

CURSO DE ENFERMAGEM

Fabiani Cristine Konzen

**SUICÍDIO DE ADOLESCENTE NA PERCEPÇÃO DOS SOBREVIVENTES:
UM ESTUDO DE CASO**

Santa Cruz do Sul

2017

Fabiani Cristine Konzen

**SUICÍDIO DE ADOLESCENTE NA PERCEPÇÃO DOS SOBREVIVENTES:
UM ESTUDO DE CASO**

Projeto de pesquisa apresentado à
Disciplina de Trabalho de Curso I,
do Curso de Enfermagem da
Universidade de Santa Cruz do
Sul - UNISC, como requisito
parcial do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Enf^a. Dra.
Rosylaine Moura

Santa Cruz do Sul
2017

Fabiani Cristine Konzen

**SUICÍDIO DE ADOLESCENTE NA PERCEPÇÃO DOS SOBREVIVENTES:
UM ESTUDO DE CASO**

Esta monografia foi submetida à
Disciplina de Trabalho de Curso I,
do Curso de Enfermagem da
Universidade de Santa Cruz do
Sul - UNISC, como requisito
parcial para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Enf^a. Dra. Rosylaine Moura
Professora Orientadora – UNISC

Prof^a. Enf^a. Dra. Aline F. Fischborn
Professora Examinadora - UNISC

Prof^a. Enf^a. Ms. Maristela S. de Rezende
Professora Examinadora - UNISC

Santa Cruz do Sul
2017

“Dedico esta pesquisa a todos os sobreviventes que transformaram a dor do luto em saudades, dando início a uma nova história”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda minha família, minha mãe e meu pai principalmente, pelo carinho e amor dedicado, por acreditar em mim, me incentivar e me ajudar suprimindo minha ausência junto ao filho e permitindo que me dedicasse ao meu trabalho.

Ao meu filho amado que apesar de muito pequeno, compreendeu minha ausência e por ser meu maior motivador, com o seu beijo carinhoso e sua alegria ao ver minha chegada. Obrigada amor da minha vida.

Aos meus irmãos pela presença e apoio me dando forças para continuar.

A minha professora e orientadora Dra. Rosylaine Moura pelo tempo dedicado, paciência e carinho.

Agradeço ao meu namorado, que compartilhou comigo esse momento ao meu lado, me apoiando e me ajudando na finalização deste trabalho. Obrigada amor.

Enfim, a todos que direta e indiretamente fizeram parte da minha formação, muito obrigada.

RESUMO

O suicídio é um fenômeno de determinação complexa e multifacetada que sempre esteve presente na história da humanidade. É considerado pela Organização Mundial de Saúde um problema de saúde pública mundial, passível de prevenção na maioria dos casos. Representa a segunda causa de morte de jovens no mundo, com aumento de taxas nos últimos anos. Além de uma tragédia pessoal, o suicídio é também uma tragédia familiar, podendo causar nas pessoas que ficam (sobreviventes) sofrimentos de diversas ordens com duração indeterminada e desfecho imprevisível. Dessa forma, este estudo buscou compreender o suicídio na adolescência através das percepções dos sobreviventes acerca dos possíveis fatores de risco, assim como, desvelar as características do luto vivido por eles. Para isso, utilizou-se o delineamento do estudo de caso com abordagem qualitativa descritiva exploratória e os dados foram analisados por análise temática e apresentados no formato de narrativas. Participaram do estudo três sobreviventes do suicídio de uma adolescente (mãe, amiga e namorado). Surgiram nas análises os temas: a adolescente, o suicídio e o luto dos sobreviventes. As narrativas contaram a história de uma adolescente alegre, autêntica, explosiva e solidária, sem doença psiquiátrica aparente. Na última semana de vida mostrou-se introspectiva, chorosa e numa manhã de inverno, antes de sair para a escola, produziu em si um ferimento fatal deixando a todos perplexos. A vivência do luto do suicídio pelos sobreviventes, mesmo após quatro anos, foi narrada com muito sofrimento permeada por dor, culpa, raiva e vergonha com alternância entre momentos de esperança e de saudades. Cabe aos profissionais e serviços de saúde apropriarem-se desta realidade, vivenciada por muitos adolescentes e famílias contemporâneas, buscando a prevenção de mortes prematuras e o suporte adequado aos sobreviventes.

Palavras-chave: Suicídio. Adolescente. Luto.

ABSTRACT

The suicide is a phenomenon of complex and multifaceted determination that has always been present in the history of humanity. It is considered by the World Health Organization a global public health problem, that can be prevented in most cases. It represents the second cause of death among young people in the world, with raising rates in the last years. Besides a personal tragedy, the suicide is a familiar tragedy, that can cause deep suffering from various sources, with indeterminate duration and unpredictable outcome. Therefore, this study aimed the comprehension of suicide in adolescence through the perceptions of the survivors about the possible risk factors, as well as, to unveil the characteristics of their mourning. For this purpose, the case study design was used with descriptive qualitative exploratory approach and the data were analyzed by thematic and presented in narrative format. Three survivors of the suicide of a teenager (mother, friend and boyfriend) participated in the study. In the data analysis, the following subjects emerged: the teenager, the suicide and the survivor's mourning. The narratives told the story of a cheerful, authentic, explosive and supportive teenager, with no apparent psychiatric illness. In the last week of life, she was introspective, tearful and on a winter morning, before leaving to school, she produced a fatal injury in herself, leaving everyone perplexed. The experience of the mourning by the survivors, even after four years, was narrated with much suffering and permeated by pain, guilt, anger and shame, with alternation between moments of hope and longing. In this context, the professionals and health services must know this reality, experienced by many adolescents and contemporary families, aiming the prevention of premature deaths and the adequate support for the survivors.

Keywords: Suicide. Teenager. Mourning.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. Aspectos históricos e conceituais do suicídio e sua definição como problema de saúde pública mundial.....	11
2.2 Aspectos relativos ao comportamento suicida em adolescentes	14
2.3 O papel dos serviços de saúde e dos profissionais de enfermagem na prevenção e posvenção do suicídio	18
3 METODOLOGIA	21
3.1 Tipo de estudo	21
3.2 Sujeitos e local da pesquisa.....	22
3.3 Aspectos éticos e técnicos.....	24
3.4 Técnica de coleta de dados	25
3.5 Tratamento dos dados	26
3.6 Divulgação da pesquisa.....	26
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	27
4.1 A adolescente.....	27
4.2 O suicídio.....	31
4.3 O luto dos sobreviventes.....	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ...	46
APÊNDICE B - ENCAMINHAMENTO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	48
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - AUTÓPSIA PSICOSSOCIAL COM OS SOBREVIVENTES.....	49

1 INTRODUÇÃO

O suicídio não é um ato acidental ou sem finalidade, pelo contrário, trata-se de um escape para o problema ou crise que está causando intenso sofrimento, associado com necessidades frustradas ou não satisfeitas, estresse insuportável, sentimentos de desesperança e desamparo e uma necessidade de fuga. A pessoa transmite através do suicídio sinais de sua angústia (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Segundo Quevedo e Carvalho (2014), o suicídio é um fenômeno complexo, de causas múltiplas, que resulta de uma interação entre fatores psicológicos, sociais, biológicos, culturais e ambientais e por isso, sua ocorrência não pode ser atribuída a uma única característica ou evento estressor.

O suicídio, assim como todos os outros comportamentos que o antecedem, chamados de comportamentos suicidas, sempre estiveram presentes na história da humanidade, com maiores ou menores taxas a depender do período e da região considerada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) que tem acompanhado a evolução deste fenômeno a nível mundial ao longo dos anos definiu-o desde 1999, em função de sua magnitude, como um problema de saúde pública mundial.

Em 2012, mais de 800 mil pessoas morreram por suicídio no mundo, ou seja, uma morte a cada 40 segundos, o que coloca o suicídio entre as quinze principais causas de morte no mundo e como a segunda causa principal de morte de jovens depois dos acidentes de trânsito (WHO, 2014).

Estudos demonstram que apesar de determinação complexa e multifacetada, muitos suicídios são passíveis de prevenção, tanto que em 2014, a OMS publicou informe sobre a urgência da prevenção no mundo, conclamando os países a diminuir em 10% suas taxas de suicídios até 2030.

Apesar das pessoas com mais de 70 anos serem, em termos mundiais, a população com as maiores taxas, o suicídio de jovens (15 a 29 anos) tem aumentado em todo o mundo, inclusive no Brasil, causando preocupação e iniciativas de prevenção nas mais diversas áreas do conhecimento humano.

Entre os jovens, encontram-se os adolescentes, definidos no Brasil como todos os indivíduos na faixa etária de 12 a 18 anos, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990). Esta faixa etária se caracteriza por intenso

desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e por vivenciar a etapa de transição entre a infância e a idade adulta em que busca alcançar as expectativas da sociedade em que vivem (EISENSTEIN, 2005).

Segundo Braga e Dell'Aglio (2013), o suicídio na adolescência pode ser explicado, em parte, pela dificuldade no enfrentamento das exigências sociais e psicológicas impostas neste período ao adolescente. Nessa nova etapa da vida o indivíduo pode vivenciar grandes mudanças, adquirir habilidades e enfrentar novos desafios, podendo desenvolver pensamentos e comportamentos suicidas. As ideias de morte podem surgir também como uma estratégia dos jovens em lidar com a compreensão do sentido da vida e da morte.

O suicídio é considerado uma tragédia tanto pessoal quanto familiar, causando sofrimento naqueles que fazem parte da vida da vítima, chamados pela suicidologia de sobreviventes¹. O luto vivenciado pelos sobreviventes de um suicídio é permeado por culpa, raiva, vergonha e isolamento social, o que pode se não devidamente acompanhado e cuidado, derivar em um novo suicídio.

Durante a experiência profissional da pesquisadora em uma unidade de internação pediátrica em município com elevadas taxas de suicídio na população em geral, esta acompanhou o incremento cotidiano no número de adolescentes hospitalizados em decorrência de tentativas de suicídio. Estes, mesmo tendo usado métodos considerados pouco letais que resultaram em cortes superficiais na pele, chamaram a atenção da pesquisadora que observou entre eles e seus familiares, sofrimentos de diversas ordens.

Diante disso, este estudo tem como objetivos compreender o suicídio na adolescência sob a ótica dos sobreviventes a partir de suas percepções sobre os possíveis fatores de risco, assim como, desvelar as características do luto vivido por eles.

Ao final, pretende-se que esse estudo, a partir das possíveis explicações para o suicídio na adolescência e o conhecimento de algumas características do luto dos sobreviventes, contribua com o entendimento, pelo menos em parte, deste

¹ Sobreviventes são membros da família, amigos e outros contatos da pessoa que se suicidou que são afetados pela perda. Dados de pesquisas estimam que 60 pessoas sejam intimamente afetadas em cada morte por suicídio (ABP, 2014).

fenômeno humano tão complexo e multifacetado, possibilitando assim, a busca de estratégias individuais e coletivas em saúde mais adequadas à prevenção do comportamento suicida nesta faixa etária.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Aspectos históricos e conceituais do suicídio e sua definição como problema de saúde pública mundial

A palavra “suicídio” deriva do latim *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar). O suicídio é uma possibilidade humana - escolher o momento da própria morte. O significado dessa escolha, no entanto, difere de acordo com circunstâncias sociais e individuais. Este ato pode ser visto como libertação, punição, coerção, fuga, alívio para o sofrimento, além de outras inúmeras formas de entendimentos, constituindo assim, uma lógica própria (FUKUMITSU, 2013).

