

“Amor não correspondido”: discursos de adolescentes que tentaram suicídio

“Broken hearted teenagers”:
adolescents that had gone through suicide attempt

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira¹
Mary Landy Vasconcelos Freitas¹
Augediva Maria Jucá Pordeus²
Samira Valentim Gama Lira¹
Juliana Guimarães e Silva¹

Abstract *This report describes the reasons of the suicidal behavior in adolescents, taking in this anthropologic analysis, the impact in the familiar and social context. The study was conducted during the period of March to August, 2005 using a qualitative approach and ethnography as methods. The participants of this study were 12 teenagers, assisted in an emergency hospital in Fortaleza, Ceará State, Brazil, for suicide attempt using any kind of mechanisms. As shown in the experiment's result, the main reason of the attempts was a broken heart, this as a reason of dating someone and others love relationship established between two persons. Not only broken heart was mentioned, there were also cases of problems with family bonds, the affection and the lack of attention to the individual adolescent. In this context, the inability of the health professional was very clear. Under the presented circumstances, the professional must come up with a new praxis approach. The suicide is a real fact present at the teenagers' life and it is necessary to redirect the Brazilian Unified Health System's philosophy and operational principles of the way health professionals cope with this demanding the society to embrace the politics that cares for the human being life and wellness.*

Key words *Adolescent, Cultural anthropology, Qualitative research, Suicide, Suicide attempts*

Resumo *O estudo descreve as razões de tentativas suicidas em adolescentes, analisando sua repercussão no contexto familiar e social sob o prisma antropológico. Foi utilizada a abordagem qualitativa e a etnografia como método. Os participantes do estudo foram doze adolescentes, admitidos em um hospital de emergência, em Fortaleza, Ceará, Brasil, por tentativa de suicídio por qualquer mecanismo. Realizou-se no período de março a agosto de 2005. Os resultados evidenciaram como razão primaz o amor não correspondido, tendo esse amor conotação afetiva, de namoro, de caso, da primeira entrega; contudo, não foi só nesse sentido que o “amor não correspondido” foi mencionado. Este também foi aludido quanto ao relacionamento familiar, ao carinho, à valorização da pessoa do adolescente. Neste contexto, revelou-se também a inabilidade do profissional de saúde diante desses casos, sendo necessária a resignificação da práxis. Dessa forma, o suicídio está presente na adolescência e suscita um redirecionamento das práticas de saúde na consolidação dos princípios filosóficos e operacionais do SUS, demandando que a sociedade “abraçe” as políticas que valorizam a vida.*

Palavras-chave *Adolescente, Antropologia cultural, Pesquisa qualitativa, Suicídio, Tentativas suicidas*

¹Centro de Ciências da Saúde, Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza. Av. Washington Soares 1321, Edson Queiroz. 60811-905 Fortaleza CE. janeeyre@unifor.br

²Núcleo de Epidemiologia, Secretaria da Saúde do Ceará.

Introdução

O suicídio é definido como o ato intencional de tirar a própria vida, iniciado e levado a cabo, por uma pessoa com conhecimento ou expectativa de resultado fatal. Configura-se como uma ação consciente de autodestruição que envolve a tríade: vontade de morrer, de ser morto e de matar^{1,2}.

Classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma violência auto-infligida, o suicídio é um ato humano em que o indivíduo é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto desse fenômeno complexo, que abarca o interjogo de inúmeras variáveis do cotidiano e remete o indivíduo à ideia máxima da violência, ou seja, o assassinato de si próprio³.

A OMS confirma o suicídio como um problema de saúde pública e estima que, para cada caso, existem pelo menos dez tentativas que exigem atenção dos profissionais. Para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro não conhecidas.

Dados da OMS demonstraram que 900.000 pessoas cometeram suicídio em 2003, representando uma morte a cada 35 segundos⁴. A mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos, situando-o entre as dez causas mais frequentes de morte na população entre 15 e 44 anos. A taxa mundial de suicídio é estimada em torno de 16 por 100.00 habitantes, considerando-se as variações referentes ao sexo e à idade^{5,6}.

Em 1990, mais de um milhão de pessoas se suicidaram (1,6% da mortalidade mundial), ficando o suicídio entre as dez causas de morte, de acordo com os dados do Banco Mundial⁷. Em 2000, a taxa de mortalidade por suicídio no mundo foi de 14,5 em cada 100.000 habitantes, sendo a quarta maior causa de morte em pessoas com idade entre 15 e 44 anos.

O aumento expressivo dessas estatísticas exige providências emergenciais por parte dos órgãos competentes⁸. Estudiosos do tema salientam que, se todas as tentativas de suicídios fossem computadas, os números se tornariam de dez a vinte vezes maior. Segundo a OMS, os índices variam entre os países⁸.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estabelece como adolescente a faixa etária compreendida entre dez e dezenove anos. Esse grupo vem registrando aumento dos suicídios, os quais preocupam os serviços de saúde, pois a subnotificação, também, circunda essas casuísticas⁹. Joseph *et al.*¹⁰, estudando o crescimento das taxas de suicídio na Índia rural, identificaram que os índices relativos a essas ocorrências aumentaram em diversos países, porém as taxas relatadas não são fide-

dignas, ocultando as consequências legais e sociais destes eventos.

