

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA POR ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO

Adriane Cristine Oss-Emer Soares Alpe

Universidade Federal de Santa Maria

Alexandra Machado Alf

UNIJUÍ

Recebido em: 03/01/2020

1ª revisão em: 30/03/2020

Aceito em: 25/09/2020

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o comportamento suicida de adolescentes acolhidas em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de um município no interior Estado do Rio Grande do Sul. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o período da adolescência mostra-se cada vez mais vulnerável a esse fenômeno, observando um crescimento gradativo do número de mortes por suicídio neste período do desenvolvimento, o que ressalta a importância de investigar a temática. Esta pesquisa qualitativa contou com a participação de treze adolescentes do sexo feminino, os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada e analisados pela Análise de Conteúdo. Os resultados estão apresentados em duas categorias: a categoria I verifica a percepção dos adolescentes sobre o comportamento suicida, métodos prevalentes utilizados nas tentativas de suicídio; já a categoria II, apresenta significados associados ao desejo de morrer e fatores de risco e proteção a este público-alvo.

Palavras-chave: adolescentes; mulheres; comportamento; suicídio.

MEANINGS ASSIGNED TO SUICIDAL BEHAVIOR BY FEMALE ADOLESCENTS

ABSTRACT

The present article aimed to analyze the suicidal behavior of adolescents admitted to Basic Health Units (UBSs) in a city in the state of Rio Grande do Sul. According to the World Health Organization, the period of adolescence is increasingly vulnerable to this phenomenon, observing a gradual increase in the number of deaths by suicide in this period of development, which highlights the importance of investigating the theme. This qualitative research had the participation of thirteen female adolescents. The data were collected through a semi-structured interview and analyzed by Content Analysis. The results are presented in two categories: category I verifies the adolescents' perception of suicidal behavior, prevalent methods used in suicide attempts; Category II, moreover, presents meanings associated with the desire to die and risk and protection factors for this target audience.

Keywords: adolescents; women; behavior; suicide.

SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS AL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN MUJERES ADOLESCENTES

RESUMEN

El presente estudio objetivó analizar el comportamiento suicida en adolescentes ingresados en las Unidades Básicas de Salud (UBS) en un municipio del estado de Rio Grande do Sul. Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es un período cada vez más vulnerable a este fenómeno, observando un aumento gradual en el número de muertes por suicidio en este período de desarrollo, lo que destaca la importancia de investigar el tema. Esta investigación cualitativa contó con la participación de trece adolescentes de sexo femenino, los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y analizados por el análisis de contenido. Los resultados se presentan en dos categorías: Categoría I verifica la percepción de los adolescentes sobre el comportamiento suicida, los métodos prevalentes utilizados en los intentos de suicidio; Categoría II tiene significados asociados con el deseo de morir y los factores de riesgo y protección para este público.

Palabras clave: adolescentes; mujeres; comportamiento; suicidio.

INTRODUÇÃO

Etimologicamente, a palavra “adolescência” é originária do latim *adolescere*, ad significa “para” e *olescere* indica “crescer”, o que já denota um processo em desenvolvimento, que envolve múltiplas mudanças. O período da adolescência é marcado por diversas características como: alterações nas relações de dependência, novos projetos de vida, integração no mercado de trabalho, mudanças físicas e psíquicas, dentre outras. Esse período de transições pode acarretar alterações no comportamento do adolescente, que vivencia todos esses momentos intensamente. Deste modo, destaca-se o quanto essa fase da vida deve ser compreendida de maneira especial, caracterizando os adolescentes como público em vulnerabilidade, exposto a diversos fatores de risco (Henriques, Rocha, & Madeira, 2010).

Nesta perspectiva, a saúde da população adolescente precisa ser prioridade no desenvolvimento de Políticas Públicas em Saúde no Brasil. Esse fato pode ser justificado de forma quantitativa, uma vez que o país possui um grande número de população nessa faixa etária. Também se destaca que, a maior parte das patologias que afetam esse público está diretamente associada a questões que podem ser prevenidas em nível primário de atenção, como o uso abusivo de álcool e outras drogas, gravidez na adolescência, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), dentre outros (Henriques et al., 2010; Ministério da Saúde, 2017a).

Sendo assim, pensar o cuidado integral à saúde do adolescente requer o reconhecimento de que é neste contexto de transformações e descobertas, que o indivíduo constrói sua subjetividade, necessitando manejar seus sentimentos, mal-estares inter-relacionais e intrapsíquicos. Confrontar-se com situações estressoras, vivenciar crises de inseguranças e possuir dificuldades em estabelecer relações de confiança, são distintos fatores que podem contribuir para o sentimento de profunda angústia, favorecendo o desenvolvimento de depressão, o desinteresse pela vida e a falsa sensação de que a morte é a única opção (Freire, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (2017a), demandas em saúde mental se constituem como a segunda causa de busca por atendimento na atenção básica. Cotidianamente as equipes de saúde da família se deparam com queixas associadas à depressão, ansiedade, fobias e uso de entorpecentes (Alves Junior, Nunes, Gonçalves, & Silva, 2016). Conforme os autores, a procura provém das mais diferentes faixas etárias, observando-se, nos últimos anos, um aumento de demandas em saúde mental nos adolescentes.