O suicídio sempre esteve presente na história da humanidade e apesar de difícil de precisar o primeiro caso, na Enciclopédia Delta de História Geral consta que doze pessoas beberam uma bebida envenenada e se deitaram para esperar a morte no ano 2.500 a.C. Na Bíblia há registro de suicídio de pessoas famosas como: Sansão, Abimelec, Rei Saul, Eliazar e Judas, mas inúmeros casos de suicídios de pessoas comuns foram ignorados pela história oficial (SILVA, 1992).

Apesar de sempre presente, o suicídio foi compreendido e tratado de forma variada na história da humanidade, influenciado pelos paradigmas vigentes em cada período histórico. Na Grécia Antiga, por exemplo, era percebido como uma questão política, pois o indivíduo sem um prévio consenso do Estado não podia se matar. Neste período o suicídio era entendido como um atentado contra a estrutura comunitária e o indivíduo e família eram condenados política e juridicamente. As honras de sepultura eram recusadas ao suicidado clandestino e, além disso, a mão do cadáver era amputada e enterrada a parte, assim, o Estado tinha plenos poderes de vetar ou autorizar um suicídio, bem como induzi-lo, como no caso de Sócrates, que em 399 a.C., teria sido obrigado a envenenar-se (SILVA, 1992).

Em Roma, no entanto, o suicídio dos senhores e dos escravos era interpretado de maneiras diferentes. No caso dos senhores, eram considerados homens livres inclusive para exercer sobre si mesmos o direito de escolha sobre sua morte, sendo amparados e legitimados pela lei pública. Já os escravos, por não serem livres, quando se suicidavam, seus herdeiros eram condenados e seus bens confiscados,

caso sua inocência diante do ato não fosse comprovada (SILVA, 1992).

Em outras culturas do mundo ocidental primitivo, o ancião tinha o dever de se matar, para assim preservar o grupo, cuja solidez estava ameaçada pelo espírito debilitado que habitava o corpo do chefe de família. O que ocorria era “(...) uma fraca indução comunitária ao suicídio, religiosamente estimulada e normalmente legitimada” (KALINA; KOVADLOFF, 1983, p.50).

O suicídio tolerado nos primeiros séculos da era cristã passa a ser condenado e através de Santo Agostinho, no Concílio de Arles (425 d. C.), torna-se teologicamente condenado. A condenação expressa veio no compêndio de direito canônico denominado “Decreto de Gratien”, no século XIII, que se manteve durante toda a Idade Média (SILVA, 1992). Neste longo período da história da humanidade, sob o paradigma religioso, a vida é entendida como um dom divino, portanto, somente Deus que a criou, poderia tirá-la e o indivíduo que se suicida torna-se um pecador que praticou um sacrilégio. O suicidado não tem direito aos rituais religiosos, seu cadáver é exposto nu ou queimado publicamente e os herdeiros não recebem seus bens materiais. Eles se igualam a ladrões e assassinos e o Estado e a Igreja combatem rigorosamente o comportamento suicida.

Em meados do século XVIII, após a Revolução Francesa, a repressão passa a ser menos veemente e há certa tolerância em relação aos atos suicidas (SILVA, 1993). Segundo Kalina e Kovadloff isso se deu porque neste período (...) “não se contempla o suicídio com tolerância porque se o compreende, mas porque já não se lhe atribui maior transcendência coletiva”. Ou seja, há uma separação entre a vida individual e comunitária que demonstra (...) “uma expressão de irrelevância social que começa a pesar sobre a pessoa” (KALINA e KOVADLOFF, 1983, p. 54).

Somente no final do século XIX, Durkheim (1987) traz novamente à tona, através de suas pesquisas, a ideia do suicídio como um ato individual que denuncia uma crise coletiva pré-existente. Para Kalina e Kovadloff (1983), quando um indivíduo se mata, uma proposta de comunidade fracassou. A morte é o único meio que a pessoa encontra para restabelecer a comunicação com os demais, ou seja, se mata para relacionar-se com os outros e não para ficar só ou desaparecer (SILVA, 1992).

Para Hendin (1991); Shneidman (2001); WHO (2002) e Garcia Falconi (2003) o suicídio é um fenômeno complexo e universal que acomete todas as culturas, idades

e classes sociais, e possui etiologia variada, englobando elementos biológicos (neurológicos), genéticos, sociais, psicológicos (conscientes e inconscientes), culturais e ambientais (WERLANG; ASNIS, 2004).

No início do século XX, os suicidas passaram a ser considerados alienados ou doentes mentais, resultando no tratamento deste tema pela área da saúde, especialmente pela psiquiatria (WERLANG; ASNIS, 2004). Como problema científico, o suicídio passa a fazer parte da agenda da Organização Mundial da Saúde a partir do final da década de 1960.

Estudos que comprovaram o aumento de 60% nas taxas de suicídio mundiais, entre 1950 e 1955, ou seja, quase um milhão de mortes ao ano e aproximadamente uma morte a cada 40 segundos, fizeram com que a OMS, no final do século XX, definisse o suicídio com um importante problema de saúde pública mundial (WHO, 1974; 1999). Depois disso, muitos estudos sobre o tema foram produzidos, especialmente na área da saúde, assim como, documentos e informes da OMS. Isso contribuiu para consolidação do paradigma hegemônico atualmente de que o suicídio é um problema psiquiátrico e de que a depressão é seu principal fator de risco (MOURA, 2016).

Em seu último informe, a OMS alerta para a urgência da prevenção do suicídio a nível mundial e reafirma o propósito de seu Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013-2020, que sugere a prevenção como prioridade, propondo a redução das taxas de suicídio em pelo menos 10% até 2020 (WHO, 2014).

O Brasil apesar de historicamente apresentar taxas de suicídio baixas, figura entre os países com maior número de suicídios, tendo ocupado em 2012, o oitavo lugar no mundo, com 11.824 mortes por esta causa. Essa situação coloca o suicídio como um problema de saúde pública também no país (BRASIL, 2009; WHO, 2014).

O Rio Grande do Sul, que desde 2002, registra mais de 1.000 suicídios/ano, é o estado que apresenta as maiores taxas do país, chegando ao dobro das médias nacionais, com maiores taxas entre os agricultores nos pequenos e médios municípios gaúchos (BOTEGA, 2012; NOGUEIRA, 2013).

Em quase todas as regiões do mundo, as taxas de suicídio são mais elevadas entre as pessoas com mais de 70 anos, tanto em homens como em mulheres. No entanto, em alguns países as taxas de suicídio são mais elevadas entre os jovens, sendo que a nível mundial, o suicídio é a segunda causa de morte entre as pessoas

de 15 a 29 anos (WHO, 2014).

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria, nas últimas décadas houve aumento do comportamento suicida entre jovens de todo o mundo, inclusive no Brasil, onde representa atualmente, a terceira causa de óbito nesta população (ABP, 2014). De acordo com o Mapa da Violência, as taxas de suicídio entre os jovens, especialmente entre os de 17 e 18 anos, tem apresentado surpreendente e significativa elevação, bem acima da taxa média de suicídios das outras faixas etárias, chegando a aproximadamente 5 suicídios para cada 100.000 jovens (WAISELFISZ, 2014).

No Rio Grande do Sul, estado com taxas historicamente elevadas de suicídio na população em geral, estudo apontava, já em 2006, para uma tendência crescente de suicídio entre jovens ou para a “juvenilização do suicídio” (MENEGHEL, et al. 2004). Em um município do interior do estado, com taxas elevadas de suicídio na população em geral, que variaram de 7 a 28/100.000 no período de 2003 a 2014, pesquisa encontrou mortalidade proporcional por suicídio entre jovens de 10,2% em contraste com os 3,7% da realidade brasileira, o que pelo menos para esta realidade, mostra o impacto do suicídio na determinação de morte nesta faixa etária (MOURA, 2016).

2.2 Aspectos relativos ao comportamento suicida em adolescentes

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado através da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 em seu artigo segundo, considera criança, “a pessoa até doze anos de idade incompletos”, e “adolescente aquele entre doze e dezoito anos de idade”. Apesar de o ECA considerar a adolescência como o período que termina aos dezoito anos, o Ministério da Saúde do Brasil, através do Cartão do Adolescente, passa a utilizar o conceito de adolescência proposto pela OMS, que a define como a fase entre 10 e 19 anos (BRASIL, 1990; BRASIL, 2004).

O risco de suicídio entre adolescentes está ligado à impulsividade e ao imediatismo, próprios desta fase, pois devido sua imaturidade emocional, o adolescente possui dificuldade em lidar com situações agudas de estresse. Exemplo disso são os terminos de relacionamentos; situações que provocam vergonha ou humilhação; rejeição pelo grupo social, fracasso escolar, e a perda de alguém

importante (BOTEGA, 2015).

Segundo mesmo autor, pensamentos sobre suicídio na adolescência apesar de serem frequentes, na maioria das vezes são passageiros. No entanto quando passam a ser prolongados e intensos indicam a necessidade de intervenção, pois o risco de suicídio aumenta significativamente. Diferenciar reações consideradas normais para um jovem de comportamentos de que algo grave está por acontecer, apesar de difícil, é extremamente necessário, podendo significar a diferença entre a vida e a morte.

Para Werlang (2004, p.17), “o comportamento suicida é todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato”. Segundo os autores, pode se manifestar em gradientes, ao longo de um *continuum* que se inicia com o pensamento suicida, segue para ameaça, gesto, tentativa de suicídio até o suicídio propriamente dito.

Esta classificação em gradientes, não é consensual, especialmente porque na maioria das vezes a morte resulta de eventos circunstanciais do meio e não propriamente da intensidade do desejo de morrer da pessoa. Outra questão importante refere-se ao componente manipulativo do gesto suicida que, se realmente houver, deve ser tratado como um problema emocional, incluindo suporte ao indivíduo e família (CASSORLA, 2004).

A OMS inovou em seu último informe ao incluir as lesões autoinfligidas sem intenções fatais no rol das tentativas de suicídio. Justifica esta decisão em função da dificuldade de avaliar a intenção suicida do indivíduo; muitas vezes ambivalente até para ele próprio. A intenção pode estar sendo mal interpretada por profissionais e serviços, que negligenciam a situação, tanto nestes casos como naqueles em que inicialmente houve uma intenção suicida, mas não existe mais (WHO, 2014). Desta forma, as automutilações e outras lesões autoinfligidas sem intenções fatais, bastante comuns entre os adolescentes, passam agora a ser contabilizadas como tentativas de suicídio, elevando ainda mais estas taxas.

Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o de mortes em pelo menos dez vezes (BOTEGA, 2015). Estudo em 13 países europeus encontraram taxas de tentativas de suicídio de 69 a 462/100.000 em mulheres e de 45 a 314/100.000 em homens com relação média entre mulheres/homens de 1,5:1

(SCMIDTKE et al., 1996).

Em todas as faixas etárias a tentativa de suicídio anterior constitui elevado fator de risco para o suicídio que continua mesmo após ter passado um ano da tentativa prévia (BEAUTRAIS, 2003). As tentativas de suicídio além do significativo impacto social e econômico imediato causado pela utilização dos serviços de saúde e pelo efeito psicológico e social sobre o indivíduo e os familiares também pode ter consequências de longa duração em função de incapacitação ou sequelas deste ato (BOTEGA, 2015).

Alguns sinais de alerta, já elencados em trabalhos científicos sobre o tema, podem indicar risco de suicídio em adolescentes. São eles: mudanças marcantes na personalidade ou nos hábitos; comportamento ansioso, agitado ou deprimido; piora do desempenho na escola, no trabalho e em outras atividades que costumava manter; afastamento da família e de amigos; perda de interesse em atividades de que gostava; descuido com a aparência; perda ou ganho inusitado de peso; mudança no padrão comum de sono; comentários autodepreciativos persistentes; comentários negativos em relação ao futuro, desesperança; disforia marcante (combinação de tristeza, irritabilidade e acessos de raiva); comentários sobre morte, sobre pessoas que morreram e interesse por essa temática; doação de pertences que valorizava; expressão clara ou velada de querer morrer ou de pôr fim à sua vida (BOTEGA, 2015).

As motivações do comportamento suicida na juventude são complexas e incluem humor depressivo, abuso de substâncias, problemas emocionais, familiares e sociais, história familiar de transtorno psiquiátrico, rejeição familiar, negligência, além de abuso físico e sexual na infância (ABP, 2014).

Segundo Botega (2015), dos diversos fatores relacionados ao risco de comportamento suicida em adolescentes elencados por Hawton et al. (2012), os que parecem estar mais ligados a essa fase são: baixo rendimento escolar, história de comportamento suicida na família, separação ou morte dos pais e comportamento imitativo.

Para este autor, os adolescentes mais vulneráveis, costumam seguir modelos de comportamento de seus parentes, amigos e especialmente de seus ídolos (personalidades cultuadas). Quando uma destas pessoas se suicida, o risco de o adolescente imitar este comportamento, quando diante de alguma dificuldade ou

frustração, torna-se elevado. Esse fenômeno de imitação ou contágio, já ocorrido com adolescentes em diversas épocas, é conhecido na suicidologia como efeito Werther em decorrência do número de suicídios de jovens românticos na Alemanha após a publicação, em duas oportunidades diferentes, do romance de Goethe intitulado “O sofrimento do jovem Werther”. Este fenômeno é temido até hoje pelos meios de comunicação, que não divulgam nenhuma informação sobre suicídios por temer o efeito “contagioso” da notícia (GOETHE, 2002, 2009; PIRKIS, 2009; JACK, 2014).

De forma contrária, a OMS sugere que o assunto deve ser amplamente divulgado e debatido nos meios de comunicação, como forma de desmistificar o assunto e alertar a população dos riscos e dos mecanismos de prevenção existentes. O que não deve ocorrer, no entanto, é a veiculação de reportagens que transformem o suicídio em espetáculo, divulgando detalhes sobre as possíveis motivações e o método utilizado, assim como, a existência de salas de bate-papo, sites e mídias sociais que encorajam os chamados pactos suicidas, eventos com grande impacto, especialmente entre os adolescentes (WHO, 2014).

Várias pesquisas com adolescentes revelam que o *bullying* (face a face ou pela internet) é um importante fator de risco nesta fase da vida. Este fato funciona como mais um estressor psicossocial associado muitas vezes a outros fatores como homossexualidade, bissexualidade, transgênero, autoestima baixa, dificuldade de relacionamentos interpessoais, isolamento social, discussões frequentes com pais, autoridades e colegas, personalidade perfeccionista e autocrítica exacerbada (BOTEGA, 2015).

Mesmo as autoagressões com baixa intenção letal como os cortes superficiais na pele, que muitas vezes denotam um ato puramente manipulativo, não devem ser banalizadas entre os adolescentes. Esta atitude deve ser julgada como um marco histórico na vida do adolescente que a partir daí deve receber atenção à sua saúde mental voltada a proteção e a qualidade de sua vida (BOTEGA, 2015).

Para Fukumitsu (2013), apesar de todos os estudos sobre o comportamento suicida já realizados e da vigência do paradigma psiquiátrico na atualidade, o tema do suicídio continua sendo tabu entre as famílias e a sociedade. O suicídio ainda é visto como uma morte expurgada, ou seja, a pessoa que cometeu o suicídio é

considerada traidora, pois contrariou o princípio mais instintivo do ser humano: a vida.

2.3 O papel dos serviços de saúde e dos profissionais de enfermagem na prevenção e posvenção do suicídio

Para os profissionais de saúde que em geral lidam mal com a morte natural ter que trabalhar com questões relacionadas à morte autoinfligida parece total perda de tempo. Por mais que se proceda à ampliação do acesso e da atenção especializada em saúde mental através de psicoterapia e ou terapia medicamentosa, isso por si só, não dá conta de prevenir o suicídio (MOURA 2016).

Segundo Abreu et al. (2010), nem sempre as equipes de saúde sentem-se preparadas para intervir em relação ao comportamento suicida, talvez por acharem que esse problema é somente para os especialistas. Por isso, a composição interdisciplinar da equipe é fundamental porque mesmo sem especialistas, vários saberes se complementam e a visão própria que cada disciplina tem contribuindo com o atendimento integrado.

Pesquisa demonstrou que cerca de 75% das pessoas que se suicidaram procuravam um serviço de atenção primária de saúde no ano de sua morte e 45% o fizeram no mês em que cometeram suicídio (KOHLRAUUSC et al., 2008).

O manejo e a avaliação do comportamento suicida pelos serviços de atenção primária em saúde e por seus profissionais não especialistas, bem como, sua eficácia são comprovadas através de estudos internacionais e sua importância reconhecida e recomendada pela OMS desde o ano de 2000 (WHO, 2000; 2010; 2014).

Para Sena-Ferreira et al. (2014), questões como acolhimento humanizado, vínculo entre profissionais e usuários, lógica de atendimento pautada na integralidade e interdisciplinaridade, colocam este nível de atenção, num lugar privilegiado para a atenção às pessoas em risco.

Os profissionais precisam estar próximos dos usuários, para que se estabeleça uma relação de confiança que possibilite, tanto o diagnóstico precoce como o acompanhamento contínuo da pessoa com comportamento suicida, e desta forma, seja possível a prevenção do suicídio. Os agentes de saúde são os maiores

responsáveis pela identificação do comportamento suicida por residirem na comunidade em que trabalham (ABREU et al., 2010).

A equipe de enfermagem, inserida no cotidiano da comunidade, também desempenha importante função. Para além do diagnóstico precoce do comportamento suicida, Kohlrausch et al. (2008) citam que estes profissionais são capazes identificar precocemente os fatores de risco para o suicídio, prevenindo o comportamento suicida através de atividades de educação e promoção à saúde.

Estratégias que promovam à saúde e à vida devem ser realizadas continuamente nas escolas e comunidade buscando reduzir, por exemplo, o consumo e abuso de álcool e drogas entre jovens, à violência entre homens de 25 a 55 anos, assim como a remoção de barreiras que dificultam o acesso da população à saúde mental, podem de forma indireta prevenir comportamentos suicidas na população. Também ações como grupos de autoajuda e a criação de condições psicossociais que estimulem a participação da comunidade por meio de atividades educativas que integrem socialmente os indivíduos, possibilitam um estilo de vida saudável e a prevenção ao comportamento suicida (ABREU et al., 2010).

Para além da prevenção a OMS sugere às equipes de atenção primária e as comunidades também ações que deem conta da posvenção. O termo posvenção foi usado por Edwin Shneidman (1985; 1993), para representar tudo o que pode ocorrer após o suicídio para minimizar o impacto das consequências da morte por suicídio, ou seja, a posvenção é a prevenção do suicídio nas próximas gerações. Assim, enquanto o programa de prevenção usa a redução dos suicídios, a posvenção preocupa-se com os sobreviventes no pós-suicídio de um ente querido (FUKUMITSU, 2013).

Segundo Jordan e Msintosh (2011) o suicídio de um familiar, amigo ou de alguém próximo é um fato devastador para a maioria das pessoas e pode exercer influência permanente em suas vidas tornando-as mais vulneráveis aos transtornos mentais ou ao suicídio. Pela natureza da morte, a família além do luto, precisa conviver com a vergonha, a raiva e a culpa. O estigma pode romper com os apoios sociais costumeiros e afastar a possibilidade de pedir ajuda e até mesmo inibir outras pessoas a oferecer auxílio.

A proposta de ação de programas de posvenção ocorre a partir do momento da notícia do suicídio do familiar e/ou amigo e segue acompanhando continuamente

os sobreviventes para além do processo de elaboração do luto e retorno as atividades cotidianas. O programa de “enlutamento” é necessário para a reconciliação do sobrevivente, ou seja, o luto deve ser acolhido e outro suicídio pode ser prevenido (KALINA, 1983).

3 METODOLOGIA

Metodologia, no entendimento de Vianna (2001, p. 95), “pode ser entendida como a ciência e a arte do como desencadear ações de forma a atingir os objetivos propostos para as ações que devem ser definidas com pertinência, objetividade e fidedignidade”. Já, segundo Lakatos (2001), o caminho metodológico busca responder a um só tempo as seguintes questões: “*como? com quem? quando?*”.

Da mesma forma Vianna (2001, p. 95), menciona que “historicamente metodologia é definida como a ciência que estuda os métodos, as sistemáticas e os procedimentos para atingir um fim proposto ou resolver problemas”. Sendo o método, segundo o mesmo autor, definido como “caminho para atingir um fim, o conjunto das ações necessárias para atingir os objetivos propostos em um determinado período, a partir dos recursos disponíveis” (VIANNA, 2001).

3.1 Tipo de estudo

Este estudo seguiu o delineamento do estudo de caso. No estudo de caso o pesquisador pretende conhecer em profundidade o “como” e o “porquê” de uma situação que se supõe ser única em muitos aspectos, para saber o que há nela de mais particular e característico (YIN, 2010). Apesar do pesquisador se debruçar sobre um único caso é irreal pensar que é possível observar, descrever e descobrir o fenômeno em sua completude. Desta forma, o pesquisador concentra-se em alguns problemas que lhe parecem de maior importância em relação ao caso estudado, não perdendo mesmo assim, o valor do método.

Segundo (BECKER, 1993), quanto mais o estudo de caso se aprofunda maior a probabilidade de descobrir problemas ainda não detectados e de produzir novos e inesperados resultados. O estudo de caso não tem a pretensão de generalização, mas pode contribuir na geração de novas hipóteses e na ampliação da compreensão do fenômeno.

