar através das falas dos adolescentes os motivos desencadeadores das tentativas de suicídio, como as mudanças no ciclo de vida do adolescente e a violência, as quais levaram as tentativas de suicídio como a solução para os seus problemas. **Conclusão:** A análise de dados permitiu identificar os motivos atribuídos pelos adolescentes as tentativas de suicídio e a dificuldade de enfrentamento dos problemas vivenciados pelos adolescentes, provavelmente também, pela imaturidade em manejar com as frustrações e decepções da vida.

Descritores: Suicídio; Adolescente; Comportamento autodestrutivo; Saúde Mental; Enfermagem.

Descriptors: Suicide; Adolescent; self-destructive behaviour; Mental Health; Nursing.

Descriptores: Suicidio; Adolescente; Comportamiento autodestructivo; Salud Mental; Enfermería.

^I Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande. Rio Grande do Sul. Brasil
Autor correspondente: **Émilen Vieira Simões** E-mail: emi-dp@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O suicídio é a terceira causa de morte nos adolescentes entre 15 a 19 anos, segundo a Organização Pan Americana de Saúde e, conforme estimativas da mesma, 62 mil adolescentes morrem mundialmente por agravos cometidos contra si mesmo⁽¹⁾. Em 2017, no Brasil, ocorreram 1.047 mortes por lesões autoprovocadas voluntariamente, em crianças e adolescentes com idade entre 10 e 19 anos e, no Estado do Rio Grande do Sul, ocorreram 80 casos nesta faixa etária⁽²⁾. A fase da adolescência centra-se no desenvolvimento biopsicossocial, na construção da maturidade para estabelecer relacionamentos interpessoais, definir provável atuação profissional e, também ocorre a formação da identidade. A partir das novas exigências desta fase da vida, o adolescente, geralmente, vai buscando se adaptar aos diferentes contextos que começa a participar, considerando seus recursos pessoais e habilidades sociais que vão sendo adquiridos ao longo do desenvolvimento⁽³⁾.

O adolescente por não se sentir ouvido, reconhecido e, muitas vezes, pela própria dificuldade de se expressar verbalmente, manifesta de forma não verbal, por meio de seus comportamentos inadequados, que algo não está bem e que não se sente recebendo a atenção, a compreensão e o carinho que necessita e gostaria de ter da família e da sociedade. Nesta fase, o jovem costuma agir por meio do imediatismo e da impulsividade, e quando não tem o sentimento de pertença ao meio social em que vive, vê como único caminho para a resolução dos problemas, terminar com a vida, ou seja, com seu sofrimento interior⁽⁴⁾.

Na maioria das vezes, os adolescentes adotam comportamentos de risco como, ausência da noção do perigo e, por isso, se coloca em situações que podem tirar sua vida, como a violência, jogos de suicídio, festas com uso liberado de drogas lícitas e ilícitas, somados a fatores internos, entre eles, excessiva ansiedade, angústias ou conflitos pessoais em relação a autoestima e autoimagem que, associados a fatores externos como conflitos familiares ou sociais podem levá-los a tentativa de suicídio. Frequentemente, a consequência dos problemas vivenciados pelos indivíduos ao longo do desenvolvimento, principalmente relações distantes, conflituosas, traumas e diversos tipos de violência, somados ao seu modo de ser podem desencadear transtornos mentais, sendo o mais predominante, o transtorno depressivo. As dificuldades na interação social e a falta de esperança também costumam estar relacionadas as tentativas de suicídio.

Para melhor compreender as tentativas de suicídio entre adolescentes, em um município do extremo sul do Brasil, o estudo apresentou a seguinte **questão de pesquisa**: Quais motivos são atribuídos a tentativa de suicídio pelos adolescentes? O estudo teve como **objetivo**: identificar os motivos atribuídos pelos adolescentes as tentativas de suicídio.

MÉTODO

Aspectos Éticos

De forma a contemplar os aspectos éticos preconizados, assumimos a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução nº. 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (CNS/MS) que rege as pesquisas com seres humanos. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEP/FURG), sob o parecer de Nº: 4.146.929 e do Núcleo Municipal Educação em Saúde (NUMESC) da cidade do Rio Grande, com o parecer Nº: 005/2020.

Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, oriundo da dissertação de mestrado intitulada “Visibilidade da(s) tentativa(s) de suicídio a partir dos discursos dos adolescentes”, de natureza exploratória e descritiva. As expectativas exploratórias neste estudo dizem respeito aos motivos atribuídos as tentativas de suicídio pelos adolescentes.

Cenário e amostra do estudo

Participaram do estudo 10 adolescentes que apresentaram tentativas de suicídio, os mesmos estavam em atendimento de forma online pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPS i), localizado no município do Rio Grande, na região sul do Brasil.

Fonte de dados

Os critérios de inclusão foram: estar participando dos grupos de apoio e dos atendimentos online, terem apresentado tentativas de suicídio e encontrarem-se na faixa etária entre 10 e 17 anos, 11 meses e 29 dias, idade limite de acolhimento no CAPS i. Os critérios de exclusão foram: participarem há menos de três meses nos grupos, pois ainda poderiam estar em fase de adaptação ao tratamento e, não se encontrarem aptos para falarem a respeito de si.

Realizou-se contato com dezessete adolescentes que estavam recebendo atendimento de forma online, destes, dez aceitaram participar da pesquisa, três não aceitaram participar por motivos pessoais, dois, os responsáveis não consentiram por acreditarem que seu filho não encontrava-se apto a falar sobre o suicídio, um estava evadido da residência e um foi

desconsiderada a entrevista por não estar apto a responder sobre si. No total participaram deste estudo dez adolescentes com tentativas de suicídio.

Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu de forma online por ligações de vídeo e de áudio, por meio do aplicativo WhatsApp, no mês de julho de 2020, a partir da entrevista semiestruturada. Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra, sendo assegurada a veracidade dos dados. Todos os responsáveis consentiram a participação do adolescente através de uma gravação de áudio via WhatsApp após a apreciação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a autorização dos responsáveis, todos os adolescentes assentiram sua participação, também por meio de uma gravação de áudio, após a análise do Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE).

As entrevistas ocorreram em uma sala apropriada, mesmo de forma remota, a fim de manter um ambiente agradável e que passasse confiança, sendo garantido o sigilo das informações. O objetivo foi proporcionar um local tranquilo, oferecer segurança e confiança ao adolescente no que se refere a visibilidade da entrevistadora, ficando à vontade para responder as questões da entrevista durante as chamadas de áudio/vídeo. De forma a preservar o anonimato dos participantes, estes foram identificados com a letra “A” de adolescente, seguido de M para sexo masculino e F para feminino, conforme auto declaração do adolescente.

Análise de dados

Para a análise das informações foram realizadas várias leituras para aprofundamento da compreensão dos discursos, os quais foram analisados segundo a proposta de Análise Temática de Conteúdo de Minayo⁽⁷⁾, que se caracteriza por um conjunto de técnicas para análise das comunicações. Após, foram retomados os objetivos da pesquisa para posterior exploração do material que consistiu na categorização dos resultados semelhantes, em seguida foram interpretados relacionando com dados apresentados por outros autores existentes na revisão literatura.