Estudos realizados nos Estados Unidos pelo *National Adolescent Health Information Center*, em 2003, mostraram que 4.232 adolescentes e adultos jovens (entre 10-24 anos) cometeram suicídio. Neste ano, o total de mortes nesta faixa etária correspondeu a 11,2% e o suicídio contribuiu com 6,8% desses óbitos¹¹.

Há divergências na literatura sobre as estimativas das estatísticas acerca do suicídio. Conforme Viana *et al.*¹, a taxa oficial de suicídio no Brasil oscila em torno de 4,1 por 100.000 habitantes, sendo 6,6 para homens e 1,8 para as mulheres. Reportando-se aos estados brasileiros, o Rio Grande do Sul responde pela maior taxa anual de suicídio, com oito a dez mortes por 100.000 habitantes, seguido por Santa Catarina com média de 7 e 8,5 suicídios por 100.000 habitantes, e Paraná, com 7,1 suicídios por 100.000 habitantes.

Botega⁵ pontua que o coeficiente de mortalidade por suicídio no país corresponde a 4,5 por 100.000 habitantes ao longo de um ano, sendo responsável pelo nono lugar, em números absolutos, com 7.987 mortes. Este índice é considerado relativamente baixo em relação à escala mundial. Em algumas regiões e grupos populacionais, como os adolescentes das grandes cidades, esse coeficiente tem aumentado notadamente.

Pesquisa que abordou a prevalência de suicídio no sul do Brasil revela que nos últimos quinze anos cresceram as tentativas de suicídio e o suicídio consumado entre adolescentes e adultos jovens, entre 15 e 34 anos, assumindo a terceira causa morte, perdendo apenas para os homicídios e acidentes. Ressalta, também, que no Brasil as taxas continuam a subir, mostrando-se mais elevadas na Região Sul do país¹.

Dados da Secretaria de Saúde do Ceará, de 1998 a 2004, revelaram que, entre 15 e 29 anos, a taxa de mortalidade por suicídio passou de 4,6 por 100.000 habitantes em 1998 para 7,0 por 100.000 no último ano¹². Em 2006, os números referentes à taxa de mortalidade por esta causa específica elevaram-se para 13,1 por 100.000 habitantes, confirmando a evolução crescente da mortalidade por suicídio.

Em Fortaleza (CE), no ano de 2001, foram registradas 1.318 tentativas suicidas no Centro de Assistência Toxicológica do Ceará (CEATOX), representando 38,0% dos 3.468 casos atendidos. Salienta-se que 716 (54,3%) dos 1.318 casos foram crianças/adolescentes entre dez e dezenove anos, representando 20,65% do total dos atendimentos. Em 2003, no mesmo Centro, foram notificadas 1.283 tentativas de suicídio, das quais, 396 (30,9%)

ocorreram na faixa etária de dez a dezenove anos¹³.

Mínayo¹⁴ pontua que se, em vez de olharmos para o suicídio como “algo isolado”, o percebêssemos como um fato social, teríamos inúmeras informações sociais e culturais. Nesta ótica, o suicídio deve ser tratado de forma coletiva, partindo do todo às partes. Assim, a antropologia possibilita compreender problemas de saúde e doença, nas diferentes culturas e grupos sociais, e aborda o suicídio como resposta extrema a fatores de estresse psicológico para os quais o indivíduo não percebe resolubilidade¹⁵.

É um fenômeno multideterminado e não pode ficar restrito ao conceito médico e, tampouco, jurídico. Existem implicações sociais importantes, aspectos éticos, culturais, psicológicos, antropológicos e filosóficos, que balizam esse evento. Pessoas que enfrentam situações de impasse, e não vislumbram saída, podem apelar e atentar contra a própria vida¹⁶⁻¹⁸. Para Pordeus *et al.*¹⁹, o suicídio é um fato habitual no cotidiano da sociedade brasileira, afeta os diferentes grupos sociais e etários e existe uma multiplicidade de maneiras para o seu desfecho.

Diante do exposto, o estudo descreve as razões que originaram tentativas suicidas em adolescentes, atendidos em um hospital de emergência, em Fortaleza (CE), entre março e agosto de 2005. Procurouse ainda analisar a repercussão desse ato no contexto familiar e social, sob o prisma antropológico.

Metodologia

Com abordagem antropológica, o trabalho elegeu a etnografia como eixo norteador, utilizando a pesquisa documental, observação participante e entrevista semi-estruturada como técnicas de coleta de dados. Este foi realizado com doze adolescentes admitidos em um hospital de emergência, entre março e agosto de 2005, em Fortaleza, Ceará, Brasil. Este estudo adotou como conceito de adolescente o preconizado pela OPAS²⁰, que corresponde à faixa etária de dez a dezenove anos.

Nesse período, foram admitidos 21 adolescentes; contudo, nove não atenderam os critérios do estudo, pois dois evoluíram com hipóxia cerebral, cinco foram atendidos e tiveram alta num período menor que 48 horas e dois não residiam em Fortaleza.

A seleção desses adolescentes obedeceu aos critérios estabelecidos para o estudo: ter entre dez e dezenove anos, ser atendido ou encaminhado por tentativa suicida para o hospital do estudo, tempo de permanência superior a 48 horas, estar acompanhado por um responsável, residir em Fortaleza para

permitir o acesso de uma das autoras aos seus domicílios e participar da pesquisa espontaneamente.