Neste sentido, observa-se que, principalmente neste público, a demanda emerge, muitas vezes, através de sintomas/queixas que denominamos de comportamento suicida. A Organização Pan-Americana de Saúde (2014) define comportamento suicida como: “uma diversidade de comportamentos que incluem pensar em

suicídio (ou ideação suicida), planejar suicídio, tentar suicídio e cometer o suicídio propriamente dito" (Organização Pan-americana de Saúde [OPAS], 2014, p. 16). Salienta-se que o conceito de comportamento suicida é uma questão complexa, sobre o qual existe um diálogo acadêmico extenso e significativo (Botega, 2015; Botega, Werlang, Cais, & Macedo, 2006; Henrique, 2017; Schlosser, Rosa, & More, 2014).

Assim, o comportamento suicida se configura como um *continuum* de elementos incluindo qualquer pensamento, desejo e ato, com a intenção de causar dano a si mesmo. Ademais, pode ser classificado em três etapas distintas que se principia pela ideação suicida (que contempla pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar). A ideação suicida é um os elementos fundamentais, uma vez que se constitui como um dos principais preditores de risco. Sendo seguida pela tentativa de suicídio, que implica a passagem ao ato, que pode vir a concretizar-se na ação voluntária de pôr fim a própria vida (Moreira, & Bastos, 2015).

O suicídio, ato final do comportamento suicida, constitui-se, atualmente, como um problema de saúde pública mundial. Entre os jovens a questão torna-se, cada vez mais preocupante, pois esse tipo de morte ocupa a segunda principal causa de óbitos na faixa etária de 15 a 29 anos. Não incluindo nesses números as tentativas, que são entre 10 a 20 vezes mais frequentes (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2019). No Brasil, no ano de 2017, foi publicado o primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio. Esse documento aponta para o crescimento gradativo e contínuo dos números de suicídios no país, registrando a quarta causa de morte entre indivíduos de 15 a 29 anos (Ministério da Saúde, 2017b). Observa-se, portanto, que o suicídio vem aumentando entre a população jovem nas últimas décadas, caracterizando a adolescência como um período vulnerável a esse fenômeno (OMS, 2019).

Além disso, estudos descrevem que comumente adolescentes do sexo masculino cometem mais suicídio, quando comparado ao sexo feminino. A letalidade do método utilizado está relacionada às elevadas taxas de suicídio nesta população. Ao contrário do que se observa nos casos de tentativas, em que as mulheres apresentam maiores índices, especialmente na faixa etária dos 15 aos 24 anos. Conjetura, essa que também pode ser verificada na população adulta (Ministério da Saúde, 2017b; OMS, 2014a).

Ainda com relação às tentativas de suicídio, elas se constituem como principal fator de risco, em qualquer faixa etária. Outros fatores que potencializam o comportamento suicida na adolescência envolvem a presença de transtornos psiquiátricos, unidade familiar disfuncional, abuso sexual, situação de vulnerabilidade como maus-tratos ou não satisfação de necessidades básicas. Assim como, uso de substâncias psicoativas, perda de pessoas próximas e fácil acesso a meios letais. Em contrapartida, a literatura também aponta os fatores de proteção: sentimento de bem-estar, autoestima elevada, flexibilidade emocional, suporte familiar adequado, integração social, espaço de escuta e confiança em si

mesmo, que favorecem o desenvolvimento saudável e minimizam os riscos nessa fase da vida (Botega, 2015; Schlosser et al., 2014).

Segundo orientações da Organização Mundial Saúde (OMS, 2014b), a Atenção Primária à Saúde (APS) possui extrema importância no que diz respeito a identificar e prevenir esta realidade. No Brasil, o Ministério da Saúde destaca a importância das Equipes de APS na aproximação com a comunidade possibilitando a identificação de fatores de risco ao suicídio, constituindo a principal porta de entrada para o sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2017a).

Destarte, considerando o suicídio na adolescência uma temática emergente de grande impacto subjetivo, social e conseqüente relevância acadêmica, tendo em vista a necessidade de problematizá-lo para promover políticas públicas de prevenção e enfrentamento, este estudo teve como objetivo geral analisar o comportamento suicida de adolescentes acolhidas em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Santa Rosa- RS. Assim como os seguintes objetivos específicos: conhecer as manifestações do comportamento suicida na adolescência; identificar fatores de risco e proteção para prevenção deste fenômeno.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que busca compreender o problema a partir das narrativas dos sujeitos, proporcionando acesso a um nível de realidade que não pode ser quantificado. Quanto aos objetivos, se constitui como uma pesquisa descritiva, que tem como foco a descrição de características e fenômenos de um determinado grupo, no caso os adolescentes que apresentaram algum tipo de comportamento suicida. Também se caracteriza enquanto um estudo exploratório, permitindo maior compreensão e contato com o problema estudado (Minayo, 2002).