Caracterização dos participantes

Dentre os 10 participantes da pesquisa, nove eram do sexo feminino e um considerava-se não binário, isto é, pessoas que se identificam com o gênero oposto ao sexo do nascimento, e que não se enquadram no gênero determinado a elas. São indivíduos que não serão exclusivamente e totalmente mulheres ou, exclusivo e totalmente homens, mas que permeiam

diferentes formas de neutralidade, parcialidade em suas identificações⁽⁸⁾. Os adolescentes encontravam-se na faixa etária entre 12 a 17 anos, sendo as idades predominantes entre 14 e 17 anos. Em relação a residência dos adolescentes, três residiam com a mãe, quatro adolescentes, os progenitores residiam junto e, três adolescentes o padrasto morava no mesmo domicílio. Ainda foi relatada a presença de irmãos por alguns e uma adolescente dividia o ambiente com os avós. Todos eram estudantes e, em relação a escolaridade estavam entre o sexto ano do ensino fundamental e o segundo ano do ensino médio. Em relação as horas de sono por dia, uma adolescente dormia menos de 8 horas, seis adolescentes dormiam de oito a dez horas/dia, dois mais que dez horas e um adolescente dormia, em média 16 horas/dia. Quanto ao tempo de acompanhamento junto ao CAPS i ficou no período entre 5 a 24 meses. Da análise dos dados emergiram duas categorias: **Mudanças no ciclo de vida do adolescente, a violência e o suicídio: enfrentamento e/ou solução dos problemas.**

Mudanças no ciclo de vida do adolescente e a violência: motivos desencadeadores das tentativas de suicídio

Ao responderem sobre os prováveis fatores desencadeantes dos sintomas depressivos, os adolescentes referiram que, os mais predominantes foram a mudança de cidade e de escola, devido ao medo e insegurança em fazer novas amizades, conforme evidenciado nos relatos a seguir:

Eu acho que quando a gente se mudou para cá, principalmente a questão das amizades. Eu tinha muitos amigos na cidade que eu morava, aí eu vim para cá e esse fato de eu ter vergonha e ter que fazer novas amizades foi muito perturbador. (AF01).

Quando eu entrei para outra escola e comecei na escola de turno inverso, iniciaram os sintomas depressivos, eu estava muito para baixo. (AF03).

Não sei o que pode ter desencadeado os sintomas, um pouco pode ter sido a troca de escola. (AF08).

Perdas de familiares próximos e de referência e relações conflituosas também foram mencionados pelos adolescentes, por meio do intenso sofrimento que sentiam frente as situações da vida.

Desde que a minha avó morreu comecei a ficar ruim, eu morava com ela, dormia na cama com ela, aí tive que vir morar com a minha mãe [...] Eu me sentia sozinha e via que realmente eu estava. (AF05).

Eu não me dava bem com a minha família, passei por momentos difíceis de discussões, de brigas, não me sentia acolhida onde estava, a morte do meu pai com 12 tiros pelas costas, perda de amigos. (AF09).

Eu não me sentia bem com tudo o que acontecia, me incomodava a relação dos meus pais que não estava boa, eles discordavam o tempo todo, a minha relação com meus irmãos e com meu namorado não estava boa. No colégio também, acho que tudo acumulou. (AF04).

Duas adolescentes sofreram violência física por familiares, uma delas percebeu os sintomas depressivos a partir da violência psicológica e física provocada pelo pai:

O dia em que meu pai me espancou, na verdade, desde sempre. Quando ele me humilhava, me colocava para baixo, me chamava de idiota, falava que eu não sabia fazer nada, que eu era uma inútil, eu ficava mal. Eu tenho déficit de atenção e ele me chamava de mimada, que eu tomava remédio, mas não tinha nada. [...] Eu acho que desde criança fui depressiva, sempre fui rejeitada pelo meu pai, ele nunca teve muito afeto por mim, nunca demonstrou o quanto me amava, se gostava de mim, nunca falou que me amava: minha filha eu te amo. (AF02)

A outra adolescente no primeiro momento não soube dizer qual o provável acontecimento em sua vida que possa ter desencadeado os sintomas depressivos, pois considerava-se uma menina perfeita. No entanto, com o andamento da entrevista relatou a violência física e o abuso sexual sofrido durante o decorrer da sua vida:

Eu não sei, eu era uma menina muito feliz, a menina perfeita! Eu era maravilhosa na escola, na família [...] Acho que foi as agressões da minha dinda, eu ficava com ela para minha mãe poder trabalhar, e ela me batia por eu não conseguir fazer as atividades do colégio, algumas vezes foi tanto que sangrou meu nariz, outra ela me soqueou o peito que eu senti falta de ar. Também o que o primo da minha mãe fez comigo, aqueles toques íntimos e invasores e, aqui em casa a gente não tem uma relação muito boa. (AF06).

A dificuldade de auto aceitação da própria imagem foi exposta na fala por uma adolescente e a interferência da “rotulação imposta pela sociedade”.

Foi com 11 anos, era eu olhar para o espelho e não gostar do que eu via, de não entender o motivo de não conseguir me gostar, sentia muita raiva me olhando no espelho, não gostava do que eu via e do que eu ouvia. Eu escutava muito as pessoas falando da minha aparência, do jeito que eu gostava de me vestir, do jeito do meu corpo. (AF07).

Suicídio: enfrentamento e/ou solução dos problemas

Os adolescentes referiram que percebiam o suicídio como única alternativa para solucionar os problemas que estavam vivenciando. Sete disseram que o suicídio era o meio de terminar com a dor interna e o sofrimento; uma considerou que, provavelmente este modo de agir não iria terminar com seus problemas e, outra referiu que tem pedido proteção para afastar os pensamentos relativos a ideação suicida.

Eu achava que iria acabar com tudo ali e acabou, mas eu li sobre suicídio, que para mim fez sentido, tu te suicida, mas os teus problemas não vão acabar com a morte. (AF01).

Pensei que se tirasse a vida iria acabar com todo esse sofrimento que eu sinto, eu não precisaria mais sorrir para as pessoas quando a vontade é chorar, fazer de conta que você é uma pessoa que você não é, de sentir essa dor que eu sinto. Às vezes paro e rezo muito, peço para Deus tirar isso da minha cabeça, para me guiar e pensar em coisas boas. (AF02).

Eu estava cansada das brigas, de tudo e achei que tirar a vida, ia me ajudar, acabar com tudo. (AF04).

Era uma forma de fugir de todos os problemas, de encarar tudo aquilo e só querer tirar um peso que a gente sente, como se todos os dias fosse uma luta e uma hora cansa. (AF05).

Na minha cabeça eu não sentiria mais essa dor por dentro. (AF06).

Basicamente eu pensava que não sentiria mais nada, acabaria com tudo que eu estava sentindo naquele momento, muita confusão e dor. (ANB10).

Duas adolescentes referiram não ter sentimento de pertença a este mundo, para elas, a vida não tem sentido e não conseguem se adequar aos contextos nos quais se encontram inseridas.

Tentei me matar porque eu não via sentido na vida. (AF08).

Eu achava que eu não me encaixava mais nesse mundo, eu só queria sair do mundo. Eu acredito em espiritismo, eu sei que a vida do suicida não é fácil, mas eu não aguentava mais esse momento, eu não queria saber o que vinha depois, só queria acabar com isso agora. (AF09).

Segundo os adolescentes, a maioria tentou suicídio várias vezes ou, ao menos, mais de uma vez e o meio mais utilizado foi ingerir altas doses de medicamentos, entre eles, encontram-se, o relaxante muscular, analgésicos e antitérmicos.

Umas quatro vezes, eu tomei remédios, uma das vezes eu tomei seis relaxantes musculares. (AF04).

Já tomei muito remédio, tentei me jogar dos lugares, tentei me jogar do carro, me cortando, tomando coisa que fazia mal, tudo que eu vi que era possível tirar minha vida eu tentava. (AF05).

No ano passado, tentei praticamente o ano todo e, agora na quarentena também, só que não foram bem-sucedidas. Tentei me enforçar, tomei produtos de limpeza, me joguei na frente de um caminhão e tomei remédios. (AF06).

Duas vezes foi com remédios. Na última vez eu tomei 15 paracetamóis e levou ao meu transplante do fígado. (AF09).