Para dar conta deste propósito este estudo de caso utilizou a abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2007), é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, correspondendo às relações humanas da interpretação de como vivem, constroem seus objetos e a si mesmos, sentem e pensam.

A investigação qualitativa é um método de fundamento teórico que permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, construindo novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante o processo de trabalho de campo visando às finalidades da investigação (MINAYO, 2007).

Para Lacerda e Costenaro (2016), a pesquisa qualitativa não visa alcançar respostas precisas ou testar hipótese e sim explorar determinado contexto em que uma pessoa interpreta uma experiência, introduzindo um novo sentido aos problemas. Envolve o estudo do uso e a coleta de uma variedade de materiais empíricos e o pesquisador utiliza uma variedade de interpretações na esperança de sempre conseguir compreender melhor o assunto que está ao seu alcance. A pesquisa exploratória segundo Gil (2008) proporciona uma visão mais ampla do problema, pois possibilita desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias prévias e, desta forma, formular problemas ou hipóteses mais precisas para pesquisas. Este mesmo autor refere que um estudo descritivo tem como principal objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno e fazer relações entre elas. Os métodos descritivos são juntamente como os exploratórios, são os habitualmente utilizados nas pesquisas sociais preocupados com a atuação prática.

3.2 Sujeitos e local da pesquisa

Em busca no banco de dados de acesso público em que constam a causa e o número de óbitos por faixa etária, foi possível averiguar que no período de 2007 a 2015 (oito anos) houve, no município do estudo, 12 óbitos por suicídio entre adolescentes, sendo oito do sexo masculino e quatro do sexo feminino em idades que variaram de 13 a 19 anos (DATASUS, 2017). Deste universo é que foi identificado o caso estudado nesta pesquisa. A escolha dos sobreviventes convidados a participar da pesquisa se deu através do método de “bola de neve”.

Segundo Vinuto (2014), esse tipo específico de amostragem é útil para estudar questões delicadas, de âmbito privado e que demandam o conhecimento das pessoas pertencentes ao grupo ou reconhecidos por estas para localizar informantes para estudo. Para a autora, a execução da amostragem em bola de neve se constrói

da seguinte maneira: para o “pontapé inicial”, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como **sementes**, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. As sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas **sementes** indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador. Eventualmente, o quadro de amostragem torna-se saturado, ou seja, não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise.

Neste estudo, as **sementes** iniciais foram professoras de uma escola onde foi realizada palestra com o tema “Valorização da vida na adolescência”. A partir da identificação de uma ex-aluna que havia se suicidado há quatro anos e do contato com sua mãe iniciou-se o processo de amostragem “bola de neve”, convidando algumas pessoas identificadas pela mãe como sobreviventes. Destas, a mãe indicou algumas amigas mais próximas e o namorado da adolescente. Para efetuar a primeira aproximação com todos os sobreviventes foi necessária muita cautela e a utilização de uma linguagem ética, amorosa e respeitosa. Em algumas situações essa aproximação se deu com a intermediação de colegas da área da saúde ou através de mensagens pelo *facebook* e/ou correio eletrônico. Apesar de ter se passado quatro anos do suicídio da adolescente, uma das amigas convidadas não aceitou participar da pesquisa, pois referiu que ainda é muito difícil falar sobre este assunto. Mesmo assim, aproveitou-se a oportunidade para orientá-la a buscar ajuda psicológica para tratar o luto.

Os critérios de inclusão foram desta forma: ter 18 anos ou mais no período da coleta de dados, declarar-se sobrevivente do suicídio da adolescente e aceitar falar sobre este assunto com a pesquisadora. Dessa forma, os sujeitos escolhidos foram os três sobreviventes (mãe, amiga e namorado) deste estudo de caso.

O local da pesquisa foi um município localizado na região central do Rio Grande do Sul com taxa padronizada de suicídio variando entre 7 a 28/100.000 em todas as faixas etárias no período de 2003-2014. As taxas apresentadas são muito superiores as do país e do estado que neste mesmo período ficaram entre 5 a 10/100.000, respectivamente. A mesma pesquisa encontrou entre os jovens do

município mortalidade proporcional por suicídio de 10,2% superior à taxa nacional que foi de 3,7% no período de 1980 a 2012 (MOURA, 2016).

3.3 Aspectos éticos e técnicos

Os sujeitos que depois de convidados aceitaram de forma espontânea participar do estudo foram esclarecidos quanto aos seus direitos e compromissos como participantes da pesquisa. Foi assegurado sigilo e garantido anonimato dos dados de acordo com a Resolução CONEP nº 466/12 - Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Aos sujeitos, foi solicitada a assinatura, em duas vias, do documento denominado “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, conforme (APÊNDICE A), ficando uma via com o pesquisador e outra com o sujeito. Também é importante salientar que todos os registros produzidos na construção deste estudo oriundos de gravações, transcrições e dados pessoais, serão destruídos após um ano.

Tendo em vista que o tema abordado pela pesquisadora pode suscitar nos entrevistados (sobreviventes) algum grau de sofrimento que acarrete a necessidade de um atendimento durante ou após a entrevista, foi garantido o acompanhamento e encaminhamento efetivo aos serviços que dê resposta a situação encontrada, sejam eles, serviços de saúde física, mental, de assistência social ou segurança pública. Para isso foi confeccionado um documento formal de encaminhamento aos serviços que além do contato prévio da pesquisadora acompanhará o sujeito no atendimento (APÊNDICE B). Importante salientar que não foi necessária a utilização deste expediente, visto que, os sobreviventes não manifestaram nenhum sofrimento extra após a entrevista que demandasse intervenção da pesquisadora.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria falar sobre o suicídio não aumenta o risco de comportamento suicida, mas ao contrário, alivia a angústia e a tensão sobre o assunto (ABP, 2014).

Nas autopsias psicossociais realizadas com sobreviventes de suicídio de idosos, os pesquisadores observaram um ganho emocional imediato para os familiares, pois tiveram a possibilidade de expressar sentimentos até então represados e elaborar seu próprio entendimento do vivido, descrito nas seguintes falas:

“Isso aqui está melhor que uma terapia em grupo. Lembrei coisa que não lembrava, falei coisa que nunca tinha falado. Nunca falei assim com ninguém sobre o que aconteceu com o meu pai; é sofrido lembrar novamente do que aconteceu, mas estou me sentido bem por ter falado” (CAVALCANTE et al, 2012, p. 2049)

3.4 Técnica de coleta de dados

De acordo com Becker (1993), devido suas características, o estudo de caso exige do pesquisador o uso de várias modalidades de técnicas de procedimento de coleta de dados, entre eles, entrevista e coleta de documentos nas mídias sociais.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturada adaptado da pesquisa “É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de Idosos no Brasil e possibilidades de Atuação do Setor de Saúde”. Neste estudo, foram analisados 51 casos de suicídio de idosos em 10 municípios brasileiros através do uso de entrevistas em profundidade com 84 sobreviventes, utilizando e validando o método das autópsias psicossociais (CAVALCANTE, MINAYO, 2012). Este método, originalmente denominado autópsia psicológica por Edwin Shneidman nos Estados Unidos por volta dos anos 1950, que objetiva colher informações *post mortem* sobre circunstâncias e contexto do óbito de determinada pessoa, a partir de entrevistas com familiares e informantes próximos às vítimas, foi renomeado de autópsia psicossocial por possuir uma visão integrada sobre as dimensões biológicas, psiquiátricas, históricas e sociológicas e é nesse sentido que aqui se utiliza o termo autópsia psicossocial (CAVALCANTE et al. 2012).

O roteiro de entrevista semiestruturada contém 40 perguntas simples e compostas que foram gravadas em equipamento adequado que possibilitou a transcrição das falas. As questões se referem à caracterização social, retrato e modo de vida, descrição do suicídio e da atmosfera que o acompanhou, estado mental do adolescente nos momentos que antecederam evento e imagem da família antes, durante e depois do ato fatal (APÊNDICE C). Este roteiro foi usado pela pesquisadora como um norteador sendo usado, portanto, de forma flexível, aberto a inclusão de outros assuntos necessários ao longo da entrevista.

3.5 Tratamento dos dados

Após a coleta e transcrição dos dados foi realizada a organização do material a ser analisado, a partir da proposta metodológica da análise de temática. Para Minayo (2007), tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura. Análise de temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.

A análise das entrevistas foi realizada com a leitura detalhada do material e o posterior estabelecimento de categorias, baseadas nas percepções dos sobreviventes como: “A adolescente”; “O suicídio” e “O luto dos sobreviventes”.

Para apresentar os dados optou-se pela ferramenta teórico-metodológica denominada narrativa. Nesta perspectiva metodológica, o investigador ouve a história do outro, respeitando o ponto de vista do narrador, independente da veracidade dos fatos, situação que não implica no silêncio do investigador. Isso significa que se dá tempo e espaço aos participantes, para que contem suas histórias e para que essas histórias ganhem a validade dos relatos oficiais (CARVALHO, 2003; CONNELLY; CLADININ, 1995).

Segundo Meneghel (2008), ao contar e recontar histórias, o narrador resgata memórias, remodelando-as segundo a ótica do presente e dando outro significado às experiências.

3.6 Divulgação da pesquisa

Os resultados serão divulgados na apresentação pública da monografia e examinados por uma banca de professores do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISC que, se aprovada, será disponibilizada para acesso público na Biblioteca Central da UNISC.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Na tentativa de entender as possíveis motivações que levaram a adolescente a buscar o suicídio e as repercussões deste ato nos sobreviventes, resolvemos dividir a sua história de vida e de morte em três capítulos: a adolescente, o suicídio e o luto dos sobreviventes. O material que compôs esta análise derivou das memórias de três sobreviventes que são: sua mãe com a qual a adolescente conviveu durante toda a vida, sua melhor amiga desde os 14 anos e seu primeiro e único namorado com o qual conviveu nos últimos nove meses de vida. Com certeza o material analisado nestes capítulos representa somente uma parte do vivido pela adolescente, haja vista, a complexidade de sentimentos, emoções, atitudes, pensamentos e crenças vivenciadas e produzidas ao longo de seus 18 anos.

4.1 A adolescente

[...] “Ela era muito intensa, era muito tudo, ela era muito intensa”. (amiga)

Através da fala dos sobreviventes conseguimos conhecer um pouco da adolescente. Sua história pessoal, personalidade, gostos, enfrentamentos, dificuldades, enfim, sua forma de se relacionar com as pessoas e o mundo a sua volta.

Sua história...