LOCAL DO ESTUDO

A coleta de dados ocorreu no período de junho e julho de 2019, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município no interior do estado do Rio Grande do Sul.

PARTICIPANTES

As participantes da pesquisa foram treze adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 10 a 19 anos, conforme definição de adolescência da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), que manifestaram comportamento suicida no ano de 2018.

Os participantes foram previamente identificados pelo sistema de registro informatizado, prontuário eletrônico, do serviço público de saúde do município. Em posse dessas informações, a pesquisadora se fez presente nas reuniões de equipe das UBSs, composta pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), a fim de confirmar os participantes que correspondiam aos critérios de inclusão da pesquisa. Apontou-se como critério de inclusão: ser adolescentes de ambos os sexos; estar na etária de 10 a 19 anos; residir no município do estudo; ter acessado a UBS de referência no ano de 2018 e relatado manifestações de comportamento suicida.

Utilizando estes requisitos, foram identificados, no total, dezenove adolescentes, do sexo feminino, sendo que destas, três se recusaram a participar do estudo e outras três não se obteve contato/localização, permanecendo treze adolescentes participantes. Cabe destacar, que no período estipulado, não houve a procura de adolescentes do sexo masculino nas UBSs com demandas associadas ao comportamento suicida. Portanto, a pesquisa efetivou-se apenas com o sexo feminino. Este fato pode estar associado à questão mencionada na literatura de que as adolescentes, assim como as mulheres de forma geral, apresentam mais tentativas de suicídio e procuram mais os serviços de saúde quando comparadas com o público masculino (Ministério da Saúde, 2017b; OMS, 2014a).

Tabela 1.
Dados das participantes.

ID	Idade	Escolaridade	Residência	Filhos	Gestante	Tentativas
A1	16	Ensino Fundamental	Irmão	Não possui	Não	01
A2	14	Ensino Fundamental	Pais	Não possui	Não	01
A3	15	Ensino Fundamental	Mãe	Não possui	Sim	01
A4	16	Ensino Médio Incompleto	Pais	Não possui	Não	03
A5	15	Ensino Fundamental	Companheiro	Não possui	Não	02
A6	18	Ensino Médio Incompleto	Mãe	Não possui	Não	03

Tabela 1. Continuação.

ID	Idade	Escolaridade	Residência	Filhos	Gestante	Tentativas
A7	19	Ensino Médio Incompleto	Avós	Não possui	Não	01
A8	13	Ensino Fundamental	Pais	Não possui	Não	01
A9	17	Ensino Médio Completo	Companheiro	Não possui	Sim	02
A10	18	Ensino Médio Incompleto	Companheiro	Sim, um	Sim	01
A11	15	Ensino Fundamental	Pais	Não possui	Não	03
A12	17	Ensino Médio Incompleto	Pais	Sim, um	Não	01
A13	19	Ensino Médio Completo	Pais	Não	Não	01

Nota. ID = participante; residência = com quem reside; gestante = encontrava-se gestante no momento da entrevista; tentativas = número de tentativas de suicídio.

INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados como técnicas de coleta de dados foram: um questionário sociodemográfico, que possibilitou a caracterização do perfil dos entrevistados; e uma entrevista semiestruturada, com questões abertas, que teve como prioridade a escuta das adolescentes. O roteiro das questões foi elaborado a partir de revisão de literatura na área, considerando aspectos acerca da compreensão sobre o comportamento suicida, fatores de risco e proteção à adolescência, contexto familiar, perspectivas quanto ao futuro e projetos de vida (Botega, 2015; Freire 2017; Rigo, 2013; Schlosser et al., 2014).

PROCEDIMENTOS ÉTICOS E COLETA DE DADOS

Neste estudo, todos os cuidados éticos foram tomados, estando respaldado pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466, de 2012 e 510, de 2016, que regulamentam, respectivamente, as questões éticas com pesquisas envolvendo seres humanos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade através do parecer 3.341.383.

Após a identificação da população, foi realizado contato telefônico com as adolescentes e seus responsáveis explicando sobre a pesquisa e verificando o interesse em participar. Posteriormente foram agendadas visitas domiciliares para a realização da entrevista. As participantes e seus responsáveis receberam esclarecimentos acerca do caráter acadêmico e confidencial da pesquisa, realizando a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Assentimento, do qual mantiveram uma cópia para si. Destaca-se que a coleta de dados foi interrompida pelo critério de saturação que, segundo Deslandes (2011, p. 48) acontece “quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação”.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, a fim de preservar a identidade das adolescentes, elas foram identificadas pela letra “A” seguida do número correspondente a ordem da realização das entrevistas: A1, A2 A3, etc.

PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Categórica Temática proposta por Bardin (2011). Desse modo, após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma pré-análise do material, bem como, a sistematização dos dados em categorias, ou seja, o processamento dos dados em estado bruto para possível compreensão e interpretação (Bardin, 2011). Neste estudo, emergiram do conteúdo em análise duas categorias: a primeira denominada, “O comportamento suicida sob a perspectiva do adolescente”; a segunda, “Por que provocar (ou não) a morte neste período da vida?”, sendo estas apresentadas nos resultados a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

CATEGORIA I

O COMPORTAMENTO SUICIDA SOB A PERSPECTIVA DO ADOLESCENTE

Tendo em vista a complexidade de fatores associados ao comportamento suicida, é fundamental aproximar-se dos significados atribuídos e das manifestações deste evento trágico na adolescência. Nesse sentido, verificou-se que a maioria das entrevistadas tem a compreensão de que o comportamento suicida está relacionado ao desejo de causar a própria morte, corroborando com os autores Botega (2015) e Moreira e Bastos (2015) que descrevem o comportamento suicida como um complexo fenômeno que vai ao encontro de desejos ou atos que buscam, intencionalmente, causar dano a si mesmo.

Acho que vários pensamentos, várias vezes, de acabar com tudo, com a própria vida (A1- 16 anos).

Eu acho que comportamento suicida é uma coisa muito ruim, é você passar por uma ponte e já ficar imaginando, meu Deus!

Imagina se eu me jogar dessa ponte... Tu passa na frente de um carro e já fica pensando se eu me tocasse na frente desse carro. Aí tu não pode ficar olhando uma corda que já fica pensando em morrer (A2 - 14 anos).

Constatou-se também, que para algumas adolescentes, o comportamento suicida estava associado a uma forma de cessar um sofrimento, como uma alternativa na qual não se vislumbra outra solução. Conforme aponta Cassorla (2005) o sujeito que pensa em suicídio não está em busca da morte em seu ato, mas sim, vivencia uma fantasia onde matar-se não implica em necessariamente morrer, o que fica evidente no relato da adolescente A3:

[...] Porque na verdade eu não queria morrer, eu só queria acabar com aquele sofrimento (A3 – 15 anos).

Viana, Zenkner, Sakae e Escobar (2008) descrevem que a ideação suicida pode ser identificada como uma maneira de resolver problemas de ordem pessoal, antes mesmo de ter como objetivo acabar com a própria vida. Corroborando com Rigo (2013) que define o suicídio como um tipo de fuga da dor e do sofrimento psíquico existente, em um momento no qual não se visualiza outra possibilidade. Sendo assim, é o insuportável estado de dor psíquica e a impossibilidade de significação que impulsiona o adolescente ao ato suicida (Macedo, Fensterseifer, & Werlang, 2004).

Ao analisar as falas, identificou-se que tentativas de suicídio foram relatadas pela maioria das participantes. Botega et al. (2006) relata que para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro não conhecidas, e que para cada suicídio consumado houve, cerca de pelo menos 10 tentativas anteriores. Ao serem questionadas sobre o método/instrumento utilizado ao atentar contra própria vida à maioria relata a ingestão excessiva de medicamentos (intoxicação exógena) e autolesão com objeto perfuro-cortante. Como pode ser observado nos discursos abaixo:

Várias vezes. Cortando os pulsos e tomando remédio (A4- 16 anos).

Ah... depende, às vezes com as cápsulas de remédios ou com a lâmina, cortar o braço, achar a veia para sangrar bastante ou o pescoço (A5 - 15 anos).

Aqui também é possível verificar a prática da autolesão para ocasionar a morte. Embora o termo comportamento Autolesivo (CAL) se distancie em muitos aspectos do comportamento suicida, se configura como fator de risco, uma vez que, uma parcela dos indivíduos que se autolesionam podem apresentar, também, ideação suicida (Stanley, Gameroff, Michalsen, & Mann, 2001). O que pode ser observado no próximo relato, revelando que ao se cortar a adolescente possuía sim, intenção letal:

Várias vezes eu já pensei em me matar, essas coisas assim... Até quando eu me cortava eu fazia para isso, para tentar cortar uma veia (A2 – 14 anos).

Os autores Hawton, Saunders e O'Connor (2012) e Schlosser et al. (2014) enfatizam que Comportamentos Autolesivos (CAL) estão mais associados ao suicídio que sintomas depressivos e Transtorno de Personalidade Boderline (TPB). O CAL proporciona certo alívio momentâneo da dor psíquica, o que explica a intensidade e a frequência desses comportamentos. No entanto, a reiteração do ato prejudica sua eficácia enquanto fator de sinalização de risco, comprometendo a oferta de auxílio e contribuindo para efetivação do suicídio.