Uma adolescente relatou que observava as amigas realizarem lesões autoprovocadas para aliviar a dor e, após presenciar tais episódios começou a se cortar para aliviar a sua dor interna emocional. Cometeu tais atos por dois anos consecutivos:

As outras gurias faziam e eu não sabia porque, daí elas diziam que era para aliviar a dor. Aí eu comecei a fazer isso com a gilete do apontador. Eu me cortei por praticamente dois anos. (AF03).

DISCUSSÃO

O estudo realizado mostrou por meio dos relatos dos adolescentes que estes passaram por momentos de intenso sofrimento durante a infância, como perdas de familiares, abuso sexual, violência física e psicológica, os quais se perpetuam na fase atual da sua vida. A demonstração das emoções é uma capacidade manifestada a partir de vivências ao longo da vida, sendo que essas experiências encorajam ou amedrontam o indivíduo para determinadas atitudes. Contudo, o adolescente que está em fase de aperfeiçoamento do seu pensar e agir encontra dificuldades em determinadas situações de reconhecer e expressar o que sente⁽⁶⁾.

Esses fatos percebidos na vida dos adolescentes do presente estudo parecem deixar claro que foram estes os motivos que causaram grande impacto na sua vida emocional e social. O retraimento social de forma prolongada indica um aumento da probabilidade de problemas sociais e comportamentais nos relacionamentos pessoais e interpessoais no seu processo de desenvolvimento, com isso, pode-se justificar a dificuldade percebida dos adolescentes do atual estudo em fazer amizades, por vergonha, quando o adolescente se conecta a um novo ambiente, como as mudanças de cidade e escola. Estudo realizado com mais de 400 adolescentes nos distritos de Coimbra e Aveiro, traz uma relação onde adolescentes com alguma perturbação psicológica apresentam significativamente resultados com maior probabilidade de sentirem-se envergonhados, devido ao sentimento de inferioridade, desvalorizados, auto rejeitam-se e se avaliam negativamente em relação aos outros jovens. Quanto maior a vergonha, maior é a frequência de se envolver em comportamentos de risco⁽⁷⁾.

A vergonha é um estado emocional de repulsa, repugnância, que potencialmente leva a comportamentos auto lesivos como um meio de evitar ou regular esses sentimentos, ou como forma de se punir em resposta a esses⁽⁸⁾. Outro autor faz uma comparação das amizades a uma mercadoria, a algo de valor. Em tempos de redes sociais, quanto mais amigos, mais se é visto, valorizado e lembrado, as mudanças de escola e cidade dos adolescentes fez com que diminuísse esse círculo de amigos e agregado a vergonha que os impedem de fazer novas amizades, dificultam essa aproximação aos demais⁽⁹⁾. As mudanças na rotina dos adolescentes

podem se tornar um trauma para o mesmo, quando não conversada e trabalhada em conjunto com o suporte de apoio.

Os eventos traumáticos da vida aumentam o risco de tentativas suicidas recorrentes, esses comportamentos provavelmente são desencadeados por motivos que causaram eventos traumáticos ao longo da vida, os quais não foram enfrentados, tampouco ressignificados e elaborados de forma positiva e, as lesões autoprovocadas como a automutilação praticada pelos adolescentes é uma forma de manifestar que algum acontecimento está lhe ocasionando sofrimento. Quando os fatos o atormentam e lhe causam profunda tristeza e dor, as lesões autoprovocadas é a maneira encontrada para aliviar essa dor e se acalmar, momentaneamente, o sentimento de tristeza que o aflige. Embora tenham estudos que apontem para a intenção não suicida de lesões autoprovocadas, há um entendimento que essas ações realizadas repetidamente, podem desenvolver um potencial suicida ⁽¹⁰⁾.

Contudo, no presente estudo, pode-se analisar nos relatos expostos pelos adolescentes diversos motivos que acarretaram em eventos estressores, tais como violência física, psicológica, abuso sexual e perdas de pessoas próximas. No Relatório publicado no *Official Journal Of The American Academy Of Pediatrics*, em 2016, aponta que o profissional de saúde deve atentar para os adolescentes que vivenciam ou vivenciaram situações estressoras ao longo do desenvolvimento, dando atenção significativa para o impacto que isso poderá ocasionar em sua vida e a forma como enfrentará esse problema, para que os adolescentes não vejam as tentativas de suicídio e o suicídio como única forma de enfrentamento e resolução dos problemas⁽¹¹⁾.

Sabe-se que as lesões autoprovocadas e a automutilação aumentam o risco de suicídio. Pesquisa realizada pelo Departamento de Psiquiatria da *Harvard Medical School* com 397 adolescentes mostrou que jovens com ideação suicida sofrem de depressão grave, envolvem-se em comportamentos mais arriscados como queimaduras e raspagem na pele⁽¹²⁾. Contudo, o estudo ainda aponta que a autolesão sem risco de suicídio pode agravar ainda mais a angústia sentida e aumentar a tendência suicida, por aliviar a dor de forma momentânea⁽¹²⁾. As autolesões caracterizam-se por serem lesões corporais moderadas sobre o próprio corpo, sem qualquer ideação suicida ou prazer sexual, sem intervenção de outrem e que lhe causaram danos físicos ou ferimentos e alívio da tensão sentida. É uma tentativa de manter a integridade psicológica do indivíduo que não tem estratégias adequadas para lidar com os sentimentos que são insuportáveis para ele, nem com as tensões causadas por estes ⁽¹³⁾. Já, a automutilação é considerada como comportamentos auto agressivos mais graves, tais como as amputações de membros, enucleação ocular e castração. Levam a uma destruição irreversível do corpo e,

frequentemente, ameaçam a vida. Estas costumam surgir num contexto alucinatório em que o sujeito obedece a vozes de comando ou num contexto de delírios ⁽¹³⁾.

O luto por perda de familiares de referência e os conflitos também foram motivos destacados pelos adolescentes, como tendo influência nas suas decisões emocionais. As relações no contexto familiar não se referem somente a manifestação de emoções em relação as pessoas vivas, mas também tem como ponto de referência, as pessoas importantes que faleceram, as quais permanecem vivas nas lembranças dos adolescentes, logo é possível nutrir sentimentos positivos e manter o modelo daqueles que se foram em sua mente, principalmente quando o luto é de familiares. Observou-se na fala dos adolescentes que vivenciaram este luto, com extrema tristeza pela perda, o que vem ao encontro do autor que considera que a ausência das pessoas que lhe criaram, mostrando os valores da vida e de família, a pessoa que era sua referência pode gerar sentimentos depressivos e ocasionar o desejo de não viver ⁽¹⁴⁾.

Uma das adolescentes depois da morte de sua avó, a qual considerava como mãe, precisou mudar de residência e morar com sua mãe biológica, pessoa com quem não tinha qualquer tipo de vínculo afetivo. Crianças e adolescentes projetam imagens idealizadas nas pessoas de referência, logo, na fase da adolescência que o indivíduo está em processo de transformação de suas ideias, a forma como o adolescente vê a perda destas pessoas que são consideradas como ídolos poderá fazer com que recorra a outros vínculos compensatórios, tais como outros membros da família ou a uma referência idealizada para este adolescente, como os amigos ⁽¹⁴⁾. Entretanto, quando o adolescente não possui outros vínculos ou as relações são frágeis, torna-se mais vulnerável ao luto, podendo ter problemas de saúde e, por conta disso, não elabora a perda, sofrendo intensamente. A adolescência é uma fase do ciclo vital que tem como característica principal a impulsividade e querer a rápida resolução para os seus problemas, dificultando ainda mais, a superação do luto. Todavia, a elaboração da perda de uma pessoa querida demanda um período de tempo que varia de acordo com a individualidade de cada um, sendo importante ficar atento as reações dos adolescentes frente a perdas e lutos, a fim de que possa ser identificado o luto normal ou patológico ⁽¹⁵⁾.

