



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Educação em Saúde

Mary Landy Vasconcelos Freitas

Razões para Tentativas Suicidas em Adolescentes: desafio
para a educação em saúde

FORTALEZA - CE

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Mary Landy Vasconcelos Freitas

Razões para Tentativas Suicidas em Adolescentes: desafio
para a educação em saúde

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza, UNIFOR, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Grupo de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas e Práticas na Atenção à Saúde

Fortaleza – Ceará

2005

Esta dissertação integra a produção de conhecimentos do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência - **NEPAV**.

O trabalho contou com auxílio material e financeiro do **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq**, entidade governamental brasileira promotora do desenvolvimento científico e tecnológico.

Mary Landy Vasconcelos Freitas

Razões para Tentativas Suicidas em Adolescentes: desafio para a
educação em saúde

Banca Examinadora

Profª Drª Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - UNIFOR
Orientadora

Profª Drª. Maria Grasiela Teixeira Barroso – UFC
Examinadora

Profª Drª Maria Augediva Jucá Pordeus - UNIFOR
Examinadora

Profª Drª Mirian Calíope Dantas Pinheiro – UNIFOR
Suplente

DEDICATÓRIA

A Deus, pela sabedoria na escolha deste tema que contribuiu para a minha qualificação pessoal, profissional e para a percepção do relacionamento homem-mundo.

Aos meus pais, pessoas simples, que trabalharam arduamente para que eu pudesse ter o privilégio de estar aqui, vivenciando esta alegria de pertencer a um grupo tão seleta da comunidade científica.

As minhas filhas, Ana Carla, Amanda, e ao meu marido, Carlos, que entenderam a minha ausência e contribuíram de todas as maneiras para a realização deste sonho.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Profª Drª Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, minha orientadora, pela dedicação e humildade. Pessoa que vai morar para sempre nas minhas lembranças. Obrigada por ter me ensinado a ter disciplina e pelo seu compromisso e profissionalismo. Você realmente fez a diferença, foi um dos pilares na construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A todos os adolescentes e suas famílias que confiaram seus segredos, compartilharam razões, angústias, inquietações, desesperanças e esperanças de sobreviver e viver em um mundo melhor; muito obrigada, pois aprendi muito com vocês.

Aos profissionais do CEATOX e Emergência, do Instituto Dr. José Frota, aos estagiários do curso de Farmácia, aos auxiliares de enfermagem, aos enfermeiros, aos médicos, aos farmacêuticos, externo meu reconhecimento.

Às minhas colegas do mestrado que me enviaram artigos e me incentivaram, Lélia e Sandra, sou grata por essa demonstração de carinho.

A todos os professores e funcionários do Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza, que se dedicam e contribuem com a formação de um profissional que priorize a saúde, a vida, a solidariedade e o bem-viver humano, meu muito obrigada, pois com certeza, já não sou a mesma pessoa. Ampliei conceitos, reformulei visão de mundo.

“Deus é nosso refúgio e fortaleza, socorro bem presente nas atribuições”.

Salmo 46:1

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde confirma o suicídio como um problema de saúde pública. Estima-se que, para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias a ponto de exigir atenção dos profissionais. Objetivos: descrever as tentativas de suicídio em adolescentes, analisando a repercussão desses casos no contexto familiar e prática profissional; identificar os fatores sociais, culturais e familiares que agem como facilitadores para as tentativas suicidas; e propor abordagem de educação em saúde para o enfrentamento do problema. Os participantes do estudo foram 12 adolescentes, admitidos em um Hospital de emergência, em Fortaleza, Ceará, Brasil, tendo como causa a tentativa de suicídio, por qualquer mecanismo. Trilhou na abordagem qualitativa e na etnografia, como método. Resultados: descortinou-se, como razão primaz, o amor não correspondido, tendo esse amor a conotação do afetivo, do namoro, do caso, da primeira entrega; contudo, não foi só nesse sentido que o “amor não correspondido” foi mencionado. Este também foi aludido quanto ao relacionamento familiar, ao carinho, ao respeito da família, à valorização da pessoa do adolescente, do seu físico e da sua estética. Concluiu-se que o suicídio está presente na fase da adolescência, que é preciso consolidar os princípios filosóficos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e que a sociedade “abraçe” as políticas que valorizam a vida.

Palavras-Chave: Adolescentes. Etnografia. Educação em Saúde. Tentativas de Suicídio.