Ainda com relação ao método de suicídio, a escolha não costuma ser aleatória, existem diferenças nas condutas entre adolescentes com faixas etárias distintas, sendo também influenciado por fatores psíquicos, sociais, culturais e ambientais. Pode-se compreender que a definição é realizada, com base na disponibilidade e aceitabilidade social do método (OMS, 2014a). Neste aspecto, houve relatos de condutas suicidas utilizando o enforcamento, conforme representado na fala da participante A8:

Por enforcamento. Meu quarto não tem porta aí a gente usa uma cortina e quando minha irmã chegou eu já estava pulando da cadeira, ai minha irmã chamou minha mãe (A8 – 13 anos).

Hepp, Stulz, Unger-Köppel e Ajdacic-Gross (2012) verificaram em seu estudo realizado com mais de 300 (trezentos) jovens, que os métodos mais prevalentes entre crianças e adolescentes que já tentaram suicídio são: precipitar-se de alturas, enforcamento (ambos os gêneros), intoxicação por substâncias (gênero feminino) e armas de fogo (gênero masculino), tendo os meninos preferência por métodos mais violentos e letais.

Além disso, dados da Organização Mundial da Saúde (2014a) descrevem que comumente adolescentes do sexo masculino concluem o ato suicida com maior frequência, quando comparado ao sexo feminino, estando o poder de letalidade do método utilizado associado a essa realidade. No entanto, as tentativas de suicídio podem ser de duas a três vezes mais elevadas entre as adolescentes do sexo feminino, fato relacionado a elas serem mais suscetíveis aos transtornos de humor, especialmente a depressão. Essa patologia desempenha um importante papel no comportamento suicida. As mulheres que tentam o suicídio comumente são jovens e solteiras e as tentativas geralmente ocorrem por meio de intoxicação exógena.

CATEGORIA II

POR QUE PROVOCAR (OU NÃO) A MORTE NESTE PERÍODO DA VIDA?

É na adolescência, contexto permeado por transformações e descobertas, que o sujeito constrói sua subjetividade e precisa manejar seus sentimentos, mal-

estares inter-relacionais e intrapsíquicos (Freire, 2017). Os adolescentes necessitam responder às várias exigências que lhe são apresentadas, uma nova organização psíquica, um novo papel social, um projeto de vida de sucesso e felicidade constante. Entretanto, muitas vezes, esses ainda não dispõem de recursos internos para lidar com todas essas demandas, eclodindo, assim situações de crise, conflitos, angústias e até mesmo comportamentos autodestrutivos (Macedo et al., 2004).

Considerando essas especificidades, ressalta-se a importância de um olhar atento para a adolescência, uma escuta sensível de suas necessidades e vulnerabilidades. Acolhendo as insatisfações, os desconhecimentos, conflitos internos e sofrimentos vivenciados por esses sujeitos na dura tarefa de apropriação de si mesmo. Com base no depoimento das adolescentes, identifica-se que algumas delas, além das demandas próprias desta fase da vida ainda, precisam lidar com o vazio da incompreensão frente aos adultos, ocasionando sentimento de menosprezo e desvalia. Sendo este um fator gerador de profundo sofrimento, geralmente associado ao comportamento suicida, conforme ilustrado pela participante a seguir:

Porque eu estou em uma fase complicada, que as coisas dão errado, ninguém me leva a sério, aí fica complicado para mim, eu fico pensando que sou insignificante, que minha opinião não vale, que o que eu sinto não vale. [...] Daí eu acho que não tem significado e quero sair desse desespero, de viver isso (A7 – 19 anos).

Compreende-se que nessa etapa do desenvolvimento, o indivíduo passa por momentos de instabilidades extremas, sentindo-se inseguro, confuso, injustiçado e desconsiderado por pais, professores e demais pessoas ao seu redor. A incompreensão se caracteriza enquanto uma díade entre o drama e o desejo do adolescente, que por vezes queixa-se da inabilidade do Outro para entendê-lo, e, no entanto, alimenta a pretensão de ser indecifrável, o que ocasiona um relacionamento complexo e vulnerável (Davim, Germano, Menezes, & Carlos, 2009).

Evidências apoiam a relevância do contexto familiar no entendimento e manifestação do comportamento suicida. Tanto com relação à genética de patologias mentais associadas a um maior risco de suicídio (depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia), quanto em conformidade aos fatores ambientais, como morte de um dos genitores, divórcio dos pais e a o próprio fato de suicídios na família (Mann, 2003; Moreira, & Bastos, 2015). Henrique (2017) sugere que os conflitos familiares podem estar relacionados às tentativas de morte autoprovocadas, figurando-se como um dos fatores de risco para o suicídio. Entretanto, salienta-se que nem sempre a presença de instabilidade e conflitos intrafamiliares traz como consequência direta o comportamento suicida, devendo sempre ser consideradas as características intrínsecas das famílias e as particularidades de cada sujeito.