O estudo foi realizado em dois momentos interdependentes: no Instituto Dr. José Frota (IJF), hospital de emergência da cidade de Fortaleza, capital do Ceará, Brasil, como nas residências de alguns adolescentes. Dentre as dependências do hospital, o setor de emergência, a unidade de internação e as unidades de terapia intensiva (adulto, pediátrica) foram *locus* deste estudo. Esta instituição é referência no atendimento ao cidadão vítima de acidentes e violências, e conhecida, histórica e culturalmente, da população de Fortaleza, do Estado do Ceará e de estados circunvizinhos, como o “hospital que pode fazer alguma coisa pelo acidentado”, ou seja, tem resolubilidade para os problemas de caráter emergencial.

Considerando que os procedimentos de coleta incluem técnicas e estratégias que possibilitam a aproximação do fenômeno em estudo²¹, inicialmente, uma das autoras consultou documentos, priorizando os prontuários dos adolescentes que tentaram suicídio, identificando dados sociodemográficos e checando se estes se enquadravam nos critérios da pesquisa. Com esses dados, foi preenchido um instrumento de identificação que abordou idade, ocupação, estado civil, escolaridade e qual a modalidade que usou para tentar suicídio.

Em seguida, deu-se o primeiro contato com o adolescente e seu acompanhante ou familiar para apresentação do pesquisador e dos objetivos do estudo, sendo feito o convite para participar. Concomitantemente, iniciou-se a uma observação geral da situação, de como esse adolescente se comportava ao ser abordado sobre um tema repleto de pré-conceitos e juízos de valor. Essas observações contribuíram para delinear a complexidade do tema e a dificuldade que o adolescente apresenta para verbalizar suas inquietações e encontrar justificativas para este ato. Acrescenta-se que esses momentos ajudaram a “quebrar o estranhamento entre sujeitos da pesquisa e o pesquisador”. Com o desenrolar, essas observações foram ampliadas, iniciaram-se os diálogos informais que estreitaram o relacionamento dos envolvidos no estudo.

Após esclarecimento dos objetivos e aceite em participar do estudo, o adolescente e seu responsável assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, como preconizam as diretrizes que regulamentam as pesquisas com seres humanos²².

Para compreender as razões dessas tentativas suicidas, a observação foi complementada pela voz dos sujeitos. Nesse ínterim, a técnica da entrevista foi aplicada. Ao todo foram realizadas trinta entrevistas (a somatória de todos os participantes),

ficando uma média de 2,5 entrevistas com cada sujeito no ambiente hospitalar. Durante essas entrevistas, indagava-se a possibilidade de realizar novos encontros nos domicílios e, desse modo, com seis adolescentes aconteceram entrevistas no ambiente familiar.

Essa necessidade foi percebida quando se identificou, em algumas entrevistas realizadas no hospital, que os adolescentes tinham sido monossilábicos. Com o consentimento de que as entrevistas poderiam se estender aos domicílios, após a alta hospitalar, essas foram realizadas com horários previamente agendados e em comum acordo entre uma das autoras e sujeitos do estudo. Adentrar nos domicílios desses adolescentes possibilitou a observação dos relacionamentos e interação entre as pessoas da família.

As entrevistas realizadas nos domicílios tiveram as seguintes questões: (i) para você, como surgiu a idéia do suicídio?; (ii) descreva, para você, o que representa estar vivo; (iii) em sua opinião, como sua família e amigos reagiram a sua tentativa suicida?; (iv) caso você fosse um profissional que trabalhasse com adolescentes, o que você diria para um adolescente que tentou suicídio?

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Visando preservar o anonimato, os adolescentes foram denominados por letras de *A* a *L*. Os dados foram organizados, analisados de acordo com a análise temática de Minayo²¹ e interpretados com a literatura pertinente ao tema.

Desse modo, a escolha pela etnografia possibilitou aproximar-se do contexto social e cultural desses adolescentes. Nesse sentido, a literatura preconiza que a antropologia permite a investigação do contexto imediato de vida, rede social, estrutura familiar, a organização social e sistema coletivo de normas e valores, que intervêm dando significados aos diversos eventos e situações da vida²³⁻²⁵.

O projeto foi aprovado com parecer nº 051/2005 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Resultados

Caracterização dos participantes e do cenário cultural

Dos doze adolescentes do estudo (dez mulheres e dois homens), as faixas etárias variaram entre treze e dezenove anos: quatro tinham dezenove anos, três deles, dezoito anos, dois contavam dezesseis e treze anos, respectivamente, e um encontrava-se aos dezessete anos no período do estudo. Dos partici-

pantes, dez possuíam renda familiar de um salário mínimo, um sobrevivia com renda de dois salários e outro referiu renda de três salários mínimos. Quanto ao nível de escolaridade, um deles afirmou ter concluído o ensino fundamental, sete disseram ter ensino fundamental incompleto, dois confirmaram a conclusão do ensino médio, um afirmou que possuía ensino médio incompleto e apenas um referiu cursar ensino superior. Onze adolescentes negaram exercer atividade produtiva; somente um deles disse que trabalhava. Todos afirmaram depender da família (pais, tios ou marido) e negaram, ainda, participação em atividades esportivas, sociais e religiosas. A estrutura familiar desses adolescentes apresentava fragilidade socioeconômica; além disso, os vínculos mostraram-se tênues, tanto no aspecto pai-filho como no aspecto mãe-filho.