Considerando que o luto nas duas situações expostas pelos participantes levou ao rompimento de uma relação afetiva, somado à própria vulnerabilidade da adolescência, essa perda, provavelmente, ocasionou dificuldades para o adolescente durante seu processo de autonomia e de independência, além de influenciar na construção e manutenção de seus/novos vínculos afetivos. Pesquisa realizada na Holanda sugere que toda criança e adolescente com perda de familiares próximos, principalmente nos casos de homicídio, como relatado por uma das adolescentes do presente estudo, na maioria das vezes, precisam de acompanhamento

especializado de serviços de saúde mental e serviços sociais, para que não se torne um adolescente vulnerável ao luto, sinta-se acolhido e encontre maneiras de melhor enfrentar essa perda⁽¹⁶⁾.

As perdas agregadas ao contexto familiar desajustado, isto é, uma família desarmônica, que envolve situações de violência, cujo ambiente não oferece condições favoráveis para a formação da personalidade do adolescente, ocasiona impactos negativos no que se refere as perspectivas para o futuro, como por exemplo, na formação da sua identidade ocupacional, na formação de seu caráter, do que é certo ou errado para si⁽¹⁷⁾. Sabe-se que um ambiente social sem suporte para adolescentes, com relação prejudicada entre pais e filhos, mantendo eventos estressores ou discussões com os pais aumentam o risco para as tentativas de suicídio conforme publicado no *Official Journal Of The American Academy Of Pediatrics* ⁽¹¹⁾.

Torna-se importante pensar na dinâmica familiar que esses adolescentes estão inseridos e nas relações estabelecidas, sabendo que as tentativas de suicídio surgem frente a situações de extremo estresse. É possível compreender que a dinâmica familiar com relações intransigentes, correções violentas e relacionamentos distantes, faz com que os adolescentes manifestem dificuldades em lidar com situações frustrantes e decepções, pois não encontram o apoio necessário para externalizar e lidar com suas emoções de forma saudável⁽¹⁸⁾.

Os achados em um estudo na Universidade de Zurique na Turquia corroboram com os nossos, destacam as consequências negativas da violência para a construção de um emocional saudável, pois costumam ter um efeito duradouro nas pessoas afetadas⁽¹⁹⁾. O autor ainda traz uma relação com um efeito de bloco de construção, que quando suas estruturas não estão bem firmes, com o peso colocado sobre ele, desaba. A violência exposta pelos participantes do presente estudo deixa evidente, assim como outros estudos encontrados na literatura que a violência física e/ou psicológica e o abuso sexual contínuos, ou seja, quando esse adolescente não suporta mais tanta violência, ele desmorona, no caso dos adolescentes do nosso estudo, na maioria das vezes, leva ao transtorno de estresse pós-traumático e transtornos depressivos que refletem na construção de uma vida nada saudável, principalmente emocionalmente e socialmente.

Em outro estudo realizado na Holanda e na Bélgica que investigou a associação da violência interpessoal contra crianças e a qualidade de vida na fase adulta, mostrou que esses eventos têm associação significativa com a piora da saúde mental, levando a somatização, depressão, ansiedade e piora da qualidade de vida⁽²⁰⁾. Os diversos tipos de violência acarretam, não somente problemas de ordem emocional, mas também, físicos, entre eles, transformações que afetam o sistema endócrino e inúmeras alterações neuroestruturais que são eixos de grande

importância para a regulação das emoções, levando, a longo prazo, a desenvolverem doenças cardiovasculares, diabetes, distúrbios de dor e doenças autoimunes⁽²¹⁾.

A autoimagem também foi encontrada nos resultados como um incômodo para o adolescente. Sabe-se que este é um problema que está relacionado a outros fatores como baixa autoestima e dúvidas quanto a opção sexual, contudo o adolescente necessita sentir-se bem, com uma boa autoimagem e boa autoestima para a formação de uma personalidade madura e segura. O conceito do distúrbio da imagem corporal decorre da complexidade do mesmo, devendo-se pensar como um sintoma variável, podendo ser visto como parte de um desenvolvimento de identidade complexo que é intrínseco e inclui os aspectos físicos e sociais no qual este adolescente está envolvido⁽²²⁾.

O adolescente tem a necessidade de resolver os problemas de forma imediata, o que pode ser justificado pela baixa tolerância a frustração e a dificuldade de fazer o enfrentamento frente aos problemas, a qual advém das diversas situações já vividas. Assim, foi percebido no estudo que os adolescentes quando não conseguiram externalizar ou resolver o problema, procuraram outros meios para dar fim a situação, tentando dar fim a vida. Os indivíduos que convivem com o sofrimento psíquico ou a sintomatologia depressiva exteriorizam frequentemente o desejo de morrer e/ou se suicidar, considerando que o suicídio é a única saída para a resolução dos seus problemas⁽²³⁾. Assim, percebeu-se que os adolescentes que participaram da nossa pesquisa também perceberam o suicídio como a única alternativa para acabar com os problemas que perturbam sua saúde emocional. Diante do atual cenário que estamos vivendo, de contínuas mudanças, relações passageiras, o que hoje importa amanhã já não faz mais sentido, a evolução da sociedade, os benefícios, as novas formas de vínculos têm provocado sofrimento psíquico em muitas pessoas, principalmente nos jovens que, incapazes de lidar com tais desafios, encontram na morte uma maneira de fugir dessa realidade⁽²⁴⁾. Pelas falas da maioria dos adolescentes do estudo, esta era a forma de pensar, fugir dos problemas, acabar com tudo, dando fim ao que estava incomodando. Também foi exposto a sensação de não pertencer mais a este mundo, a esta sociedade, fazendo-os questionarem-se a respeito da importância da sua própria existência.

Quando o jovem se sente fracassado, a maneira encontrada para aliviar o seu sofrimento é se suicidar, recorrendo ao consumo de medicamentos ou outros meios para dar fim a vida. O método utilizado para colocar em prática a tentativa de suicídio pela maioria das participantes foi a ingestão de altas doses de medicamentos. Pesquisa realizada na República da Eslovênia em 2018, com registros de indivíduos que praticaram tentativas de suicídio aponta resultados idênticos quando trata-se de participantes do sexo feminino, identificando o afogamento e

ingestão de grandes quantidades de medicamentos como os principais meios para tentar terminar com a vida. A segunda forma mais frequente de tentativa de suicídio associada a outras, foram: envenenamento, pular de alturas e por afogamento⁽²⁵⁾. Estudo realizado no estado de Victoria, na Austrália, com dados de 273 adolescentes que morreram por suicídio com idades entre 10 e 19 anos sugere que os adolescentes que ingeriram altas doses de medicações e se feriram com cortes pelo corpo estão sob risco aumentado de cometerem suicídio⁽²⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo atingiu o objetivo de identificar os motivos atribuídos pelos adolescentes as tentativas de o qual permitiu desvendar e atentar para os motivos desencadeadores dos sintomas depressivos que acarretaram em tentativas de suicídio. Os aspectos destacados nesta pesquisa foram: os conflitos familiares, a violência psicológica, física e o abuso sexual, os quais intensificam a pré-disposição dos jovens a se envolverem em tentativas de suicídio, que, agregado a imaturidade de manejar com situações que causam desconforto e dor emocional, enxergam o suicídio como a solução para os problemas que enfrentam. Terminar com a intensa dor emocional, com a tristeza e com todo tipo de sofrimento que os eventos estressores lhe causaram é o que impulsiona o adolescente a tentativa de suicídio.

Fica a reflexão de qual é o papel do enfermeiro como profissional de saúde que atua em diferentes fases do ciclo vital e também, em diversos contextos, frente as políticas de prevenção ao suicídio, uma vez que esta é uma ferramenta bastante utilizada nesta profissão no que se refere a sua atuação em saúde pública. Acredita-se que esta pesquisa, assim como outros estudos a respeito do suicídio na adolescência, pontua vários aspectos relevantes que podem contribuir para posteriores intervenções de prevenção em diferentes contextos, a partir do mapeamento das famílias em situação de vulnerabilidade no território.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Folha informativa - saúde mental dos adolescentes [Internet]. 2018 [acesso em 2019 jul 28]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839
2. Ministério da Saúde (BR). TabNet Win32 3.0: óbitos por causas externas - Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2020 set 08]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>.