Nesta pesquisa as adolescentes que mencionaram mais de uma tentativa de suicídio, fazem referência a um contexto familiar violento e opressivo, no qual não existe espaço de fala e compreensão entre os pares. Comumente, os pais utilizam-se de punições para manter o controle, estabelecendo relacionamentos pouco abertos ao diálogo e pobres afetivamente. Nos casos mais graves a violência é explícita e fragiliza ainda mais, conforme se pode perceber nos discursos das participantes A5 e A9:

O conselho tutelar me tirou dos meus pais, porque minha mãe tentou me matar e eu já sofri assédio do meu pai e por isso que eu não posso mais chegar perto deles (A5 – 15 anos).

Tenho meu pai e minha irmã, mas meu pai virou um monstro depois que minha mãe faleceu, um estranho (A9 – 17 anos).

Neste sentido, o núcleo familiar que deveria ser responsável pela assistência, proteção e cuidado, se apresenta como contexto patológico, no qual vínculos são rompidos e direitos violados. A exposição a vivências adversas na infância e adolescência, tais como: abuso físico ou sexual e negligência parental originam sentimentos depressivos e estressores que aumentam a probabilidade do comportamento suicida (McKinnon, Gariépy, Sentenac, & Elga, 2016).

Por outro lado, se a dinâmica familiar possibilitar uma interação positiva ao adolescente, pode atuar também como fator de proteção. As participantes que mencionaram possuir um bom relacionamento intrafamiliar, afirmaram buscar na família apoio e auxílio ao enfrentar situações difíceis, sentindo-se amparadas para enfrentar adversidades, como pode ser visto a seguir:

Minha família, sempre estão para tudo [sic], sempre tem um conselho para dar quando eu preciso. Sempre chamam minha atenção quando faço algo errado. Não tenho do que reclamar (A13 - 19 anos).

O suporte familiar pode ser definido como diversas ações ou comportamentos que protegem o adolescente, incluindo apoio emocional e afetivo, aconselhamento e *feedback*, além do auxílio em condições financeiras e instrumentais (Henrique, 2017). Na adolescência, o estabelecimento de vínculos e o bom relacionamento intrafamiliar, pode prevenir o surgimento da ideação suicida, assim como proteger o indivíduo que já apresenta algum comportamento de risco, oferecendo amparo nos momentos difíceis, identificando mudanças de humor/comportamento e auxiliando na busca por ajuda especializada.

Ainda, ao analisar-se o desejo das adolescentes em pôr fim a própria vida, deparou-se com uma questão significativa e bastante discutida no período da adolescência: o projeto de vida. Neste cenário, algumas meninas mencionam não possuírem expectativas para o seu futuro. Segundo Costa e Assis (2006), a

ausência de perspectiva de vida em jovens está relacionada à situação de vulnerabilidade destes, uma vez que, à exposição a um conjunto de fatores de riscos contribuem para a não visualização de um futuro. Como pode ser observado nas falas:

Não sei, não faço a menor ideia. Não sei qual faculdade eu quero seguir, que carreira. Não consigo imaginar que eu vou estar mais alguns anos (A11 – 15 anos).

Nenhuma vontade, nenhum sonho, nenhuma meta. Absolutamente nada, é um vazio, um breu assim (A6 – 18 anos).

Salienta-se que a ausência de um projeto de vida e, conseqüentemente, da projeção de um futuro, se configura enquanto sinal de alerta na adolescência. Potencializando comportamentos de risco como a exposição à violência, doenças sexualmente transmissíveis, condutas perigosas no trânsito e uso de substâncias químicas lícitas e ilícitas. Em contrapartida, a existência de perspectivas quanto ao futuro parece trazer benefícios, como a realização pessoal e proteção perante possíveis comportamentos autodestrutivos (Bronk, 2014; Botega, 2015). Observou-se que, a existência de planos e metas acerca da vida profissional e pessoal, surgiu nas falas das participantes que mantinham vínculos intrafamiliares preservados e estreitos, colaborando para uma postura mais resiliente e otimista, minimizando o risco de uma nova tentativa de suicídio.

Eu quero terminar a escola. Não desistir dos sonhos que eu tinha antes que é ser médica (A3 – 15 anos).

Ah meus planos é terminar meus estudos, pegar um serviço e ter minha casa própria. Meus planos é esse sabe, viver bem (A12 – 17 anos).

Para Sehn, Porta e Siqueira (2015), possuir um projeto de vida se caracteriza como fator de suma importância, na medida em que potencializa a intenção de transformar a realidade, na qual se consideram as condições do passado e presente, com o intuito de planejar um futuro. Assim, refletir sobre um projeto de vida, permite fazer uma projeção ao longo do tempo e pensar em outras circunstâncias, para além da atual situação vivenciada. No mesmo sentido, constatou-se que as adolescentes que já eram mães ou estavam gestantes no momento da pesquisa, visualizaram o futuro a partir de um novo papel social, agora com o apego aos filhos e o sentimento de tornar-se importante para a vida de alguém, indicando a maternidade como um potencializador do viver.