Entre os sujeitos da pesquisa, não houve relato de tratamento psiquiátrico anterior. Dentre os métodos utilizados para tentarem suicídio, a intoxicação exógena, com opção para o carbamato (chumbinho) foi o preferido. Este agrotóxico, destinado originalmente ao uso agrícola, é desviado de sua função e clandestinamente transportado para as cidades, onde é vendido como raticida²⁶.

Sobre o cenário maior da pesquisa, Fortaleza é um dos principais centros turísticos da Região Nordeste, visitada por pessoas de vários países. É uma cidade festiva e com muitas opções de lazer, favorecendo relacionamentos “embalados” pela casualidade e inexistência de vínculos afetivos. Acresce-se que este cenário é marcado pela pobreza, violência e fortes diferenças socioeconômicas que, na adolescência, pode adquirir o significado de desesperança, fragilidade e incertezas.

Amor não correspondido: “ele disse que ia me deixar”

Ao se investigar as razões de tentativas suicidas entre adolescentes que foram atendidos em um hospital de emergência, analisando o contexto sociocultural, descortinou-se, como razão primaz, o amor não correspondido, tendo esse amor a conotação do afetivo, do namoro, do caso, da primeira entrega; contudo, não foi só nesse sentido que o “amor não correspondido” foi mencionado. Este também foi aludido quanto à fragilidade dos vínculos no relacionamento familiar, às escassas demonstrações de carinho, às ausências do respeito entre os membros da família, à falta de valorização da pessoa do adolescente, do seu físico e estética.

Em seus discursos, os adolescentes revelaram-se frutos de referenciais distorcidos, vínculos familiares fragilizados e justificaram a tentativa sui-

cida por causa de “um amor não correspondido” que, simbolicamente, incluiu a frustração afetiva, familiar, relacional, social e cultural.

A, feminino, 18 anos, morava só, na periferia de Fortaleza. É filha adotiva e, segundo sua irmã, durante a infância e adolescência, era rebelde e tinha má conduta: “*Ela não quis nada com a vida*”. A era mãe de um bebê de seis meses e justificou sua tentativa suicida por que “*O pai da minha filha, ele gosta de outra, aí pensei em me matar e tomei veneno pra rato*”. Outro “amor” não correspondido pode estar relacionado à necessidade de sentir-se querida no âmbito familiar: *Tudo que eu preciso minha tia dá, financeiramente, escola, e o que mais falta é carinho* (C, feminino, 18 anos).

Esses relatos denotam como razões para as tentativas suicidas os problemas de natureza relacional, amorosa e familiar; contudo, o rompimento com a pessoa amada foi referido como ponto crucial, impulsionando-os à concretização da idéia suicida.

O significado do amor não correspondido relaciona-se ao amor da família, da mãe, da inexistência de harmonia e respeito à família; não demonstrações de carinho, das relações que se estabelecem na escola, da construção imaginária do que seja um “casamento”, enfim, esse amor não correspondido significa um símbolo ao qual o adolescente transfere e projeta sentimentos complementares e ambíguos.

Estar vivo: “é um presente de Deus”

Quando solicitados a falar sobre o que representava estar vivo, cinco adolescentes responderam que “*agradeciam a Deus e tinham se arrependido*”. Três afirmaram que não sabiam responder. Um deles achava que “*não representava nada*”, outro não respondeu, outro afirmou que não “*conseguia viver sem o namorado*” e um disse que neste ato “*via a possibilidade de mudar a vida*”. Eis os discursos:

Tudo. Mudar a minha vida. (A, feminino, 18 anos)

Nasci de novo. (B, masculino, homossexual, 18 anos)

Certa parte eu acho bom ter ficado viva. (C, feminino, 18 anos)

Se arrependimento matasse já tinha morrido umas dez vezes. (D, masculino, 19 anos).

A vontade de viver e de ter força para reagir aos problemas ficou evidente no seguinte relato: *O que mais importa agora é poder viver; ter força todo dia para poder lutar e sair dessa.* (D, masculino, 19 anos)

Essas respostas aparentam que a intenção dos adolescentes podia não ser a própria morte, mas um pedido de ajuda para interromper um quadro de sofrimento, salientando-se como lidar com a rejeição. As tentativas suicidas podem representar um sofrimento interior para o qual esses adolescentes não vislumbraram possibilidades de solução e atentaram contra a própria vida sem “imaginar” possibilidades de fracasso, na tentativa de livrar-se da dor psíquica.

Reação da família e amigos: “achava que ninguém queria me ver”

As respostas dos adolescentes sobre a reação da família e amigos em relação ao seu ato suicida direcionaram-se para a desaprovação e incompreensão do ato: “*Achava que ninguém queria me ver*” (A, feminino, 18 anos). Outras verbalizações foram expressas: “*Acusaram o menino, tão botando culpa no menino*” (B, masculino, homossexual, 18 anos). “*Pediram para eu não fazer mais isso*” (H, feminino, 19 anos). “*Não falou nada. Minha avó disse que se eu ficasse viva, nunca mais ia nem botar a cabeça para fora*” (J, masculino, 19 anos). “*Tu tá ficando doida, não devia ter feito isso*” (C, feminino, 18 anos).