3. World Health Organization (2019). Coming of age: adolescent health. In World Health Organization. [acesso em 2020 set 08]. Disponível em <https://www.who.int/healthtopics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>
- 4.Santos AA, Barros DB, Lima BM, Brasileiro TC. Automutilação na adolescência: compreendendo suas causas e consequências. Temas em Saúde. 2018;18(03).
- 5.Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014; 14.
- 6.Herzog FF, Ribeiro AC, Welter LS, Senhem GD, Silveira LBTD, Freitas FF. Vivências de adolescentes com sintomas depressivos em contexto escolar. Rev. Enferm. UFSM. 2020;10(69): 1-17. DOI:10.5902/2179769239810
- 7.Quinteiro AMV, Cunha MO. Autodano, Vergonha e Traços Borderline em Adolescentes: o papel mediador da autocompaixão. [Dissertação]. Coimbra. Instituto Superior Miguel Torga. 2020.
- 8.Taylor PJ, Dhingra K, McDermott L, Dickson JM. Psychological correlates of self-harm within gay, lesbian and bisexual UK University students. Archives of Suicide Research. 2018. DOI:10.1080/13811118.2018.1515136.
- 9.Farias CA, Crestani P. A influência das redes sociais no comportamento social dos adolescentes. Revista Ciência e Sociedade [Online], 2017; 2.
- 10.Magalhães JRFD, Gomes NP, Mota RS, Santos RMD, Pereira Á, Oliveira JFD. Repercussões da violência intrafamiliar: história oral de adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020; 73(1). DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0228
- 11.Shain B; Committee on adolescence. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. Pediatrics. 2016;138(1). DOI:10.1542/peds.2016-1420
- 12.Stewart JG, Esposito EC, Glenn CR, et al. Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. J Psychiatr Res. 2017;84:105-112. DOI:10.1016/j.jpsychires.2016.09.03
13. Almeida CM. Auto-lesão, auto-mutilação e auto-agressão. A mesma definição? Laboratório Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa. ago/set 2010. Acesso em: 21 set de 2020. Disponível em: <http://news.medicina.ulisboa.pt/2010/09/30/auto-lesao-auto-mutilacao-e-auto-agressao-a-mesma-definicao/>
14. Silva AC. Adolescência E Luto-Uma Análise Psicanalítica de Adolescentes em Elaboração de Luto. (2016).
- 15.Silva JCG. O luto no adolescente diante da perda por morte de uma pessoa querida. [Especialização]. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais. (2018).
- 16.Alisic E, Groot A, Snetselaar H, Stroeken T, van de Putte E. Homicídio parental por parceiro íntimo e suas consequências para as crianças: protocolo para um estudo de base populacional. BMC Psychiatry. 2015; 15: 177. DOI: 10.1186 / s12888-015-0565-z.

18. Fernandes VM, Zacharias DG. Adolescência, suicídio e redes de apoio: o desejo de morte enquanto grito pela vida. Jornada de Pesquisa em Psicologia, 2016.
19. Maercker A, Hecker T. Trauma- und Gewaltfolgen--psychische Auswirkungen [Consequences of trauma and violence: impact on psychological well-being]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2016;59(1):28-34. DOI:10.1007/s00103-015-2259-6
20. Vertommen, Tine, Kampen J, Veldhoven NS, Uzieblo K, Eede FVD. Grave violência interpessoal contra crianças no esporte: problemas de saúde mental e qualidade de vida na idade adulta associados. Child Abuse & Neglect. (2018); 76: 459-468. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.12.013
21. Entringer S, Buss C, Heim C. Frühe Stresserfahrungen und Krankheitsvulnerabilität [Early-life stress and vulnerability for disease in later life]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2016;59(10):1255-1261. DOI:10.1007/s00103-016-2436-2
22. Ábrahám I, Máté J, Balazs J, Réka NA, Nóra F, Laura C. A testképtől a testképzavarig. Orvosi Hetilap. (2017); 158(19): 723-730. DOI: 10.1556/650.2017.30752
23. Santos HGB, Marcon SR, Espinosa MM, Baptista MN, Paulo PMC. Fatores associados à presença de ideação suicida entre universitários. Revista Latino-Americana de Enfermagem (2017); 25. DOI: 10.1590/1518-8345.1592.2878
24. Penso MA, Sena DPA. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. Sociedade e Estado. (2020); 35(1): 61-81.
25. Zalar B, Plesniņar BK, Zalar I, Mertik M. Suicide and suicide attempt descriptors by multimethod approach Psychiatria Danubina, 2018; 30(3) 317-322. DOI: 10.24869/psyd.2018.317
26. Lee S, Dwyer J, Paul E, Clarke D, Treleaven S, Roseby R. Differences by age and sex in adolescent suicide. Aust N Z J Public Health. 2019;43(3):248-253. DOI:10.1111/1753-6405.12877

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou alguns fatores que interferem no processo de desenvolvimento dos adolescentes que tentaram suicídio e que estavam em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil no município do Rio Grande, localizado no extremo sul do Brasil. A análise dos dados nos permitiu conhecer como os adolescentes com comportamentos suicidas e que tentaram suicídio percebem as relações interpessoais e na identificação dos motivos atribuídos pelos adolescentes as tentativas de suicídio.

O conhecimento adquirido a partir dessa pesquisa é importante para a prática da enfermagem e demais profissionais de saúde, uma vez que contribui para a construção de novas estratégias de cuidado com os adolescentes com vistas a prevenção do suicídio.

Nesta perspectiva, torna-se essencial rever atividades em grupo que envolvam os adolescentes na comunidade, tanto em grupos de discussões de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família, ou na escola, nos locais de lazer, que possam ser usados para a promoção da saúde mental desses adolescentes, uma vez que o envolvimento com demais pessoas fortalece a reinserção deste jovem no meio social, estimula o envolvimento em outras atividades de promoção a saúde fazendo com que reconheça a sua importância na sociedade, adquira amor próprio, autoconfiança e aprenda formas de enfrentamento dos problemas que ocasionam sofrimento saudáveis, o que irá promover o seu empoderamento como pessoa.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, FM de. O suicídio: Contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade. **Revista Aurora**, v. 11, n. 1, p. 119-138, 2018.
- ARMOND, Jane de Eston et al. Autoagressões e tentativas de suicídio entre crianças e adolescentes na cidade de São Paulo no ano de 2013. **Pediatr. mod**, 2015.
- BIDDLE, L; et al. Suicide and the internet. *BMJ*. 2008.
- BLANDÓN CUESTA, Olga María et al. Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. **Revista Archivo Médico de Camagüey**, v. 19, n. 5, p. 469-478, 2015.
- BERENCHTEIN NETTO, N; SOUZA, T. M. S. Adolescência, educação e suicídio: uma análise a partir da psicologia histórico-cultural. **Nuances: estudos sobre Educação**. Presidente Prudente- SP, v. 26, n. 1, p. 163-195, 2015.
- BIROLI, F. **Família: novos conceitos**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2014.
- BRASIL. Lei Nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Casa Civil. 1990.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. 2016
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil**. Brasília. DF. 2017. Disponível em: https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf Acesso em: 29 ago 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção ao suicídio conta com ligação gratuita em todo país**. 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43791-chamada-gratuita-do-cvv-para-prevencao-ao-suicidio-ja-esta-em-todos-os-estados> Acesso em 30 ago 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio**. 2018.1. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcaram-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio> Acesso em: 29 ago 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. vol. 50. 2019.
- CAMPOS, E. P. Suporte Social e Família. Em: MELLO FILHO, J. **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 141-161.