ABSTRACT

The World Health Organization confirms suicide as a problem of public health. It is estimated that for each suicide there are at least ten attempts enough to demand the professionals' attention. Purpose: describe the attempted suicides in adolescents in order to analyze those cases repercussion in both family context and professional practical; identify the social, cultural and family aspects that act as facilitators for the suicides attempts and also to suggest an education approach in health in order to fight the problem. The recipients of this study were 12 adolescents admitted at an emergency Hospital, in Fortaleza, Ceará, Brazil, which had as cause the attempted suicide for any mechanism. It was conducted in the qualitative approach and the ethnography, as method. Results: it was found, as main reason, the love no corresponded (the one with affectionate connotation, friendship and the first relationship). However, it was not the only way that the "love no corresponded" was mentioned. It was also mentioned the family relationship, the affection, the respect in the family and the adolescent's valorization (their beauty aspects). It was ended that the suicide appear when we are teenager. It is necessary to consolidate the philosophical and operational beginnings of SUS (Brazilian Health System) and also that involvement of society in order to find ways to better off the life aspects.

Key words: Adolescents, Ethnography, Health education, Suicides Attempts.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO12

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 25

2.1 Ética, suicídio e adolescência.....25

2.2 Educação em saúde para a promoção da saúde ao adolescente suicida 28

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO..... 34

3.1 Teórico 34

3.2 Metodológico 39

3.2.1 Abordagem e tipo de
estudo..... 39

3.2.2 Local de Estudo..... 40

3.2.3 Participante..... 41

3.2.4 Coleta dos dados..... 42

3.2.5 Análise dos dados 44

3.2.6 Princípios éticos do estudo..... 45

4 RAZÕES DAS TENTATIVAS SUICIDAS PARA OS ADOLESCENTES

DO ESTUDO..... 47

4.1 Cenário cultural47

4.2 Adolescentes que tentaram suicídio52

5 DISCURSO DE ADOLESCENTES QUE TENTARAM SUICÍDIO66

5.1 Frágeis relacionamentos, arrependimento e reações ambíguas 66

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 85

REFERÊNCIAS 90

APÊNDICES

ANEXO

INTRODUÇÃO

No seu clássico estudo sobre o tema, Durkheim define o suicídio como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado” (1977, p.16) e acrescenta, delimitando claramente seu objeto de análise: o ato assim definido, mas interrompido antes de resultar em morte não deve ser considerado” (1977, p.18).

Minayo (1998), ao se reportar à hipótese de Durkheim, pontua que, se em vez de olharmos para o suicídio como algo isolado, o víssemos como um fato social, nele teríamos inúmeras informações sociais e culturais, devendo, portanto, ser tratado de forma coletiva, partindo do todo às partes .

Segundo Teixeira (2000), a maioria das pessoas já teve o pensamento de suicidar-se, porém a diferença está entre o pensamento e a concretização. Visando à compreensão de um ato paradoxal – comove e origina discussões polêmicas. Ballone (2003) esclarece que um grande percentual dos suicidas tem uma percepção patologicamente falsa do mundo e dos valores e uma visão desfocada da realidade. Acrescenta que existem inúmeros estados emocionais que limitam e distorcem a percepção da realidade necessária para lidar com a vida de forma sensata, subtraindo da pessoa a devida liberdade, que os sadios têm, de considerar as condições de existência com a devida sensatez.

Adentrando na complexidade do suicídio, Sanvito (1997) enfatiza que esse é um fenômeno multideterminado e não pode ficar nas malhas apertadas do conceito médico e, tampouco, jurídico. Existem implicações sociais muito importantes, além de aspectos éticos, culturais, psicológicos, antropológicos e filosóficos, que balizam

esse tipo de comportamento. Pessoas que enfrentam situações de impasse e não vêem uma saída podem apelar para esse tipo de solução.

A morte através de suicídio é um sério problema de saúde pública. Na maioria dos países, o suicídio encontra-se entre as primeiras 10 causas de morte para indivíduos de todas as idades e entre as 3 primeiras para os mais jovens de 15 e 34 anos (DIEKSTRA,1993).

Ante a magnitude desse problema, Mann (1988) o coloca como um fenômeno complexo, provavelmente determinado pela interação de diversos fatores, entre os quais: a constituição biológica do indivíduo, sua história pessoal, eventos circunstanciais e as interações que se processam com o meio ambiente.

O tema está inserido na sociedade, passando a ser veiculado pela mídia, mas especialistas da temática denunciam que há subnotificação nos registros oficiais, pois o tema ainda é tratado como tabu, motivo de vergonha. Portanto, é um problema de saúde pública a ser enfrentado, necessitando ser prevenido e controlado, tendo em vista que, assim como homicídios e acidentes de trânsito, o suicídio atinge homens e mulheres e, a cada dia, tira vidas e deixa seqüelas no corpo e na alma (O POVO, 2004).