Quando um adolescente se depara com o insucesso da tentativa suicida, na maioria das vezes, enfrenta reações de indignação, surpresa, estranhamento, incompreensão. Ainda não se constitui uma prática, nos serviços de emergência, de se promover um ambiente de escuta e acolhimento a esses jovens.

O relato de uma mãe acompanhando sua filha, em momento de angústia e fragilidade colocou: “*O que eu vou fazer agora com a minha filha? Não tem um encaminhamento, um psiquiatra para olhar ela*”. Contestando o modelo assistencial (que salva a vida, mas não tem encaminhamento e apoio para a conclusão do tratamento), indagou: “*Cadê a área da saúde? A área da saúde não era para ser assim*”.

Desse modo, a família acompanha esse “calvário” de forma perplexa. Inexistia, no período do estudo, um acompanhamento psicológico, alguém que oferecesse um apoio, um aconselhamento. Não havia uma sala, uma cadeira, ou seja, um ambiente preparado para acolher o adolescente e sua respectiva família que vivenciaram esse impacto. Após o atendimento emergencial, para a família só restava esperar, se decepcionar, reclamar ou agradecer. Vale esclarecer que, dependendo da equipe, dos plantões diurnos ou noturnos, a espera, o respeito ou desrespeito, um melhor ou pior atendimento era nitidamente percebido.

Não vale a pena se matar por ninguém: “é uma loucura”

Ao indagar os adolescentes sobre uma situação hipotética, sendo esse um profissional de saúde e atendendo um adolescente que tentara suicídio, o que diria para esse jovem, percebe-se o posicionamento dos mesmos a favor da vida: “***Eu diria para ele parar com isso porque não vale a pena não***” (E, feminino, 17 anos). “***Não faça isso***” (A, feminino, 18 anos). Outros três responderam de forma monossilábica, alegando que não sabiam.

Devido ao cenário estressante comum às emergências dos hospitais públicos, algum profissional, ao se deparar com um adolescente que tentou suicídio, esboçou sua visão de mundo e de valorização da vida, fazendo um comentário do tipo: “***Tantos querendo viver e eles querendo morrer***”. Contudo, verbalização que assume a conotação pejorativa também é detectada durante esse tipo de atendimento: “***Quem quer morrer consegue***”.

Pode-se argumentar que esse comentário seja fruto de um ato impensado, de condições de trabalho insalubres que desgastam e contrariam as expectativas do exercício de uma prática profissional. Essa superlotação deixa os profissionais perplexos com a violência da cidade, o sistema em que se vive e a banalização da vida. É um local que promove o desgaste físico e emocional, no qual se perde e salva vidas.

Discussão

Discorrer sobre suicídio na fase da adolescência é uma necessidade, pois as estatísticas têm demonstrado que essa taxa tem crescido nos últimos anos. Estudiosos do suicídio sustentam a conjectura de que, em números absolutos, a população jovem está se suicidando cada vez mais^{7,9,27}.

O estrato de jovens entre 15 e 24 anos foi o grupo de maior crescimento para as práticas suicidas, correspondendo a 1.900% no período de 1980 a 2000. Esses dados apontam o suicídio como a sexta causa de óbitos por causas externas em jovens das regiões metropolitanas, sendo sua distribuição heterogênea^{1,9}.

Sobre a incidência entre os sexos, os achados da pesquisa comprovam os dados da OMS no que diz respeito aos suicídios e as tentativas, pois esses ocorrem de modo diferente entre gêneros. As maiores taxas de suicídios se registram entre os homens e as tentativas, entre as mulheres²⁸.

O presente estudo revelou que o nível socioeconômico constituiu-se como um dos fatores que

influenciam nas tentativas e no suicídio. Estudos afirmam que a pobreza, responsável pelas precárias condições de sobrevivência, o estresse econômico e instabilidade familiar geram ansiedade e comprometimento emocional, fatores que predis põe ao suicídio, que por sua vez representa um indicador de pressão da sociedade sobre esses grupos mais vulneráveis²⁹.

No que se refere ao nível de escolaridade, o estudo mostrou que os adolescentes não concluíram o período escolar, indo ao encontro do que afirma Faria *et al.*³⁰ em pesquisa acerca das taxas de suicídio no Estado do Rio Grande Sul. Este demonstrou a relação entre suicídio e nível de escolaridade, afirmando que essas taxas apresentaram-se maiores nas microrregiões com baixo nível de escolaridade. A escolaridade em curso ou inconclusa dificulta o ingresso desse jovem no campo de trabalho e na idealização de projetos, o que pode desencadear conflitos internos que favorecem a ideação suicida³⁰.

Arelado ao nível socioeconômico e à escolaridade, encontra-se o aspecto familiar no qual se revelou a fragilidade de vínculos. A estrutura familiar dos participantes da pesquisa caracterizou-se pela dissolução de vínculos conjugais, relato da existência de conflitos familiares, agressões verbais e desrespeito entre os membros da família, além das privações econômicas, sociais e culturais. Observou-se que a dissolução dos vínculos familiares, associada às dificuldades financeiras, tem contribuído para fomentar a ideação suicida e fazer com que o adolescente chegue a sua concretização.