CANCIAM, V. **Imprensa e suicídio, uma abordagem ética e técnica**. 2003. Disponível em: <http://observatoriodaimprensa.com.br/primeiras-edicoes/imprensa-e-suicidio-uma-abordagem-etica-e-tnica/> Acesso em: 02 dez 2019.

CANTÃO, L; BOTTI, N. C. L. Suicídio na população de 10 a 19 anos em Minas Gerais-1997–2011. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2015.

CEVS. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativa de Suicídio**. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde. v.1, n.1, set 2018.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. O Suicídio e os Desafios para a Psicologia / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013. 152p.

CRUZ, D. et al. ADOLESCENTS AND SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOURS: AN EXPLORATORY ANALYSIS OF FAMILY AND INDIVIDUAL CORRELATES. **Behavioral Psychology / Psicología Conductual**, Vol. 21, Nº 2, p. 271-288, 2013.

DA COSTA, F. A. Mulher, trabalho e família: os impactos do trabalho na subjetividade da mulher e em suas relações familiares. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, p. 434-452.2018.

D'ARAÚJO. **Getúlio Vargas**. Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2011. 793 p. Série perfis parlamentares; n. 62, 2011.

DIEKSTRA, R. F. W; GARNEFSKI, W. On the nature, magnitude and casuality of suicidal behavior on international perspective. **Suicide Life Threat Behav**. 1995. p. 36-57.

DICIO. **Dicionário On Line de Português**. 2018. Disonível em: <https://www.dicio.com.br/bullying/> Acesso em: 03 dez 2019.

DURKHEIM, E. **O Suicídio**. Lisboa. Ed. Presença. 1973.

FERRO, L. F. Grupo de convivência em saúde mental: intersectorialidade e trabalho em rede. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, n. 3, p. 485, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2ª reimpressão. 6ªed. São Paulo: Atlas, 2018.

GOMES, J. O. et al. **Suicídio e internet: análise de resultados em ferramentas de busca**. 2014.

GOULD, M. S. Clusters de suicídio e exposição na mídia. **Suicídio ao longo do ciclo de vida: fatores de risco, avaliação e tratamento de pacientes suicidas**. 1990. 517-532.

HIDALGO-RASMUSSEN, C; MARTÍN, A. H-S. Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida, por género, en adolescentes mexicanos, estudiantes de preparatoria. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, 2015. p. 3437-3445.

ALVES JUNIOR, C. A. S. et al. Comportamentos suicidas em adolescentes do sul do Brasil: prevalência e características correlatas. **prevalence**, v. 26, n. 1, p. 88-94, 2016.

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

KASTEMBAUM, R. **Psicologia da morte**. São Paulo: Ed. USP; 1983.

KIM, Y. et al. Associations between adolescents' sleep duration, sleep satisfaction, and suicidal ideation. **Salud Mental**, v. 39, n. 4, p. 213-219, 2016.

LACERDA, E. A. P. **Suicídio de Pastores: Uma análise dos fatores de risco que contribuem para a consumação do suicídio**. 1ª ed. 2017.

LAGO, V. et al. Instrumentos que avaliam a relação entre pais e filhos. **Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano**, p. 330-341, 2010.

LOBOA, N. J; MORALES, D. F. Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa-Tolima, 2013. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 34, n. 1, p. 94-102, 2016.

MARX, K. **Sobre o Suicídio**. Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella. São Paulo. Boitempo. p. 15-16, 2006.

MENEGHEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 804-810, 2004.

MESQUITA, C. et al. Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, p. 97-109, 2011.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed, São Paulo: Hucitec, 2014.

MINOIS, G. **História do Suicídio**. A sociedade Ocidental diante da morte voluntária. Ed. Unesp, 2018.

OLIVEIRA NETO, Á. et al. Alienação parental e família contemporânea: um estudo psicossocial. Recife. Devry, v. 2, p. 121, 2015.

OLIVEIRA, C. S; LOTUFO NETO, F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 30, n. 1, p. 4-10, 2003.

OMS. **Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo em La adolescência**. 2016. Disponível em:

<http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/> Acesso em: 07 dez 2019.

OMS. **Suicídio**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> Acesso em: 15 out 2019.

OMS. **Estimativas da taxa de suicídio, estimativas padronizadas por idade por região da OMS**. 2018. Disponível em:

<http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRREGv?lang=en> Acesso em: 15 out 2019.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes**. Guia de orientação para apoiar a Implementação pelos países. Washington, D.C. Organização Pan-Americana da Saúde; 2018.

ORTIZ-HERNÁNDEZ, L; VALENCIA-VALERO, R. G. Disparidades en salud mental asociadas a la orientación sexual en adolescentes mexicanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 417-430, 2015.

PANIAGUA, R. E; GONZÁLEZ, C. M; RUEDA, S. M. Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 32, n. 3, p. 314-321, 2014.

PIMENTEL, C. E. et al. **Preferência musical e risco de suicídio entre jovens**. 2009.

PHILLIPS, M. R; LI X, Z. Y. Suicide rates in China, 1995-99. **Lancet**. p. 835-4, 2002.

RIBEIRO, C. C. R. P. Marques. **Relações de sociabilidade, entre adolescentes, em contexto escolar**. 2010. PhD Thesis.

RODRIGUES, A. **Suicídio revolucionário' do apóstolo socialista**. 2008. Disponível em: <https://www.dn.pt/arquivo/2008/suicidio-revolucionario-do-apostolo-socialista-1136660.html> Acesso em: 29 ago 2019

RODRIGUES, J. R. **Funcionamento familiar e percepção de rejeição paterna: Influência na ocorrência de comportamentos autolesivos na adolescência**. 2015. Tese de Doutorado.

ROJAS, I. G; SAAVEDRA, J. E. Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006. **Revista de Neuro-Psiquiatria**, v. 77, n. 4, p. 250-261, 2014.

ROMO, M. L; KELVIN, E. A. Impact of bullying victimization on suicide and negative health behaviors among adolescents in Latin America. **Revista panamericana de salud publica**, v. 40, p. 347-355, 2016.

SÁNCHEZ-LOYO, L. M. et al. Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural. **Acta de investigación psicológica**, v. 4, n. 1, p. 1446-1458, 2014.

SANTOS, AA. Automutilação na adolescência: compreendendo suas causas e consequências. **Temas em Saúde**. v.18, n. 03, João Pessoa, 2018.

SÃO PEDRO, J. R. **O suicídio enquanto um fenômeno sócio-histórico: possíveis atuações e desafios da Psicologia**. II Congresso Brasileiro Ciências da Saúde. 2017.

SENNA, S. R; DESSEN, M. A. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psicologia: teoria e Pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 101-108, 2012.

SILVA, L. L. T; MADEIRA, A. M. F. Tentativa de auto-extermínio entre adolescentes e jovens. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2014.

SIMÕES, F. I. W; HASHIMOTO, F. Mulher, mercado de trabalho e as configurações familiares do século XX. **Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas: Universidade Federal dos Vales dos Jequitinhonha e Mucuri, Minas Gerais**, 2012, 1.2.

TEIXEIRA, S. L. L; MADEIRA, A. M. F. Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v. 3, n. 4, p.1281-1289, 2014.

SUAREZ, J. D. **Família funcional vs. Família disfuncional: 20 diferenças**. 2019. Disponível em: <https://www.menteemovimento.com.br/single-post/2019/08/08/Fam%C3%ADlia-funcional-vs-Fam%C3%ADlia-disfuncional-20-diferen%C3%A7as> Acesso em: 06 dez 2019

TENÓRIO, J. C. S. Adolescência e vida contemporânea: uma relação entre limite e identidade. **Psicologado**. Ed 08, 2015. Disponível em: <https://psicologado.com.br/abordagens/psicologia-analitica/adolescencia-e-vida-contemporanea-uma-relacao-entre-limite-e-identidade>. Acesso em 29 nov 2019.