Após quatro anos de sua morte, a mãe, a amiga e o namorado a descreveram da seguinte maneira:

[...] “Era a menina da família, foi à primeira neta. Eu engravidei muito cedo, fui mãe solteira e com 17 anos a assumi e parei de estudar na 8ª série. Eu sempre me dediquei muito a ela [...] Ela sabia quem era o pai biológico, mas não tinha aquele vínculo. Tive o apoio da minha mãe, minha vó e meu pai. Com 18 anos comecei a trabalhar na mesma empresa que trabalho até hoje, daí sempre tivemos uma vida muito boa, muito confortável, sempre tive um bom salário [...] Retornei aos estudos, terminei o ensino médio e a empresa me deu um curso de 10 meses no

Rio de Janeiro. Ela ficou com a minha família. A empresa deu toda a assistência para o que ela precisava aqui. Eu ligava todo o dia, mandava cartas, mandava presentes pelo correio e ela me contava como foi o dia da escola [...] Quando me formei, mudamos da zonal rural para uma pequena cidade e ela foi para outro colégio. Lá ela reprovou e pediu para sair da escola, mesmo tendo um vínculo muito forte de amizades. Ela escolheu um colégio particular de uma cidade maior onde encontrou dificuldades e reprovou novamente. Ela teve padrasto desde os dois anos de idade, entre eles sempre foi àquela vivência muito agradável. Aliás, às vezes o conflito era eu e ela [...] Em uma de nossas brigas ela disse: “eu vou completar meus 18 anos, vou arrumar um emprego e vou sair de casa, porque tu és muito briguenta”. (mãe)

[...] “Era filha de mãe solteira, o pai não assumiu, ele era casado, ela debochava do pai, tinha muita raiva dele, porque pra ela não tinha nada de pai, uma vez ela disse: “Eu tenho dois irmãos. Será que eles sabem? Na verdade, todo mundo sabia, era engraçado, porque eles moravam na mesma quadra. Ela não tinha interesse nenhum pelo pai. Ele não é bem visto. A mãe dela tem um companheiro, só que a relação deles é um pouco mais discreta, não era muito aberta, porque eles eram colegas de trabalho. Na verdade, a família toda conhecia, mas eles não conviviam socialmente juntos. Não sei o motivo. Nunca perguntei. Então assim, era bem estranha à relação, nunca tive abertura pra perguntar e a minha amiga não parecia entender aquilo ali também. Só que a gente sabia que ele, o padrasto, queria manter sigilo da relação, talvez pela parte profissional. Ele era muito querido com a minha amiga, nunca se metia nas brigas entre elas”. (amiga)

[...] “A gente se conheceu na internet, só conversava pela internet por meio ano, até conhecer ela. Depois a gente namorou durante 8 ou 9 meses, né! Até acontecer ou que aconteceu [...] Uma vez, logo no início eu perguntei quem era o pai dela. Daí um dia, a gente estava passeando de carro e ela apontou e disse: “Esse ali é o meu pai biológico”. Ela sempre dizia que pai é quem cria. Não vou dizer que ela considerava o padrasto como pai, não tinha nada contra ele”. (namorado)

A quebra do modelo familiar anterior, com a perda da autoridade paterna e a inclusão da mulher no mercado de trabalho, dentre outros, deixa os jovens numa aparente situação de abandono, sem que surjam os necessários conflitos e embates entre gerações de forma explícita, considerados importantes para o fortalecimento da identidade do indivíduo (PALADINO, 2005).

Seu corpo...

Na adolescência, encontrar um lugar para si mesmo em seu próprio corpo, bem como se situar de outra forma no mundo são grandes desafios para o indivíduo. A sociedade atual tem supervalorizado a estética e o corpo. Para a autora nas mulheres a altura, os peitos e as pernas causam ainda maior estranhamento e ansiedade neste período (PALADINO, 2005).

[...] “Era uma mulata muito bonita. Com 18 anos ela tava com 1,87cm. Era vaidosa, muito vaidosa. Eu não sei de quem ela herdou ser vaidosa, porque eu não sou [...] Ela sempre foi muito alta desde muito nova, por ser alta ela tinha dificuldade em se adaptar com os outros alunos e até com os próprios professores. [...] Com o namorado houve uma altura compatível com a dela, ele não era baixinho. [...] Uma vez me chamaram no colégio. No jogo de vôlei ela foi sacar uma bola e usou muita força atingindo o rosto de outra aluna. Ela chegou em casa e tentou explicar: “mãe que culpa tenho eu da minha altura?”, eu nem sei que força eu usei, aí ela: “quero trocar de colégio, não quero mais...”. No colégio particular, já nos primeiros dias, ela ficou encantada, “bá, tem um monte de aluno alto, eles não ligam pra minha altura”. (mãe)

[...] “Ela era alta, ela era vista onde ela estava, só que isso incomodava ela. Ela era mais gordinha, mas era uma mulata linda. Como era morena sofria bastante preconceito por ser uma cidade alemã. Quando começou a ir em festas, com 15 anos, bateu muito nela a questão do corpo por ela ser mais gordinha”.(amiga)

[...] “Ela dizia que os lugares que ela havia morado, eram muito preconceituosos por causa da cor da pele [...] Ela nunca falou se havia sofrido bullying”. (namorado)

Seu temperamento...

Ser jovem no mundo de hoje com toda certeza não é fácil. A falta de habilidade para lidar com os problemas, as dificuldades de autoafirmação, a impulsividade própria desta fase, a disponibilidade de drogas, entre outras, são algumas das situações estressantes enfrentadas pelos jovens. Além disso, a desesperança e a preocupação quanto a colocar-se no mercado de trabalho, em conseguir um

emprego diante do avanço de novas tecnologias e modelos de negócio, não é tarefa fácil. Também o modelo de família tradicional (pai, mãe e filhos) passa atualmente por diversas mudanças configurando-se em inovadores modelos de convivência familiar (TRIGUEIRO, 2015).

[...] “Ela era bem agitada, no sentido de sair, ela pouco ficava em casa. [...] Sempre estava naquele alto astral. Ela sempre foi muito dada, ela cumprimentava todo mundo. [...] Ela era bem ciumenta referente à mãe, aos tios, namorado sabe?

[...] Ela não tinha paciência, o contrário de mim. Ela era muito assim, ela se jogava. Quando ela queria uma coisa ela... [...] Ela era solidária, gostava de ajudar pessoas carentes, principalmente crianças e idosos”. (mãe)

[...] “Ela era muito alegre, era muito explosiva e muito autêntica, não fingia um sorriso. Ela não tinha meio termo. [...] Ela era muito forte, não importava o que vinha pra machucar ela. Ela tinha tantos motivos pra se sentir pra baixo, mas ela não demonstrava isso”. (amiga)

[...] “Ela era marrenta e a mãe também. Ela cobrava pra guria estudar e ela rebatia. Ela era sempre espontânea”. (namorado)

Seus sonhos...

A liberdade que os adolescentes encontram em suas famílias, as inúmeras opções e estímulos e fontes de informação que a sociedade de hoje tem oferecido além do acesso ao conhecimento especializado parecem não garantir a necessária proteção e acolhimento (PALADINO, 2005). De certa forma, este modelo pode estar relacionado também com as dificuldades dos jovens em sonhar, em projetar o futuro, pensar o amanhã. De acordo com Baumann (2004), em tempos fluidos, de amor e sociedade líquidos tudo é tão imediato e fugaz que o futuro parece muito distante e, portanto, desinteressante.

[...] “O sonho dela era ir pra África, dar assistência para as pessoas pobres. Ela sempre dizia, eu vou estudar, vou fazer medicina, to indo embora. Ela já tinha feito o primeiro cursinho. Ela já estava se preparando, só que ela disse assim, vou parar um ano, não vou fazer. Ela já estava fazendo inglês, pra poder viajar depois”. (mãe)

[...] “Eu nunca ouvi ela falar em faculdade, nunca!. De alguma coisa que ela queria muito... não lembro”. (amiga)

[...] “Ela não era muito de estudar, dizia que queria sair daquela casa, porque não gostava de lá. [...] Ela queria arrumar um emprego e ter a casa dela. Naquela ânsia de sair de casa. Ela queria ser professora, se eu não me engano”. (namorado).

4.2 O suicídio

[...] “Ela me olhou e deu um sorriso. Foi para o quarto da mãe dela e nisso veio uma mensagem no telefone: Se não for pra ficar contigo, não vou ficar com mais ninguém”. (namorado)

O suicídio é uma escolha única e exclusiva da pessoa que se mata, que pode já manifestar estresse e frustrações antes de cometer o suicídio. A maneira como a pessoa lida com conflitos e crises existenciais interfere em sua decisão de viver ou morrer. Para dar conta das adversidades existenciais novas estratégias de tolerância necessitam ser apreendidas (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016).

A forma como cada sobrevivente relata o suicídio da adolescente, assim como, as possíveis motivações e fatores de risco denota a interpretação e o significado do ato que cada um deles é capaz de dar no momento atual.

[...] “A gente não esquece... é uma coisa que marca... na hora estava trabalhando e tive um pressentimento muito forte... quando o namorado me disse desesperado que ela havia se matado eu disse: “Não! Eu conheço minha filha! Não pode!”. Quando eu vi a realidade... eu olhei ela deitada na minha cama... ela deu um tiro na boca. A única coisa que me recordo é do bilhete que estava do lado de onde eu dormia dizendo: “Mãe me perdoa por ter sido tão fraca. Amor maior que três”. Ela sempre deixava um bilhete pra mim em cima da mesa pedindo dinheiro e/ou dizendo mãe eu te amo e sempre terminava com “Amor maior que três” e nesse dia ela não tinha deixado nada na mesa”. [...] “Eu sempre acredito que ela não, que ela quis chamar a atenção dele, pela briga que eles tiveram e ela quis chamar a atenção dele e acabou... [...] Eu acredito por ela ser uma guria que sempre teve bastante liberdade, a primeira briga de namorado mesmo, porque ela gostava muito dele”. (mãe)

[...] “Primeiro a gente não queria acreditar. A gente achava que não. Que aquilo era só brincadeira. Que ela tivesse dado um tiro no pé, na perna. Tipo querendo chamar a atenção, dar um escândalo. Deve ter brigado com a mãe dela ontem”. [...] “Eu acho que de todos os preconceitos que ela pode ter sofrido. [...] Ela só não tinha amadurecido, por isso talvez que pedia muito para ir num psicólogo [...] Ela ficou muito deprimida quando veio estudar na cidade, porque ela não tinha todas as amizades que ela tinha lá no interior. [...] Ela e a mãe brigavam muito e o motivo sempre foi muito trabalho da mãe. Era muito trabalho. Tinha pouca presença da mãe. [...] Ela chegou a dizer isso algumas vezes: “ah, eu vou me matar”, depois de brigar com a mãe”. (amiga)

[...] “Naquela noite não conseguimos dormir. De manhã ela foi para o quarto da mãe dela se arrumar para ao colégio. Demorou. Bati na porta e ela disse: “Não entra, não entra!” Voltou e disse: “Não quero ir para a escola”. Aí ela me deu um beijo e disse: “Me perdoa por tudo”. Voltou ao quarto da mãe dela e ouvi um estouro. Corri para banheiro porque achei que ela tivesse caído”. [...] “Uns dias antes, ela começou a ter crises de choro, dizia que tinha ofendido muito a mãe dela. Nessa briga ela me ligou dizendo que estava com uma faca e que ia se matar, eu disse que aquilo era besteira, que era pra ela parar com isso. [...] A gente tinha discutido no dia anterior (a morte dela), aí ela falou que um tio tinha tentado abusar dela quando ela era pequena, que ela tinha saído correndo e que ninguém tinha ficado do lado dela. [...] Não muito tempo antes dela fazer isso teve um caso de uma guria, que tomou veneno e ela mesmo disse: “pobre do namorado”. Foi uma coisa que me veio à cabeça logo depois que aconteceu”. (namorado)

É preciso ter cuidado sobre a maneira de se oferecer ajuda a uma pessoa que vivenciou o suicídio de uma pessoa amada, principalmente quando viu o corpo, como foi o caso do namorado da adolescente. Segundo Fukumitsu e Kovács (2016), a sobrecarga é maior para o primeiro a encontrar a corpo da pessoa querida. A imagem do corpo morto e da morte impregna na mente e, por mais que o enlutado tente se afastar dessa visão, não consegue.