Estudo que discorreu sobre famílias em situação de vulnerabilidade, tendo como sujeitos adolescentes atendidos em um albergue em Fortaleza, enfatiza que a situação econômica tem forte contribuição para a desestrutura familiar, com repercussão direta nos filhos. Esses se vêem ameaçados e violados em seus direitos. Percebe-se que a perda ou rompimento dos vínculos origina sofrimento e leva o indivíduo à descrença de si mesmo, tornando-o frágil e com baixa autoestima³¹.

Ressaltando a importância da família, independente da sua estrutura e configuração, este é o palco em que se vivem as emoções mais intensas e marcantes da experiência humana. É o contexto que possibilita a convivência do amor e do ódio, da alegria e da tristeza, do desespero e da esperança³².

No estudo, os adolescentes apontaram como razões para as tentativas de suicídio os problemas de natureza relacional, amorosa e familiar; contudo, o rompimento com a pessoa amada foi referido como peça-chave. Enfim, o amor não correspondido significa um símbolo no qual o adolescente transfere e projeta sentimentos complementares ou ambíguos.

Relacionando a complementaridade e ambiguidade de sentimentos, Minayo¹⁴, em estudo sobre a autoviolência, ressalta que o fenômeno do suicídio está ligado ao seu caráter revelador de complexas relações sociais e pessoais. As mortes e as tentativas de suicídio em jovens encontram-se intimamente relacionadas às decepções amorosas e aos problemas familiares³³.

O rompimento do relacionamento amoroso acarretou, aos adolescentes do estudo, conflitos para os quais não houve, por parte dos adolescentes, mecanismos eficazes de enfrentamento. Ao frustrar-se com o fim da relação, esses perderam contato com a realidade que os circunda, sentindo-se fracassados nas suas expectativas de formar vínculos mais profundos, co-habitar dignamente e mesmo, formar uma família.

O contato com situações inesperadas, para as quais o jovem não consegue vislumbrar uma solução concreta, acaba por acarretar o estresse. A importância das respostas psicológicas e das estratégias de resistência do indivíduo ao confrontar o fator de estresse passa pela sua subjetividade, desencadeando reações psicológicas mais extremas, como depressão, isolamento, ou mesmo o suicídio¹⁵.

Dessa forma, após uma adaptação inadequada e uma tentativa frustrada de enfrentar as novas circunstâncias da sua vida e de se adaptar a elas, e a percepção de determinados obstáculos considerados pelo adolescente como intransponíveis, o levam ao ato suicida¹⁵.

Neste estudo, os adolescentes referiram que estar vivo era um presente de Deus, podendo sugerir a carência em várias dimensões afetivas e autoestima comprometida. Possuir baixa autoestima causa muito sofrimento e dificulta a posição e o crescimento do jovem no mundo que o cerca³².

Ao analisar o discurso dos adolescentes sobre a representação de estar vivo, revelou-se que a tentativa de suicídio se configurou como a forma de expressão que o adolescente encontrou para exteriorizar uma solicitação de auxílio na busca de romper com o sofrimento acarretado pela rejeição. Esse sentimento foi traduzido no estudo como o amor não correspondido.

O arrependimento e a vontade de viver foram os sentimentos que predominaram na fala dos adolescentes, afirmando a tentativa de suicídio como meio para a solução de conflitos. Corroborando esse pensamento, Viana *et al.*¹ certificam, em estudo sobre o suicídio no sul do Brasil, que a ideação suicida é vislumbrada como uma maneira de resolver problemas de ordem pessoal, antes mesmo de ter o objetivo de acabar com a própria vida.

Apoiando o pensamento de Viana, em pesqui-

sa acerca da tentativa de suicídio como via traumática para o ato suicida, Macedo³⁴ declarou que a tentativa de suicídio decorre da combinação do sofrimento psíquico extremo com a incapacidade em conceder figuralidade à dor psíquica, levando o ser humano a buscar meios para romper radicalmente com a essa dor.

Salientando a importância da família nesse contexto, algumas não sabiam da tentativa de suicídio por parte do seu adolescente, pois o namorado e/ou amigos foram as pessoas que os socorreram, confirmando a influência do “amor não correspondido” nos vínculos familiares. Além disso, os depoimentos dos adolescentes revelaram a desaprovção e a falta de compreensão da família em relação à tentativa de suicídio por eles efetuada.

Reforçando esse pensamento, muitos fatores estão envolvidos na ideação suicida e no próprio ato. A atenção do adolescente está voltada para fora do lar e centrada nos grupos de amigos, colocando a família em segundo plano, no qual deveria se estabelecer o início da socialização primária³⁵.

As dificuldades relacionais entre os membros da família diminuem as possibilidades desses utilizarem suas habilidades para construir estruturas flexíveis e de ter uma postura voltada para a superação dos problemas. Impede-os de buscar as melhores respostas diante das mudanças do cotidiano e das relações, potencializando os níveis de tensão e de crises. Nesse parâmetro, as tentativas de suicídio devem ser vistas como formas de comunicação de sofrimentos, geralmente dirigidas às pessoas mais próximas na medida em que esses indivíduos estão inseridos num contexto conjugal, familiar ou qualquer outra rede social⁸.