A Organização Mundial da Saúde confirma o suicídio como um problema de saúde pública. Estima-se que, para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias a ponto de exigir atenção dos profissionais. Ainda, para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro não conhecidas. As tentativas de suicídio são mais usuais em mulheres com idade entre 18 e 30 anos. Há alguns indicadores de suicídio, embora, novamente, não se obtenha consenso entre os autores. O suicídio estaria estritamente relacionado às pessoas desempregadas, brancas, com patologia psiquiátrica ou usuárias de álcool e drogas.

Entre as pessoas que tentam o suicídio é comum a presença de problemas psicossociais, tais como: separações, perdas de pessoas queridas e perda de emprego (DIEKSTRA, 1993).

Estudiosos do tema consideram que as causas são múltiplas, incluindo, além da depressão, dos surtos psicóticos e do uso abusivo de álcool e outras drogas, os fatores biológicos e, até, sociais. Para Claudemir Rapeli, Psiquiatra da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), o suicídio é um problema de saúde pública tanto em termos estatísticos e em elevado número de óbitos quanto em custos para o sistema de saúde. Nas tentativas, há pessoas que ficam cerca de 40 dias internadas, algumas ocupando leitos de Unidades de Terapia Intensiva. Há uma não aceitação do suicídio do ponto de vista religioso e ético. As próprias famílias encobrem ou os órgãos (oficiais) não têm informações suficientes. Os números deveriam ser duas vezes maiores pelo menos, avaliam pesquisadores do Centro Latino-Americano de Violência e Saúde - CLAVES (O POVO, 2004).

Retomando o aumento da incidência de tentativas suicidas nos adolescentes, essa fase é um estágio de início e duração variáveis. Cada cultura possui um conceito de adolescência baseado nas diferentes idades para definir esse período. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1998), Lei Nº8069/1990, art. 2º, define essa fase como característica dos 12 aos 18 anos de idade.

Em nossa cultura, a tendência é ampliá-la cada vez mais à medida que o tempo de estudo aumenta, adiando a entrada do indivíduo no mercado de trabalho. Caracteriza-se por profundas alterações no desenvolvimento biológico, psicológico e social. O rápido crescimento e o desenvolvimento sexual, nos quais o adolescente precisa assimilar a perda do corpo infantil, marcam a fase biológica do início da

adolescência; a psicológica caracteriza-se por uma aceleração do desenvolvimento cognitivo e pela consolidação do desenvolvimento da personalidade. É quando se questiona a respeito da sua própria identidade; já o preparo para o início da idade adulta marca a fase social (BALLONE, 2003).

Os conflitos que marcam a adolescência sempre existiram e sempre vão existir. Traços como a impulsividade, a inquietação, o sentimento de que se pode mudar o mundo e, principalmente, as rebeldias são alguns aspectos presentes nessa fase da vida. Na antiga Grécia, onde o tema da educação era estudado pelos filósofos, Sócrates refletiu longamente sobre o desdém que os adolescentes mostravam pela autoridade. Enfim, o sujeito adolescente, hoje, não tem conhecimento claro dessa passagem a ser construída por ele mesmo, na qual vai se deparar com inúmeras dificuldades, que terão de ser enfrentadas para que possam ingressar no mundo dos adultos: trabalhando, constituindo família e respondendo por seus atos como cidadão adulto (MARTHE, 2004).

A puberdade não proporciona apenas mudanças físicas, mas, sobretudo, psicológicas. A sexualidade, que se inicia nessa fase, devido às inúmeras variações hormonais, faz com que muitos adolescentes tenham a primeira relação sexual durante esse período. Podem surgir estados de depressão característicos da adolescência, períodos de intensa energia física, entusiasmo e inquietação sem limites. Pode haver ainda estado de rebeldia, de oposição e irritabilidade. Eles buscam sensações novas, por exemplo: fumar, ingerir bebidas alcoólicas ou usar drogas, almejando, dessa maneira, auto-afirmação e expressão da sua própria personalidade (MARTHE, 2004).

A adolescência caracteriza-se pelo afastamento do universo da família e, conseqüentemente, pela entrada para o mundo. É, portanto, um despertar para a

vida fora de casa. Surgem novos interesses, exige-se privacidade e aparecem novas tentações. Segundo Ballone (2003), nessa fase a pessoa se deixa influenciar pelo ambiente de maneira muito mais abrangente que antes, onde seu universo era a própria família.

À medida que o adolescente vai se firmando dentro da sociedade, um conjunto de características fundamentais para o seu desempenho social se desenvolve, formando o que chamamos de persona, que significa máscara, isto é, representa aquilo que a pessoa será para o outro, assim como a auto-estima representa aquilo que a pessoa é para si mesma (MARTHE, 2004).