4.3 O luto dos sobreviventes

[...] “Tu perdes o sentido porque é a única filha, tu começa a pensar se vale a pena... Eu tive um processo de regressão muito grande”. (mãe)

Segundo Melo (2004), o processo de luto é necessário e fundamental para que o vazio deixado pela pessoa com o tempo possa ser preenchido. O luto envolve uma série de tarefas ou fases e tem seu valor, pois oferece ao sobrevivente a oportunidade de se desprender dos laços do vínculo permanente, sem no entanto, negligenciar a dor e o aspecto desagradável que o caracteriza.

Para os sobreviventes esse processo foi vivido de forma lenta e dolorosa conforme as narrativas abaixo:

[...] “Nos primeiros 15 dias, tu não sentes nada. Nem fome, nem sede. Tu ficas numa cama. [...] Minha mãe ficou comigo, na casa dela. Não consegui mais ir lá na casa, tentei chegar e retornei. Fui morar em outra casa, emprestada, junto com a minha mãe. Eu fiz tratamento, tomei um monte de medicação para depressão e pra dormir. O pessoal do posto se colocou à disposição da família. Fiz tratamento com a psicóloga do posto”. (mãe)

[...] “Primeiro foi assim, eu fiquei com raiva de pensar, de entender, de me culpar, de não cair à ficha. Não aceitar. De perguntar o porquê das coisas”. (amiga)

[...] “A gente nunca mais é o mesmo. A gente muda... parece que retrocedeu tudo. Não tinha mais nada, não tinha mais aquela vontade de querer as coisas”. (namorado)

Apesar do processo de luto ser aparentemente um mecanismo universal, cada indivíduo possui sua forma de realizar o processo e não só varia de pessoa para pessoa como também existem em relação à faixa etária em que o indivíduo se encontra (MELO, 2004).

É possível perceber nos sobreviventes jovens (namorado e amiga) a vivência do luto expressada através dos canais de comunicação mais utilizados por eles, como nas falas abaixo:

[...] “A saudade é bem complicada, é bem engraçado, tipo, o número de telefone dela demorou muito tempo para eu excluir da agenda. Várias vezes eu tentei, mas eu excluí porque talvez fosse o melhor pra mim. [...] Agora eu consigo escrever com paz, não escrevo mais com raiva, quando escrevo no facebook alguma coisa”. (amiga)

[...] “Tu chegar em casa e não ter mais mensagens daquela pessoa, ter aquela imagem na tua cabeça”. (namorado)

Para Melo (2004) não existe uma data precisa para definir a duração adequada do processo de luto. É muito improvável levar menos de um ano e para muitos casos dois anos ou até mais não é muito tempo. A cada nova estação, feriado ou férias e aniversário lembram a perda. Assim, o luto não é um processo que progride de forma linear. O sinal de sofrimento finalizado é quando a pessoa consegue pensar na pessoa falecida sem dor e quando consegue que suas emoções sejam investidas em quem está vivo e na vida.

Os sobreviventes relatam que após ter passado quatro anos, a saudade ainda é imensa, exacerbada em datas específicas como descrito nas narrativas a seguir:

[...] “O mês que aconteceu, é um mês muito difícil, porque é o aniversário e a perda. O dia da morte pra mim não existiu, simplesmente ela viajou, eu sei que a gente vai se encontrar em algum momento, então o aniversário tem que comemorar”. (mãe)

[...] “Quando chegam datas especiais, tipo meu aniversário, dia do amigo, o aniversário dela, eu sabia que a meia noite a gente ia se ligar. Então, são dias que mexem muito comigo. Então, é muita saudade, eu às vezes paro e penso, pra não esquecer a voz, não esquecer o cheiro e eu não quero isso”. (amiga)

No suicídio a pessoa que morre não tem assegurada a privacidade, pois a morte acaba pertencendo também aos espectadores. Os sobreviventes podem sentir vergonha, remorso, serem julgados além de enfrentar o preconceito da sociedade. São constantemente questionados e também se questionam sobre as possíveis causas. Experimentam mágoa por não terem sido poupados, por ter de se refazer do caos instalado durante e depois do suicídio (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016).

Diversas manifestações deste caos estiveram presentes no relato dos sobreviventes do estudo, como raiva, culpa e vergonha.

[...] “Na verdade naquele momento tu acredita em tudo e não acredita em nada. Tu culpa Deus. Deus naquele momento pra ti não existe. Ele te tira uma parte, né? E tu daqui a pouco tu não tem, tu sabe que tu vai morrer e não vai ter como repor aquilo”. (mãe)

[...] “Por quê? Eu me senti muito culpada, porque eu ia a casa dela aquela noite e não fui por preguiça e fico pensando: poxa, será que ela teria feito isso? Talvez ela quisesse conversar comigo. Eu poderia ter dado mais um conselho, ter puxado mais a orelha: tem que ser mais centrada, mais calma, sabe? Mas não deu tempo”. (amiga)

[...] “Eu não conseguia aceitar essa coisa, eu não conseguia ver, eu não conseguia achar que ela fez aquilo pra ela, porque eu sabia, eu achava que a mãe tinha culpa disso, sabe? E aí eu comecei a entender que as coisas não são bem assim, né? [...] Na hora a gente sente raiva, demora pra gente parar, raciocinar, respirar e aceitar a escolha dela”. (amiga)

[...] “A gente carrega tipo uma culpa e sei lá, a gente não sabe como as pessoas julgam a gente”. (namorado)

As manifestações no corpo físico também foram relatadas pela mãe, talvez como forma de expressar sua dor, como no relato abaixo:

[...] “Eu não tinha problemas de saúde, depois disso, eu tive problema de hemorragia e nas pernas. Eu fiquei paralisada, não conseguia caminhar. Foi o momento mais difícil, eu entrei em desespero, principalmente quando fui tocar no quarto dela. [...] Fiz vários exames e não tinha literalmente nada”. (mãe)

Além do luto vivido pelos sobreviventes entrevistados, outras pessoas e inclusive seu animal de estimação demonstraram o sofrimento com a perda da adolescente, como é possível verificar nos relatos abaixo:

[...] “No dia do ocorrido, quando voltamos para casa, o cachorrinho dela estava quieto... depois de um tempo ele morreu”. (mãe)

[...] “Eu tava vindo pra casa, me deu negócio e tive que ir no cemitério, isso agora a pouco tempo. Alguma coisa me dizia, parece que eu ouvia a voz da minha filha dizendo: Tu tem que ir lá mãe! Eu chego lá, encontro um bilhete de uma das amigas dela dizendo assim: aonde você está? Me de forças porque eu estou precisando, pois estou a ponto de desistir, eu te amo para sempre. Aquilo eu entrei em estado de choque, aí liguei pra ela e conversamos”. (mãe)

[...] “Da nossa família muitos adoeceram depois disso. Meu pai, minha mãe, meu irmão mais velho, que era como um pai pra ela, queria desistir de viver...”. (mãe)

Para além do manifestado, os sobreviventes em diferentes momentos e de formas diversas lidaram com o processo de luto, adotando posturas arriscadas diante da vida ou mesmo tentando o suicídio. Segundo Jordan e Msintosh (2011), o suicídio é um fato devastador e pode atingir de forma permanente os sobreviventes, deixando-os mais vulneráveis no que tange aos diversos aspectos da saúde mental, como a depressão e o próprio suicídio. Os relatos dos sobreviventes confirmam isso:

[...] “Uma vez me encontraram... eu tomei uma dose de medicação... muito além”. (mãe)

[...] “Tomei remédio, mas não deu nada, não fui para o hospital. Tomei com álcool ainda pra ver se ajudava, mas não deu nada. No início eu saía bastante dirigia rápido, bebia bastante. [...] Comecei a xingar todo mundo... aí eu puxei a faca... estava procurando alguma coisa... se dava alguma briga, eu me enfiava junto”. (namorado)

A pessoa enlutada muda, pois o suicídio causa tanto impacto que não fica claro o que de fato se perde. A vida não volta a ser como antes, tudo se torna desconhecido, o que leva a pessoa a não saber mais como viver, ou melhor, sobreviver. O luto após o suicídio oscila entre dois estressores: a “orientação para a perda” e a “orientação para a restauração” (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016).

As razões que cada sobrevivente encontrou para lidar com o luto se diferenciaram, mas de certa forma, representam os fatores de proteção contra a depressão e o suicídio. Sempre há um motivo pelo qual viver, representado nas falas a seguir:

[...] “Uma nova história agora. Uma professora dela, espírita, me deu muita força. Teve sempre do meu lado, me apoiou, começou a me dizer que eu poderia ajudar outras crianças, ver a minha filha em outras crianças. Comecei a participar de almoços fraternos e de organizações para doações. Então nós vamos continuar a história dela”. (mãe)

[...] “Eu conversei bastante com a minha mãe, comecei a orar, frequentei o centro espírita. Fui tentando fazer a minha parte e hoje consigo lidar bem com tudo isso”. (amiga)

[...] “A psicóloga chamou meu pai e disse: o que tu acha do teu filho querer desistir da vida? Meu pai começou a chorar e disse: Eu não criei meu filho até essa idade, pra ele desistir da vida agora por causa disso”. (namorado)

O esperado é que a pessoa enlutado encontre significados para a perda por suicídio e por meio do diálogo possa viver seu processo de luto. O enlutado deve aprender a lidar com a ausência, além de ter que lidar com a morte e suas repercussões (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016).