O apoio social ao adolescente é, fundamentalmente, proveniente do núcleo familiar, que por sua vez necessita estar conectado a outras redes sociais para obter o apoio que precisa para a sobrevivência da família, transferindo esse referencial aos filhos³². Vale salientar que o sentimento de pertença ao meio social, tão importante para o adolescente, representa um fator de proteção contra a sensação de impotência diante das vicissitudes da vida¹⁵.

Os familiares que acompanhavam o adolescente no momento da hospitalização exteriorizaram a sua angústia em relação ao atendimento prestado pela equipe de saúde. Nos relatos, foi evidenciado o despreparo para abordagem dos casos e para a continuidade da assistência ao adolescente suicida.

Nesse contexto, argumenta-se que a inabilidade do profissional diante do suicida evidencia sua visão de mundo diante do fenômeno morte e das condições de trabalho inadequadas. A superlotação nos serviços de emergência deixa os profissio-

nais impotentes e perplexos com a violência e a banalização da vida. É um local onde há desgaste físico e emocional, perdem-se e salvam-se vidas. Contudo, é preciso se pôr no lugar do outro, tornar-se um protagonista importante na rede de apoio ao bem-estar desses jovens, no sentido de resgatar a valorização da vida.

No atendimento profissional da pessoa suicida, em emergências psiquiátricas e salas de recuperação anestésicas, os profissionais não compreendem e nem estão preparados para lidar com esse problema de saúde. Agressividade, preconceito e incompreensão foram constantes em seus discursos³⁶.

O desafio dos profissionais de saúde que se encontram nos serviços consiste em compreender que as ações de saúde, além de incorporar a assistência médica, devem organizar-se por um conjunto de questões que a transcendem, envolvendo o meio ambiente e as experiências sociais de vida³⁷. Desse modo, busca-se o atendimento de outras necessidades que não se restringem ao biológico, mas que se articulem com os princípios do SUS.

Quando à indagação sobre o que o adolescente diria a um jovem que tentou suicídio sendo ele um profissional de saúde, manifestou-se, nas falas destes, a defesa da vida. Esta atitude confirma que a ideia suicida se estabelece como uma solução pontual para uma dificuldade para a qual o adolescente não enxerga a probabilidade de vazão imediata. Esses discursos dos adolescentes denotam a contradição de sentimentos representados pelo atentado contra a vida e vontade de viver.

Os adolescentes estão entre os grupos mais vulneráveis às experiências sexuais, ao contato com as drogas lícitas e ilícitas, podendo desencadear atitudes que expõem a saúde e a vida. Essas experiências muitas vezes os surpreendem com gravidez não planejada, conflitos interpessoais e enfrentamento de suas perdas. Estudos sobre adolescentes e suicídio corroboram a compreensão deste estudo^{35,38}.

Acrescenta-se que, durante a condução da pesquisa, o tema ganhou amplitude e “voz”, fazendo com que os prontuários desses adolescentes fossem solicitados por um psicólogo que se comprometeu em encaminhá-los para os Centros de Assistência Psicossocial (CAPS).

Considerações finais

Neste estudo, revelou-se o amor não correspondido como o principal fator desencadeador das tentativas suicidas em adolescentes. Esse motivo refere-se não somente às questões conjugais, mas também à fragilidade dos vínculos e da estrutura familiar, o que ressalta a importância da família enquanto espaço, no qual se dão as primeiras relações de afeto e se estabelecem as primeiras redes sociais.

O sofrimento psíquico foi também revelado no contexto deste estudo como um fator de forte influência para que o adolescente busque no suicídio uma maneira para resolver problemas e sanar dores com as quais não consegue conviver e nem vislumbra meios para solucionar. Assim, a tentativa de suicídio configurou-se entre os adolescentes do estudo como uma possível saída para suas dificuldades.

Diante das razões esboçadas pelos adolescentes e certas de que o tema solicita novas investigações, recomenda-se que os setores que atendem adolescentes discutam o suicídio e tenham como enfoque a valorização da vida; que haja ressignificação da prática de profissionais que trabalham em setores de emergência, no sentido de entender que esse evento está próximo de todos nós e tem possibilidades de prevenção; que ocorra a inserção da família nesse atendimento e, na impossibilidade, que os profissionais estejam sensíveis para referenciar aos órgãos que possam oferecer resolubilidade e discutir a temática com futuros profissionais para construir uma prática centrada na integralidade.

Que a instituição, *locus* da pesquisa, fomente a ideia da concretização de um Núcleo de Atenção à Pessoa Suicida, embasada na interdisciplinaridade, dialogando com a educação em saúde, com vistas a alcançar a promoção da saúde.

Por fim, o suicídio é uma realidade na adolescência e demanda um redirecionamento das práticas de saúde para acolher esse adolescente e sua família. No caminho da consolidação dos princípios filosóficos e operacionais do SUS, é necessário que a sociedade “abraçe” as políticas que valorizam a vida, compartilhe adversidades, resgate autoestima e redimensione a lógica do atendimento em saúde.

Colaboradores

LJES Vieira orientou todas as etapas do trabalho, colaborou na revisão da literatura e realizou a revisão final do artigo. MLF Vasconcelos foi autora da concepção do artigo, realizou levantamento bibliográfico, coleta e análise preliminar dos dados e redação inicial do artigo. AMJ Pordeus e SVG Lira colaboraram na revisão final do texto. JG Silva colaborou na revisão de literatura, revisão e formatação final do artigo.