VALDIVIA, M. et al. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. **Revista médica de Chile**, v. 143, n. 3, p. 320-328, 2015.

VÁSQUEZ, R; GÓMEZ, D. Mortalidad y problemas emocionales: el suicidio en Colombia 20 años después (1970-1990). **Acta Med Colomb**, v. 18, p. 113-8, 1993.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

VISIBILIDADE DA(S) TENTATIVA(S) DE SUICÍDIO A PARTIR DOS DISCURSOS DOS ADOLESCENTES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Adolescente:
Idade:
Sexo:
Escolaridade:
Tempo de atendimento no CAPS i:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Com quem você mora? Que pessoas você considera como família? Por quê? 2. O que você faz nos seus momentos de lazer? 3. Você tem amigos? Quem são? Como você mantém contato com eles? 4. Como você percebe o seu corpo? Algo te incomoda nele? 5. Que horas você costuma dormir? Quantas horas você dorme? Precisa utilizar alguma medicação para dormir? Se sim, qual? Há quanto tempo? 6. Que atividades você realiza ao longo do dia? O que você mais gosta de fazer? 7. Fale-me sobre a sua vida desde criança até o momento atual. Você lembra como foi a sua infância? Quais os aspectos positivos e negativos na sua vida ao longo deste tempo? 8. Descreva quais atividades que você e seus familiares fazem desde que acordam até a hora de dormir. 9. Como é a sua relação com as pessoas que você mora? Quais as pessoas que você mais gosta? Por quê? 10. Quais as pessoas que você não gosta? Por quê? 11. Como você percebe a relação das pessoas com você? E como é a sua relação com as pessoas que você convive nos diferentes contextos? 12. Como é e como foi a sua relação com os colegas e com os professores da escola até o momento? 13. Como você se vê como pessoa? Quais são as suas qualidades?

14. Quais são suas maiores facilidades? E suas maiores dificuldades?
15. A partir de que momento você começou a apresentar os sintomas depressivos?
16. Qual o principal motivo que levou você a tentar tirar a vida? Quantas vezes isto aconteceu? Que meio você utilizou para fazer isto?
17. Por que você considerou que o suicídio poderia ser a solução para os seus problemas?
18. Como você percebe a vida?
19. Como você gostaria que fosse a sua vida?

Autor: Pesquisador/orientando e pesquisador/responsável

Muito Obrigada pela confiança e por compartilhar comigo suas dores!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG****PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM****ENFERMAGEM****MESTRADO EM ENFERMAGEM****(PAIS/RESPONSÁVEIS)**

Meu nome é Émilien Vieira Simões, sou aluno (a) do curso de graduação/pós-graduação em Mestrado em Enfermagem/ Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, e estou realizando esta pesquisa intitulada “VISIBILIDADE DA(S) TENTATIVA(S) DE SUICÍDIO A PARTIR DOS DISCURSOS DOS ADOLESCENTES”, sob orientação do(a) professor(a) Dr(a) Adriane Maria Netto de Oliveira. Após realizar o processo de consentimento com você e o adolescente que está sob sua responsabilidade (pessoa menor de 18 anos), gostaria de seu consentimento para ele (ela) participar do estudo, respondendo a uma entrevista que será gravada. Os dados coletados serão usados somente nesta pesquisa, que possui o(s) objetivo(s) geral de compreender os motivos atribuídos a(s) tentativa(s) de suicídio como forma de terminar com o sofrimento vivenciado pelos adolescentes em um município do extremo sul do Brasil, e os específicos, Conhecer como os adolescentes que tentaram suicídio percebem a vida e o mundo; Conhecer a história de vida dos adolescentes que tentaram suicídio; Conhecer como os adolescentes que tentaram suicídio percebem as relações interpessoais; Conhecer a auto percepção e autoimagem dos adolescentes que tentaram suicídio; Identificar a percepção dos adolescentes que tentaram suicídio acerca do suicídio. Dessa maneira, a pesquisa trará benefícios potenciais aos pacientes, para a equipe de trabalho e para o serviço como um todo, a medida que possível, a pesquisa possibilitará uma melhor compreensão desses indivíduos e da sua tentativa de tirar a vida, dando subsídios para que a partir da visibilidade das vivências destes adolescentes, haverá uma reflexão e uma revisão das ações realizadas e o que pode ser feito em termos de promoção da saúde e prevenção do suicídio. Os riscos da pesquisa que poderão ocorrer, são de natureza emocional que afetem os participantes no decorrer da entrevista e do estudo, estes serão encaminhados para atendimento psicológico junto ao Serviço de Psicologia do CAPS i, no qual já estão em acompanhamento. Frente a estes riscos o pesquisador se compromete em garantir para o(a) participante a assistência integral e gratuita. A participação dele (a) é livre de despesas pessoais e de compensação financeira. Se existir qualquer despesa adicional, será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

É garantido o direito de se manter informado (a) sobre os resultados parciais e finais, os quais serão publicados em eventos e periódicos científicos, mantendo-se o anonimato do participante. Garante-se também a liberdade de retirada do consentimento e do assentimento em qualquer etapa da pesquisa, sem prejuízo à continuidade do atendimento pela instituição. Para tanto, você poderá solicitar a retirada da participação de seu(sua) (pessoa menor de idade), entrando em contato comigo (endereço: General Osório s/n, campus saúde, e-mail: emi-dp@hotmail.com, telefone: (53) 3237.4617) ou com o(a) pesquisador(a) responsável (endereço: General Osório s/n, campus saúde, e-mail: adrianenet@vetorial.net, telefone: (53) 3237.4617) ou ainda pelo CEP-FURG (endereço: segundo andar do prédio das próreitorias, carreiros, avenida Itália, Km 8, bairro carreiros, Rio Grande-RS, e-mail: cep@furg.br, telefone: 3237.3011). O CEP/FURG é um comitê responsável pela análise e aprovação ética de todas as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, assegurando o respeito pela identidade, integridade, dignidade, prática da solidariedade e justiça social. Você receberá uma via deste termo e outra ficará com o(a) pesquisador(a). Você aceita participar?

Eu _____ concordo em
consentir a participação do(a)
_____ nesta pesquisa.

Assinatura do(a) responsável. Data ____/____/____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável. Data ____/____/____

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/SAÚDE MESTRADO EM ENFERMAGEM



Meu nome é Êmilien Vieira Simões, gostaria de convidar você para participar de uma pesquisa intitulada “VISIBILIDADE DA(S) TENTATIVA(S) DE SUICÍDIO A PARTIR DOS DISCURSOS DOS ADOLESCENTES”, que possui o(s) objetivo(s) geral de compreender os motivos atribuídos a(s) tentativa(s) de suicídio como forma de terminar com o sofrimento vivenciado pelos adolescentes em um município do extremo sul do Brasil, e os específicos, Conhecer como os adolescentes que tentaram suicídio percebem a vida e o mundo; Conhecer a história de vida dos adolescentes que tentaram suicídio; Conhecer como os adolescentes que tentaram suicídio percebem as relações interpessoais; Conhecer a auto percepção e autoimagem dos adolescentes que tentaram suicídio; Identificar a percepção dos adolescentes que tentaram suicídio acerca do suicídio. Você vai participar dando uma entrevista que eu vou fazer usando um gravador. Seus pais ou responsáveis também serão informados sobre essa pesquisa e assinarão um documento consentindo sua participação. Dessa maneira, a pesquisa trará benefícios potenciais aos pacientes, para a equipe de trabalho e para o serviço como um todo, a medida que possível, a pesquisa possibilitará uma melhor compreensão desses indivíduos e da sua tentativa de tirar a vida, dando subsídios para que a partir da visibilidade das vivências destes adolescentes, haverá uma reflexão e uma revisão das ações realizadas e o que pode ser feito em termos de promoção da saúde e prevenção do suicídio. Os riscos dessa pesquisa são (mínimos/graves), como o (desconforto emocional), frente a estes riscos o pesquisador se compromete em garantir para você a assistência integral e gratuita. Todas as informações serão usadas apenas nesta pesquisa e seu nome não será divulgado. Você não é obrigado(a) a participar e isso não trará nenhum prejuízo para você. Caso você queira desistir da sua participação, a qualquer momento você poderá ligar ou pedir para que seus pais ou responsáveis entrem em contato comigo (endereço: General Osório, s/n, campus saúde, e-mail: emi-dp@hotmail.com, telefone: (53) 3237.4617) ou com o(a) pesquisador(a) responsável (endereço: General Osório, s/n, campus saúde, e-mail: adrianenet@vetorial.net, telefone: (53)3237.4617)ou ainda pelo CEP-FURG segundo andar do prédio das pró-reitorias, carreiros, avenida Itália, Km 8, bairro carreiros, Rio Grande-RS, e-mail: cep@furg.br, telefone:

3237.3011). O CEP/FURG é um comitê responsável pela análise e aprovação ética de todas as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, assegurando o respeito pela identidade, integridade, dignidade, prática da solidariedade e justiça social. Você receberá uma via deste termo e a outra ficará com o(a) pesquisador(a). Você aceita participar?

Aceito participar desta pesquisa.

Assinatura do(a) participante. Data ____/____/____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável. Data ____/____/____

ANEXO D – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: VISIBILIDADE DA(S) TENTATIVA(S) DE SUICÍDIO A PARTIR DOS DISCURSOS DOS ADOLESCENTES

Pesquisador: Adriane Maria Netto de Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 27553019.5.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.146.929

Apresentação do Projeto:

O suicídio é a terceira principal causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos no mundo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Há uma prioridade de conscientizar os países em reduzir em 10% a taxa de mortalidade por suicídio até 2020 e, em 1/3 até 2030 (OMS, 2019). O

estudo tem como objetivo geral compreender os motivos atribuídos a(s) tentativa(s) de suicídio como forma de terminar com o sofrimento vivenciado

pelos adolescentes em um município do extremo sul do Brasil, e os específicos: conhecer como os adolescentes que tentaram suicídio percebem a

vida e o mundo; conhecer a história de vida dos adolescentes que tentaram suicídio; conhecer como os adolescentes que tentaram suicídio

percebem as relações interpessoais; conhecer a auto percepção e autoimagem dos adolescentes que tentaram suicídio; identificar a percepção dos

adolescentes que tentaram suicídio acerca do suicídio. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória, descritiva. Participarão

da pesquisa adolescentes que tentaram suicídio, atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil do extremo sul do Brasil. A coleta

dos dados terá início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e ocorrerá por meio de entrevistas semi-estruturadas, as mesmas serão

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.

Bairro: Campus Carreiros

CEP: 96.203-900

UF: RS

Município: RIO GRANDE

Telefone: (53)3237-3011

E-mail: cep@furg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 4.146.929

gravadas. Os dados serão analisados através da Análise Temática de Conteúdo. A pesquisa provavelmente trará benefícios para os adolescentes, para a equipe de trabalho e para o município, pois possibilitará uma melhor compreensão desses indivíduos, suas vulnerabilidades e situações adversas que provocam a ideação suicida e tentativa de suicídio, dando subsídios para que, a partir da visibilidade das vivências destes adolescentes ocorram reflexões acerca de intervenções pautadas também, na prevenção do suicídio e promoção da saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os motivos atribuídos a(s) tentativa(s) de suicídio como forma de terminar com o sofrimento vivenciado pelos adolescentes em um município do extremo sul do Brasil.

Objetivo Secundário:

- Conhecer como os adolescentes que tentaram suicídio percebem a vida e o mundo;- Conhecer a história de vida dos adolescentes que tentaram suicídio;- Conhecer como os adolescentes que tentaram suicídio percebem as relações interpessoais;- Conhecer a auto percepção e autoimagem dos adolescentes que tentaram suicídio;- Identificar a percepção dos adolescentes que tentaram suicídio acerca do suicídio

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Poderão ocorrer riscos de natureza emocional que afetem os participantes no decorrer da entrevista, estes serão encaminhados para atendimento psicológico individual no CAPS i, serviço no qual já estão em acompanhamento. Será realizado contato pessoal com a psicóloga responsável pelo atendimento dos adolescentes, caso ocorra algum problema. TENDO EM VISTA QUE SERÃO RETOMADOS OS ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS COM OS ADOLESCENTES DO PRESENTE ESTUDO. JÁ FOI REALIZADO CONTATO COM A PSICÓLOGA RESPONSÁVEL PELOS ATENDIMENTOS, A QUAL SE MANTERÁ COMO MEDIADORA NA RELAÇÃO ENTRE A PESQUISADORA, OS RESPONSÁVEIS E OS PARTICIPANTES. ACREDITA-SE QUE SE OS RESPONSÁVEIS PERMITIREM A PARTICIPAÇÃO E OS

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3011 **E-mail:** cep@furg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 4.146.929

PARTICIPANTES TAMBÉM ACEITAREM PARTICIPAR NÃO HAVERÃO RISCOS, UMA VEZ QUE NÃO HAVERÁ EXPOSIÇÃO DOS MESMOS E QUE NÃO OCORRERÁ PROBLEMAS NA MODIFICAÇÃO DO MEIO PARA COLETA DOS DADOS, POIS TODOS TÊM CELULAR E EXCELENTE HABILIDADE PARA MANEJAR COM O WHATSAPP. AS GRAVAÇÕES COM AS INFORMAÇÕES COLETADAS SERÃO MANTIDAS EM SIGILO, OS AUDIOS SERÃO GUARDADOS EM CARTÃO DE MEMÓRIA JUNTAMENTE COM AS TRANSCRIÇÕES. Será garantido a assistência integral e gratuita caso necessário aos adolescentes, além do atendimento prestado no dispositivo CAPS i.

Benefícios:

A pesquisa provavelmente trará benefícios para os adolescentes, para a equipe de trabalho e para o município, pois possibilitará uma melhor compreensão desses indivíduos, suas vulnerabilidades e situações adversas que provocam a ideação suicida e tentativa de suicídio, dando subsídios para que a partir da visibilidade das vivências destes adolescentes ocorram reflexões acerca de intervenções pautadas também na prevenção do suicídio e promoção da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Justificativa da Emenda apresentada pela pesquisadora:

Justifica-se as alterações na metodologia do projeto de pesquisa devido a adaptações necessárias durante a pandemia do COVID-19. Sabe-se que os adolescentes do estudo utilizam o app whatsapp e estão fazendo atendimentos on line com a psicóloga do dispositivo caps i, o qual estavam em acompanhamento. Sabendo do prazo estipulado pela CAPES, está é a melhor maneira de dar continuidade a pesquisa.

Modificações realizadas no arquivo de projeto detalhado.

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3011 **E-mail:** cep@furg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG**



Continuação do Parecer: 4.146.929

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1579158_E1.pdf	17/06/2020 18:41:22		Aceito
Outros	METODOLOGIA_emenda.pdf	17/06/2020 18:40:34	Adriane Maria Netto de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_tale.pdf	13/01/2020 13:48:26	Adriane Maria Netto de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_QUALIFICACAO.pdf	13/01/2020 13:43:57	Adriane Maria Netto de Oliveira	Aceito
Outros	declaracao_Emilen.pdf	20/12/2019 15:51:25	Adriane Maria Netto de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_Plataforma_Brasil_Emilen.pdf	20/12/2019 15:34:44	Adriane Maria Netto de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO GRANDE, 09 de Julho de 2020

**Assinado por:
Camila Daiane Silva
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3011 **E-mail:** cep@furg.br