*[...] “Eu queria recomeçar, daí vim pra cá, ainda tô me organizando, porque realmente eu sou muito mais lenta agora”.
[...] A minha família sempre dizia, a gente tem que se unir, porque sofrer por ela é muito e ainda sofrer por te ver sofrendo... se nós te perdermos a gente não tem...”. (mãe)*

[...] “Fez-me repensar o que eu achava importante na minha vida, nos relacionamentos e na família. A gente deve dar menos importância pra algumas coisas, não se apegar tanto, a gente deve ser mais tolerante e mais transparente com a gente e com os outros”. (amiga)

*[...] “Agora eu estou mais na minha, né. Tô mais pensativo. Hoje eu tô calmo, mais tranquilo. Comecei a dançar no CTG”.
(namorado)*

É necessário o acolhimento do enlutado por suicídio, respeitando as limitações e a individualidade de cada um. O suicídio é um evento que demanda a busca e necessidade angustiante de reconstruir novos sentidos para que a pessoa continue vivendo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar e pesquisar sobre o suicídio é sempre um desafio. Este tema em geral traz consigo muito estigma, tabus e medos. Está no rol dos assuntos que as pessoas preferem não falar, como se isso, as protegesse de alguma forma. Ao contrário, os pesquisadores da área têm apontado que devemos conversar e que todos os assuntos proibidos tendem a se tornar mais graves quando silenciados.

Na vida da adolescente deste estudo parece que muitas coisas, na tentativa de protegê-la, foram silenciadas. Silêncios sobre a sua origem paterna e seus irmãos consanguíneos, sobre a relação conjugal da mãe e do padrasto, sobre todos os preconceitos vividos e a violência sofrida na infância e sobre as expectativas maternas relacionadas a seu futuro pessoal e profissional. Muitos interditos, que talvez fossem disfarçados através de sua maneira autêntica e despachada de ser, mas que nos últimos dias de sua vida, ao completar os tão esperados 18 anos, como num rito de passagem para a idade adulta, tenham vindo à tona de forma perturbadora e aterrorizante a ponto de fazê-la tirar a própria vida. Conjecturas é o máximo que conseguimos elaborar, pois, jamais saberemos a resposta, se é que algum dia ela existiu, até mesmo na mente de uma adolescente em sofrimento.

Numa primeira análise pareceu-nos que a adolescente não deu nenhum sinal prévio de que poderia suicidar-se, que teria sido um ato impulsivo, decidido num momento de extrema emoção, como é próprio nesta faixa etária. No entanto, se analisarmos mais detalhadamente conseguimos perceber algumas ameaças prévias, principalmente após as brigas com a mãe, mas que não foram levadas muito a sério pelo namorado e pela amiga devido a sua já típica personalidade explosiva.

Teria sido possível prevenir este suicídio? Dificilmente, pois a adolescente não apresentava, pelo menos de forma explícita, alguns dos fatores de risco considerados importantes na determinação destas mortes, como: tentativas de suicídio prévias e doença psiquiátrica diagnosticada.

Apesar desta pesquisa, ter se voltado para o estudo de um único caso em sua singularidade e, portanto, não ter a pretensão de generalização, é possível a partir das análises realizadas sugerir que o fenômeno do suicídio na adolescência tem suas particularidades. Entre elas, podemos perceber a importância de relações familiares sólidas permeadas pelo amor, respeito, diálogo e imposição de limites

claros e justos como forma de construção de indivíduos preparados para enfrentar as adversidades próprias da vida. A escola também aparece como um local importante na construção ou não de indivíduos mais solidários, tolerantes e humanos.

Outros importantes questionamentos trazidos por este estudo são: Será que este suicídio é reflexo das mudanças ocorridas no mundo pós-moderno? Será que na era da comunicação, os adolescentes estão em sofrimento por não estarem conseguindo se comunicar de forma efetiva com as pessoas que mais amam? Será que a corrida desenfreada pelo sucesso material e financeiro das famílias está afastando as pessoas e aumentando a solidão e a vulnerabilidade dos adolescentes à depressão e ao suicídio? Muitas perguntas e poucas respostas, mas a certeza de que é necessário maior cuidado na quantidade e na qualidade das relações interpessoais e nos aspectos da saúde mental de crianças e adolescentes se quisermos começar a mudar esta realidade.

Aos que ficam, os sobreviventes, muitos sem apoio profissional adequado, cabe a dura missão de continuar e lidar repetidamente com os sentimentos que emergem como a raiva, a culpa, a vergonha, o desânimo, a falta de sentido e a vontade de desistir. Resta juntar os cacos e tentar recomeçar.

Cabe aos serviços de saúde e seus profissionais apropriarem-se deste novo contexto, muitas vezes negligenciado na formação profissional. Para dar conta de ações de valorização da vida e prevenção do suicídio na infância e na adolescência é importante que as diferentes profissões envolvidas com esta fase da vida do ser humano repensem suas práticas e suas estratégias de cuidado, buscando ações que fortaleçam em cada indivíduo sua autoestima e sua capacidade de lidar com o estresse e a frustração.

Os profissionais e serviços de saúde também devem se empenhar em acolher e dar suporte profissional aos sobreviventes. O sofrimento causado pelo luto pode se transformar nos mais diversos desequilíbrios orgânicos e em desordens emocionais de variadas ordens e gravidades. O compartilhamento de experiências entre sobreviventes através de grupos de convivência parece apresentar bons resultados, onde foram relatados. Esta é uma estratégia necessária de ser implantada, especialmente em municípios como o do estudo, com alta frequência de suicídios e, portanto, elevado número de sobreviventes.

Ao entrar em contato com esta história e todos os seus desdobramentos através de três diferentes olhares e formas de sentir a vida e a morte aprendemos um pouco mais sobre o valor da vida, da nossa vida, da vida dos outros, enfim de todas as vidas. A coragem com que cada sobrevivente encarou seus medos, suas culpas e suas reflexões mais íntimas expondo-se diante de pessoas desconhecidas, querendo contribuir com a ciência, só nos deixa ainda mais lisonjeadas e responsabilizadas na divulgação de ensinamentos que possam contribuir com a prevenção de outras mortes prematuras e com a diminuição do sofrimento dos sobreviventes.

REFERÊNCIAS

ABP (Associação Brasileira de psiquiatria). **Suicídio**: Informando para prevenir. Conselho Federal de Medicina (CFM). Brasília, 2014.

ABREU, Kelly Piacheski; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; KOHLRAUSCH, Eglê; SOARES, Joannie Fachinelli. **Comportamento Suicida**: Fatores de risco e Intervenções Preventivas. Ver. Eletr. Enf. 2010; 12 (1): 195-200. Disponível em: <[HTTP://www.fwn.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm](http://www.fwn.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm)> Acesso em: 22 de maio de 2017.

BAUMAN, Zygmunt. **Amor líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004, p.96.

BEAUTRAIS, A. L. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. **Aust NZ J Psychiatry**. v. 37, no. 5, p.595-99, 2003.

BECKER, H. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1993.

BOTEGA, N. J. et al. **Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio**: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n.12, p. 2632-38, 2009.

BOTEGA, N. J., Cais, C. F. S., & Rapeli, C. B. (2012). **Comportamento suicida**. In N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. 335-355). Porto Alegre, RS: Artmed.

BOTEGA, n. J. **Crise suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D.D.; **Suicídio na adolescência**: fatores de risco, depressão e gênero, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100002> Acesso em: 24 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: redes de produção de saúde. Brasília, 2009.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da justiça, 1990.

Brasil/MS. Cartão do Adolescente (documento preliminar), **Área Técnica de Saúde do Adolescente e do jovem**. ASAJ/MS, Brasília: MS, 2004.

CARVALHO, I. C. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. **Horizontes antropológicos**, v. 9, n.19, p.283-302, 2003.

CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Et al. **Autópsia psicológica e psicossocial sobre o suicídio de idosos**: abordagem metodológica. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (8): 2039-2052, 2012.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Autopsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil**. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (8): 1943-1954, 2012.

CONNELLY, F. M.; CLANDININ, D. J. Relatos de experiencia e investigación narrativa. In: LARROSA, J. et al. **Déjame que te conte**: ensayos sobre narrativa y educación. Barcelona: Alertes, p. 11-59, 1995.

DIAS, Maria Luiza. **Suicídio**: testemunhos de adeus. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991. 275 p. ISBN 85-11-15050-1.

EISENSTEIN, Evelyn. **Adolescência**: definições, conceitos e critérios. Rio de Janeiro, v. 2, n 2, junho 2005.

FUKUMITSU, Karina Okajima. **Suicídio e luto**: histórias de filhos sobreviventes. 1. ed. São Paulo: Digital Publish & Print, 2013. 314 p. ISBN 978-85-65294-17-1.

FUKUMITSU, Karina Okajima; KOVÁCS, Maria Julia. **Especialidades sobre processo de luto frente ao suicídio**. Porto Alegre, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.1.19651>> Acesso em: 21 de novembro de 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GOETHE, J. W. **Fausto**. São Paulo: Martin Claret; 2002.

GOETHE, J. W. **Os sofrimentos do jovem Werther**. São Paulo: Martin Claret; 2009.

JACK, B. Goethe's Werther and its effects. **Lancet Psychiatry**, v.1, no.1, p. 18-9, 2014.

JORDAN, J. R.; MSINTOSH, J. L. (editors). **Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors** (Series in Death, Dying, and Bereavement). New York (NY): Routledge, 2011.

KALINA, Eduardo.; KOVADLOFF, Santiago. **As cerimônias da destruição**. Tradução de Sonia Alberti. Rio de Janeiro, RJ: Livraria Alves S/A, 1983. 172p.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A.. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7. Ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 1997.

KOHLRAUSCH, Eglê; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ABREU, Kelly Piacheski; SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli soares. **Atendimento ao Comportamento Suicida: Concepções de Enfermeiras de Unidades de saúde**. *Cienc. Cuid. Saude Out/Dez*, 2008; 7(4): 468 - 475. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6628/0>> Acesso em: 22 de maio de 2017.

LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (Org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed., 2016. 511 p.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4º Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MELO, Rita. **Processo de luto. 2004**. Disponível em: <https://issuu.com/zge.../processo_de_luto_rita_de_melo_2004> Acesso em: 21 de novembro de 2017.

MENEGHEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev. de Saúde Públ.** São Paulo, v.38, n. 6, p. 804-10, 2004.

MENEGHEL, S. N. et al. Histórias de dor, de morte e de vida. **Saúde e Sociedade**, 17(2), 220-228, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p. (Saúde em debate ; 46).

MOURA, Rosylaine. **Narrativas sobre suicídio, cultura e trabalho em um município colonizado por alemães**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de pós-graduação em enfermagem. Porto Alegre/RS, 2016.

NOGUEIRA, R. C. **Repercussões de projeto de implantação de rede intersetorial de prevenção do suicídio em municípios do Rio Grande do Sul**. 2013. 106 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estácio de Sá, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Rio de Janeiro, 2013.

OMS, **Organização Mundial de Saúde**. Disponível em: <www.oms.gov.br> Acesso em: 18 de março de 2017.

PALADINO, Erane. **O adolescente e o conflito de gerações na sociedade contemporânea**. 1. Ed. São Paulo. 2005. 156 p.

PIRKIS, J. Suicide and the media. **Psychiatry**, no. 8, p. 269-71, 2009.

QUEVEDO, João; CARVALHO, André F. **Emergências Psiquiátricas**. – 3. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2014. 333 p.

SCHMIDTKE, A. et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. **Acta Psychiatr Scand**. 1996; v.93, no.5, p.327-38.