Agora é minha gravidez, é uma coisa que me impede muito de fazer uma coisa contra mim, ter alguém que depende de mim. Eu acho que é isso que me motiva para viver hoje (A10 – 18 anos).

Para Botega et al. (2006), a maternidade promove uma percepção mais otimista da vida, com razões para se continuar vivendo, opondo-se ao sentimento de

desesperança. Os autores também destacam que, para o gênero feminino, ser mãe parece reduzir as taxas de suicídio, especialmente nos anos próximos da gestação. No entanto, salienta-se que, nos casos de pouco apoio social, a gravidez na adolescência também pode ser identificada como um fator fragilizante, principalmente, se associada à ansiedade e à depressão (Freitas, & Botega, 2002).

À vista disso, destaca-se que os fatores de risco e proteção identificados nos discursos das adolescentes entrevistadas, corroboram com os principais fatores elencados pela literatura associados ao comportamento suicida, sendo estes: a influência do relacionamento intrafamiliar e social, perspectivas quanto à vida e ao futuro, existência de rede de apoio e estratégias de enfrentamento (Botega, 2015; Henrique, 2017; OPAS, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou analisar o fenômeno do comportamento suicida sob a perspectiva de adolescentes do sexo feminino, o que ressalta a relevância social e acadêmica da pesquisa, já que as mulheres lideram os índices de tentativas de suicídio no Brasil (Ministério da Saúde, 2017b). Com relação à percepção do comportamento suicida pelas adolescentes, destaca-se o entendimento sobre o tema associado ao desejo de causar dano a si mesmo e provocar a própria morte. Salienta-se que, a maioria das participantes confirmou ter tentado contra a própria vida, possuindo a intenção de cessar um sofrimento existente, o que aponta para uma baixa capacidade de resiliência e de visualizar alternativas funcionais. Além disso, o estudo verifica a prática de intoxicação exógena (medicamentos), autoflagelação e enforcamento como métodos utilizados nas tentativas de suicídio, estes se configuram de fácil acesso aos jovens, o que ratifica a impulsionalidade do ato.

Este estudo identificou também fatores de risco e proteção à vida das adolescentes. Como principais fatores de proteção emergiram o suporte e a manutenção de vínculos familiares estáveis, a idealização de projetos para o futuro, assim como a maternidade, associada a uma nova perspectiva de vida e função social. Em contrapartida, os fatores de risco se evidenciam em contextos familiares disfuncionais, com exposição à violência, mobilizando sentimentos de incompreensão e desvalor, o que contribui para uma percepção limitada, ou até mesmo, nula de um futuro. Deste modo, muitos dos fatores identificados como precipitadores de risco, quando estimulados de forma correta, funcionam como condições protetivas, possibilitando um desenvolvimento saudável.

Cabe ressaltar, que esta pesquisa possibilitou um espaço de fala protegido às adolescentes, momento em que puderam expressar e refletir sobre situações associadas ao sofrimento psíquico. Assim, salienta-se a importância de se romper com os pactos de silêncio que cercam a temática do suicídio, bem como,

fomentar uma escuta qualificada, que propicie o desenvolvimento de um processo terapêutico e contribua à desmistificação da morte autoprovocada.

Sobre as limitações deste trabalho, salienta-se que por se tratar de uma pesquisa qualitativa, evidencia-se que os dados obtidos nos resultados não podem ser generalizados, podendo ser influenciada por diferentes fatores como as especificidades da realidade local. Outro fator de limitação a ser apontado, é o fato de o estudo envolver somente adolescentes do sexo feminino, o que restringe a compreensão do comportamento suicida somente por este público.

Diante desses resultados, é importante enfatizar-se a necessidade de promoção de ações preventivas em saúde mental para esta população, aproximando cada vez mais os adolescentes dos serviços de saúde e da rede de atenção psicossocial, tornando o contato estreito e o cuidado em saúde mental permanente e impreterível. Ressalta-se também a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada da rede e seu importante papel no acolhimento e manutenção do cuidado integral desses jovens.

Almeja-se que os resultados alcançados neste estudo, possam auxiliar os profissionais de saúde com relação ao entendimento e manejo do comportamento suicida na adolescência. Ademais, possa embasar a construção de linhas de cuidado e políticas públicas de promoção à saúde mental e prevenção do suicídio neste momento tão peculiar da vida. Salienta-se, por fim, a relevância de se desenvolver outros estudos na área, a fim de, cada vez mais discutir esta fase do desenvolvimento, evitando assim a anulação da adolescência, a cronificação do sofrimento e o desfecho trágico do suicídio.