Agradecimentos

Este trabalho contou com auxílio material e financeiro do CNPq, Processo nº 50.4458/2004-3.

Referências

1. Viana GN, Zenkner FM, Sakae TM, Escobar BT. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *J bras. psiquiatr.* 2008; 57(1):38-43.
2. Parente ACM, Soares RB, Araújo ARF, Cavalcante IS, Monteiro CFS. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(4):377-381.
3. Cassorla RMS, Smeke ELM. Autodestruição humana. *Cad Saude Publica* 1994; 10 (Supl. 1):61-73.
4. World Health Organization. *The World Health Report 2003. Shaping the future*. Geneve: World Health Organization; 2003.
5. Botega NJ. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; 29(Supl. 1):7-8.
6. Molock SD, Puri R, Matlin S, Barksdale C. Relationship between religious coping and suicidal behaviors among African American adolescents. *J Black Psychol* 2006; 32(Supl. 3):366-389.
7. Oliveira CS, Lotufo-Neto F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. *Rev. psiquiatr. clín.* 2003; 30(Supl. 1):4-10.
8. D'oliveira CF. Atenção a jovens que tentam suicídio: é possível prevenir. In: Lima CA, organizador. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.177-184.
9. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980-2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(Supl. 2):131-134.
10. Joseph A, Abraham S, Mulyil JP, George K, Prasad J, Minz S, Abraham VJ, Jacob K S. Evaluation of suicide rates in rural India using verbal autopsies, 1994-9. *BMJ* 2003; 326:1121-1122.
11. National Adolescent Health Information Center. *Fact Sheet on Suicide: Adolescents and Young Adults*. San Francisco: National Adolescent Health Information Center; 2006.
12. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. *Doenças e agravos não transmissíveis - DANT no Ceará*: situação epidemiológica, 1998 a 2004. Fortaleza: SESA; 2006.
13. Freitas MLV, Chispim LM, Vieira LJES, Catrib AMF, Gomes AMA. Auto-extermínio por envenenamento em adolescente: avaliação crítica do quadro de intoxicação exógena por chumbinho. In: *Anais do III Fórum de Educação e Saúde da Região Centro-Oeste e Distrito Federal e Seminário Nacional sobre Educação Popular e Saúde*, 2004; Brasília.
14. Minayo MCS. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cad Saude Pública* 1998; 14(Supl. 2):6-10.
15. Helman CG. Aspectos culturais do estresse. In: Helman CG. *Cultura, saúde & doença*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 262-281.
16. Sanvito WL. *A medicina tem cura?* São Paulo: Atheneu Cultura; 1997.
17. Souza ER, Minayo MCS, Cavalcante FG. The impact of suicide morbidity and mortality in the population of Itabira. *Cien Saude Colet* 2006; 11 (Supl. 2):397 -408.
18. Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cad Saude Publica* 2002; 19(Supl. 3):673-683.

19. Pordeus AMJ, Fraga MNO, Faço TPP. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(4):1201-1204.
20. Organização Pan-Americana de Saúde. *O marco integral da saúde do adolescente e seu cuidado*. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana de Saúde; 1990.
21. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução 196/96*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
23. Uchôa E. Epidemiologia e antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: Canesqui AM, organizador. *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997. p.87-109.
24. Geertz C. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes; 1998.
25. Lira GV, Catrib AMF, Nations MK. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. *Rev. Brasil em Promoção da Saúde* 2003; 16:59-66.
26. Bochner R. Perfil das intoxicações em adolescentes no Brasil no período de 1999-2001. *Cad Saude Publica* 2006; 22(Supl. 3):587-595.
27. Rocha FF, Sousa KCA, Paulino N, Castro JO, Correa H. Suicídio em Belo Horizonte entre 2004 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; 29(2):190-191.
28. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *Relatório sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2002.
29. Meneguel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev. Saude Publica* 2004; 38(Supl. 6):804-810.
30. Faria NMX, Victora CG, Meneguel SN, Carvalho LA, Falk JW. Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association of socioeconomic, cultural and agricultural factors. *Cad Saude Publica* 2006; 22(12):2611-2621.
31. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Cien Saude Colet* 2005; 2(Supl. 10):357-363.
32. Assis SG, Avanci JQ. *Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
33. Marin-Leon L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferença de gênero e nível socioeconômico. *Rev. Saude Publica* 2003; 37(Supl. 3):357-363.
34. Macedo MMK. *Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor* [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.
35. Schenker M, Minayo MCS. A implicação do uso abusivo de drogas: uma reflexão crítica. *Cien Saude Colet* 2003; 8(Supl. 1):299-306.
36. Sampaio MA, Boemer MR. Suicídio: um ensaio em busca de um desvelamento do tema. *Rev Esc Enf USP* 2000; 34(Supl. 4):325-331.
37. Queiroz MS. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru: EDUSC; 2003.
38. Domingos B, Maluf MR. Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2003; 16(Supl. 3):577-589.

Artigo apresentado em 05/10/2007

Aprovado em 01/09/2008

Versão final apresentada em 30/10/2008