SENA-FERREIRA, N. et al. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. **Cienc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 115-26, 2014.

SILVA, Marcimedes Martins. **Suicídio – Trama da Comunicação**. 1992. 135f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo/SP, 1992. Disponível em: <http://entline.free.fr/ebooks_br/00825%20-%20Suic%20-%20Trama%20da%20Comunica%E7%3o.pdf> Acesso em: 18 de março de 2017.

TRIGUEIRO, André. **VIVER é a melhor opção**. A prevenção do suicídio no Brasil e no mundo. 1. Ed. São Paulo. 2015. 189 p.

VASCOCELOS, Eymard Mourão. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. Ed Hucitec. São Paulo, 2006. 390 p.

VIANNA, Ilca Oliveira. **Metodologia do trabalho científico**: um enfoque didático da produção científica. São Paulo: EPU, 2001.

VINUTO, Juliana. **Temáticas**. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Campinas, 22, (44): 203-200, ago/dez.2014.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2014**: os jovens do Brasil. Brasília: Secretaria Nacional da Juventude e Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, 2014.

WERLANG, B. S. G., ASNIS, N. Perspectiva histórico-religiosa. In: WERLANG, B. S. G.; BOTEGA, N.J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WERLANG, Blanca Susana Guevara; BORGES, Vivian Roxo; FENSTERSEIFER, Liza. **Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência**. Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal Of Psychology, Porto Alegre, RS, v. 39, n. 2, p.259-266, 18 nov. 2004. Disponível em: <www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03929.pdf> Acesso em: 20 de março de 2017.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. **Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência**, 2005. Disponível em <<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03929.pdf>> Acesso em: 24 de abril de 2017.

WHO. World Health Organization. **Suicide and Attempted Suicide, in Public Health n°18**. Geneve, 1974.

WHO. World Health Organization. **Figures and facts about suicide**. Geneve, 1999.

WHO. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneve, 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa:

SUICÍDIO DE ADOLESCENTE NA PERCEPÇÃO DOS SOBREVIVENTES: UM ESTUDO DE CASO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é considerado uma tragédia tanto pessoal quanto familiar, causando sofrimento naqueles que fazem parte da vida da vítima, os “sobreviventes”, que são membros da família, amigos e outros. Estima-se que aproximadamente 60 pessoas são afetadas intimamente em cada morte por suicídio (ABP, 2014).

Mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos no mundo, sendo a segunda principal causa de morte entre jovens com idades entre 15 e 29 anos. Ocorre uma morte por suicídio a cada 40 segundos o que torna o suicídio um grave problema de saúde pública mundial (WHO, 2014).

Os sobreviventes poderão a partir da escuta proporcionada pela pesquisadora, falar sobre suas angústias e medos oportunizando desta forma, a expressão de seu sofrimento e o possível alívio do luto. Pesquisas anteriores sobre este tema afirmam que a possibilidade de falar abertamente sobre o suicídio proporciona alívio e diminuição do sofrimento aos sobreviventes (CAVALCANTE et al., 2012; ABP, 2014). Mesmo assim, será garantido que caso ocorra alguma manifestação desconfortável física ou mental, o sobrevivente será devidamente encaminhado e acompanhado a serviço de saúde competente pela pesquisadora.

Desta forma, objetiva-se através desta pesquisa aproximar-se da compreensão das possíveis motivações e circunstâncias do suicídio de um adolescente a partir da percepção dos sobreviventes, assim como, entender como estes, vivenciaram e/ou vivenciam o processo de luto desta morte.

Pretende-se que os achados deste estudo contribuam com o conhecimento científico sobre as diversas circunstâncias que envolvem o suicídio na adolescência e o luto dos sobreviventes para assim, subsidiar ações individuais e coletivas de saúde na busca da prevenção do suicídio nesta faixa etária.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma

clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é a Professora Enfermeira Dra. Rosylaine Moura que poderá ser contatada pelos fones (51) 3717-7469 ou (51) 99956-8187 e/ou a Acadêmica de Enfermagem Fabiani Cristine Konzen pelo fone (51) 98336-7418. O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (51) 3717 7680.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

Data ___ / ___ / _____

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - ENCAMINHAMENTO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE



Solicitação de atendimento

Ao Coordenador (a) do Serviço de Saúde

Na qualidade de pesquisadora da pesquisa intitulada “**Suicídio de adolescente na percepção dos sobreviventes: um estudo de caso**”, ligada ao Curso de Graduação em Enfermagem da instituição de ensino UNISC sob orientação da Professora Dra. Rosylaine Moura, venho fazer um contato com esta unidade/serviço/centro de atenção, visando buscar apoio assistencial as pessoas entrevistadas (sobreviventes), por nossa pesquisa, que por ventura venham a necessitar de apoio clínico especializado.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que envolverá a retomada de tema traumático e que poderá encontrar diferentes reações das pessoas ao sofrimento psíquico envolvido. Isso poderá demandar encaminhamento de pessoas em intenso sofrimento, risco de suicídio, ou com sintomas que necessitam cuidados em um serviço especializado.

Caso seja necessário, estaremos encaminhando pessoas entrevistadas em sofrimento psíquico e com necessidade de um atendimento.

Desde já agradecemos o apoio e atenção,

Rosylaine Moura – (99956-8187) e/ou Fabiani Cristine Konzen - 98336-7418

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - AUTÓPSIA PSICOSSOCIAL COM OS SOBREVIVENTES

Dados de Identificação do Adolescente e do Sobrevivente:

ADOLESCENTE: (Idade, Sexo, método utilizado, local onde ocorreu o suicídio, tempo decorrido do suicídio)

SOBREVIVENTE: (Idade, Sexo, grau de ligação ou parentesco com o adolescente, envolvimento com o adolescente no período que antecedeu o suicídio e envolvimento no momento do suicídio, momento do luto vivenciado no momento)

Caracterização Social

1. Qual a profissão e grau de instrução da pessoa que morreu por suicídio?
2. Tinha companheiro (a) e filho(s)? Se sim, qual a profissão e grau de instrução do cônjuge e dos filhos?
3. O que era relevante no trabalho/emprego? (dificuldades, limites e possibilidades)
5. Qual era a sua renda e as fontes de rendimento familiar? (ordenado fixo e outros). Contribuía para a renda familiar? Quem mais contribuía?
6. Como era a casa onde ele(a) morava? (própria, alugada, outros; número de cômodos; rede de esgotos, água encanada, luz elétrica, coleta de lixo; número de residentes)
7. Poderias descrever o bairro e local de moradia?

Retrato e modo de vida

1. Como você descreve o(a) pessoa aqui estudada? (caraterísticas marcantes)
2. Qual é a sua origem? Qual a origem de seu pai e de sua mãe? (especifique fluxo migratório e descendência)
3. Com quem ele (ela) se parecia mais? Fisicamente? Modo de ser?
4. Ele (ela) se aborrecia com frequência? Em que tipo de situação?
5. Como ele (ela) reagia diante de situações difíceis? Havia algo que o (a) chateava mais?
6. Como foi sua história escolar? Houve abandono, repetências, bullying?
7. Houve história de perdas (filhos, esposa (o), irmãos, amigos, emprego, patrimônio)?
8. Como essa pessoa lidava com as situações de perda?

9. Existiam problemas de relacionamento com familiares (cônjuges, filhos, irmãos, pais)? E com os amigos?
10. Que mudanças viveu? Rupturas de relacionamento? Reconstrução de vínculos?
11. Sofreu situações de violência durante a vida? (verbal, psicológica, física, no trabalho, sexual, patrimonial)?
12. Onde e com quem encontrava apoio?
13. Ele (ela) teve apoio de parentes, vizinhos, colegas, ou ex-colegas de escola e/ou trabalho ou de outras pessoas? Como foi esse apoio? (havia uma rede de apoio ou proteção?)
14. Ele (ela) teve apoio de grupos religiosos? Como foi esse apoio?
15. Participava de Clubes e associações voluntárias e ou comunitárias, partido político, Sindicato ou Organização Profissional?
16. Que investimentos na vida foram importantes? Família? Estudo? Emprego? Outros?
17. Há história anterior de doença grave? Qual? Dos nervos? Usava álcool e drogas? Desde quando e por quanto tempo? Fez tratamentos? Como foi o acompanhamento nos serviços de saúde? Teve acesso a atendimento de enfermagem? Como foi o atendimento?
18. Há algo que ele teria gostado de mudar em sua vida, se tivesse tido essa chance?

Segunda parte - atmosfera e imagem do suicídio

Avaliação da atmosfera do ato de suicídio

1. Como ocorreu o ato suicida? (Qual o método escolhido? ele foi planejado? Houve algum aviso prévio? Foi deixada alguma mensagem?)
2. Onde ocorreu o suicídio? Em que data, dia da semana e hora?
3. Como foram as circunstâncias do suicídio? (Qual o tempo decorrido entre o suicídio e o auxílio? Quem o encontrou e em que circunstâncias? O que foi feito?)
4. Como a família vivenciou o momento da notícia? E o sepultamento?
5. Anteriormente, a pessoa demonstrou pensamentos ou sentimentos suicidas? Com que frequência, duração e intensidade?
6. Como a família viu esse gesto? (sobre o suicídio). Na visão da família, por que ele (ela) agiu assim? (causas e fatores associados)

7. Houve tentativas anteriores? Quantas? Quanto tempo antes do suicídio? Como? Como a pessoa foi atendida nos serviços de saúde nestas circunstâncias? Foi encaminhada para o CAPS? Como foi o acompanhamento neste serviço especializado?

8. Já houve suicídios ou tentativas de suicídio na família ou no círculo de amigos? Quais e há quanto tempo?

Estado mental que antecedeu o suicídio

1. A pessoa estava confusa ou parecia ter alguma alteração no fluxo dos pensamentos?

2. A pessoa falava de pensamentos, sentimentos, ou ideias que pareciam "irreais"?

3. A pessoa parecia ter alteração nas percepções, ouvindo vozes ou tendo visões?

4. A pessoa estava deprimida, ou muito agitada, ou oscilava entre essas fases?

5. A pessoa costumava falar de sentimentos de culpa, tristeza ou desespero?

6. A pessoa foi avaliada ou acompanhada por psiquiatra ou psicólogo? E por equipe de enfermagem? Que diagnóstico, tratamento, orientações ou recomendações foram feitas? Fazia uso de medicamentos? Quais?

7. A pessoa tinha plano de saúde?

8. Se era atendida pelo SUS, como avalia esse atendimento?

Imagem da Família

1. Como está sendo a reação da família (de seus integrantes) frente ao suicídio e suas circunstâncias? Qual foi a reação da família com o cuidador imediato?

2. Esse acontecimento trouxe conflitos à família? Quais? Como a família lida com isso?

3. A família recebeu algum tipo de apoio dos serviços de saúde? Quais serviços? Como? A família recorreu a algum tipo de apoio? Qual? A família tem encontrado dificuldade na busca desse apoio? Quais as dificuldades?

4. Como a família está buscando prosseguir e confortar-se?