REFERÊNCIAS

- Alves Junior, C. A. S., Nunes, H. E. G., Gonçalves, E. C. A., & Silva, D. A. S. (2016). Comportamentos suicidas em adolescentes do sul do Brasil: Prevalência e características correlatas. *Journal of Human Growth and Development, 26*(1), 88-94. doi:10.7322/jhgd.113733.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70.
- Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Botega, N. J., Werlang, B. S. G., Cais, C. F. S., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *PSICO, 37*(3), 213-220.
- Bronk, C. K. (2014). *Purpose in life. A critical component of optimal youth development*. Amsterdam, NED: Springer.
- Cassorla, R. M. S. (2005). *O que é o suicídio* (5ª ed.). São Paulo, SP: Brasiliense. (Trabalho original publicado em 1977).
- Costa, C. R. B. S. F., & Assis, S. G. (2006). Fatores protetivos a adolescentes em conflito com a lei no contexto socioeducativo. *Psicologia & Sociedade, 18*(3), 74-81. doi:10.1590/S0102-71822006000300011
- Davim, R. M. B., Germano, R. M., Menezes, R. M. V., & Carlos, D. J. D. (2009). Adolescente/adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. *Revista Rene, 10*(2), 131-140.
- Deslandes, S. F. (2011). O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In M. C. S. Minayo (Ed.), *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (pp. 31-60). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Freire, V. C. R. (2017). Suicídio na adolescência: Reflexão sobre o mal-estar na atualidade. *Psicologia*. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0424.pdf>

- Freitas, G. V. S., & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(3), 245-249. doi:10.1590/S0104-42302002000300039
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379(9834), 2373-82. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5
- Henrique, V. V. D. C. (2017). *Vínculos a pais e pares e comportamento suicida em adolescentes* (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Henriques, B. D., Rocha, R. L., & Madeira, A. M. (2010). O Atendimento e acompanhamento de adolescentes na atenção primária à saúde: Uma revisão de literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(2), 251-256.
- Hepp, U., Stulz, N., Unger-Köppel, J., & Ajdacic-Gross, V. (2012). Methods of suicide used by children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(2), 67-73. doi:10.1007/s00787-011-0232-y
- Macedo, M. M. K., Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. G. (2004). Adolescência: Um tempo de ressignificações. In M. M. K. Macedo (Ed.), *Adolescência e psicanálise: Interseções possíveis* (pp. 65-83). Porto Alegre, RS: EdIPUCRS.
- Mann J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 819-828. doi:10.1038/nrn1220
- McKinnon, B., Gariépy, G., Sentenac, M., & Elga, F. (2016). Adolescent suicide behaviours in 32 low- and middle income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 94, 340-350. doi:10.2471/BLT.15.163295
- Minayo, M. C. S. (2002). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (22ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ministério da Saúde. (2017a). *Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf
- Ministério da Saúde. (2017b). Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico - Secretaria de Vigilância em Saúde*, 48(30), 1-14. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
- Moreira, L. C. O., & Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalência e fatores associado à ideação suicida na adolescência: Revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19(3), 445-453. doi:10.1590/2175-3539/2015/0193857
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2008). *Child and adolescent health and development*. Genebra, SWI: WHO. Disponível em https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596497/en/
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2014a). *Country reports and charts available*. Genebra, SWI: WHO. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/%20index.html
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2014b). *Plan of action on mental health 2015-2020*. Washington, DC: World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2019). *Suicide in the world: Global health estimates*. Genebra, SWI: WHO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>
- Organização Pan-americana de Saúde [OPAS]. (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. Washington, DC: OPS, 2014.
- Rigo, C. S. (2013). Suicídio: Uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In Conselho Federal de Psicologia (Ed.), *Suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília, DF: CFP.
- Schlosser, A., Rosa, G. F. C., & More, C. L. O. O. (2014). Revisão: O comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*, 22(1), 133-145. doi:10.9788/TP2014.1-11
- Sehn, A. S., Porta, D. D., & Siqueira, A. C. (2015). "Tocar a vida para frente": Possibilidades de planos para o futuro de adolescentes que cometem ato infracional. *Adolescência & Saúde*, 12(1), 28-34.

- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(3), 427-432. doi:10.1176/appi.ajp.158.3.427.
- Viana, G. N., Zenkner, F. M., Sakae, T. M., & Escobar, B. T. (2008). Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *57*(1), 38-43. doi:10.1590/S0047-20852008000100008

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem a Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa – FUMSSAR e ao professor Dr. Alberto Manuel Quintana (UFSM) pelas contribuições.

SOBRE AS AUTORAS

Adriane Cristine Oss-Emer Soares Alpe é graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), possui Especialização em Criança e Adolescente em Situação de Risco (UFN); Especialização em Saúde Pública (ESP/RS); Especialização em Preceptoría do SUS (SBSHSL); Atualmente é Mestranda em Psicologia (UFSM).

E-mail: adriane_cs@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-8967-8357>

Alexandra Machado Alf é graduada em Psicologia pela Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM), possui Especialização em Saúde Pública (Universidade Norte Paraná); Especialização na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Universidade Regional do Noroeste do Estado Rio Grande do Sul – UNIJUI e FUMSSAR); Atualmente é Mestranda em Desenvolvimento (UNIJUI).

E-mail: xandaalf@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-2462-5246>