Para contestar o mundo dos adultos, indo de encontro às normas e valores destes, transgredir é uma questão de ordem para os adolescentes. Alguns transgridem com intuito de chamar a atenção dos adultos, formando grupos, para com estes fazer “besteiras”. Nesses casos, eles buscam um referencial que facilite a sua entrada na sociedade dos adultos, passagem essa que, às vezes, é sentida com profunda impotência.

Para Chagas (2004), as sociedades modernas ou pós-modernas tornaram-se complexas e, assim, os jovens precisam, cada vez mais cedo, qualificar-se para o mercado de trabalho, que vem se tornando mais técnico e exigente. Considerando esse cenário, o jovem percebe e sente essa crise, seja ela de valores, educacional, ética, moral, econômica, política, dentre outros fatores que influenciam a visão de mundo e ações. E entre outras facetas, o adolescente percebe e vivencia a violência cotidiana, muitas vezes banalizada, o individualismo e consumismo exacerbado, a problemática das drogas, o stress de cada dia e as diversas privações sociais.

Muito bem nos traduz a essência da vida a citação de Antunes (1998) ao colocar que a (...) infância passa rapidamente, a adolescência dura um instante e a

própria vida escorre como água pelos dedos. Mas, valorizando o defeito, esquecemos de nos abrir para o imenso amor, para as sensações da vida e perceber que o instante passa; é breve demais para não ser devorado com ilimitada paixão.

Entre os fatores ligados ao suicídio na adolescência estão os de origem psiquiátrica, familiar, demográfica e religiosa. Dentre os psiquiátricos o de maior relevância é a depressão, alteração afetiva predominante no ato suicida, que geralmente está associada a fatores que dizem respeito ao severo prejuízo da auto-estima, aos sentimentos de desesperança e à incapacidade de enfrentar e resolver problemas (BALLONE, 2003).

Para estudar e, principalmente, para poder reconhecer os comportamentos auto-destrutivos, precisamos, inicialmente, vencer um grande obstáculo: o desejo de manter a idéia da adolescência como um "paraíso perdido", pleno de momentos prazerosos e de gratificações, incompatíveis com fortes sentimentos de desamparo e depressão (BALLONE, 2003).

É primordial o papel da família e da escola como ambientes primários de socialização do homem. Na existência de uma nova realidade espacial (globalização) e temporal (novos ritmos de transformações do mundo sociocultural), os jovens representam um público crítico, torna-se necessário trazer para o palco das interações sociais uma abordagem preventiva ampla, que, segundo Bucher (1996), abrange ações educativas de valorização da vida humana.

Entre adolescentes com alto risco de suicídio, muitos tomam a trágica decisão após uma situação de grande tensão, como, por exemplo, o rompimento de um relacionamento, um fracasso escolar ou profissional ou conflitos familiares. A incidência de êxito entre adolescentes que tentam por um fim à própria vida é maior

no sexo masculino, mas um maior número de mulheres tenta o suicídio e um número maior de homens consuma o ato (SOUZA *et al.*, 2003).

Estudo sobre tentativas de suicídio realizado no Rio de Janeiro observou que problemas de relacionamento familiar ou de namoro entre os jovens e problemas de ordem financeira e/ou conjugais entre os adultos levam a tentativas de suicídio. Observam a relação da ocorrência de suicídio com situações de perda, frustração e sofrimento emocional. Além da subnotificação das mortes por suicídio, atribuível ao preconceito da família do falecido, esses autores mencionaram que a procura pela autodestruição pode entrar nas estatísticas de acidentes ou homicídios. Esses autores citam um estudo sociológico do suicídio no século XIX, utilizando as estatísticas de mortalidade. Referido estudo analisou esse fenômeno como um evento coletivo e valorizou as suas causas sociais (MARIN-LEON; BARRROS, 2003).

Diante do exposto, refletimos a importância do tema e que o leitor possa dimensionar o problema da identificação dos transtornos afetivos na adolescência. É interessante também responder a questão: como familiares podem identificar se um parente tem ou não uma doença afetiva?

Sobre suicídio em crianças e adolescentes, sabe-se que é importante buscar o motivo da tentativa para que se possa planejar medidas preventivas, apesar de ser um processo doloroso para familiares, pois, de alguma maneira, o potencial suicida solicitou ajuda que passou despercebida (ROMÃO; VIEIRA, 2004).

Os processos da ciência não são sempre progressivos, mas podem ser também reflexivos. É este progresso reflexivo que é ilustrado pelo desenvolvimento contemporâneo dos epistemólogos. A essência da filosofia é uma auto-reflexão do espírito sobre o seu comportamento de valor teórico e prático e, ao mesmo tempo,

uma aspiração ao conhecimento das últimas conexões entre as coisas, a uma concepção racional do universo. A reflexão do espírito sobre si mesmo é o meio e o caminho para chegar a uma imagem do mundo, a uma visão metafísica do universo (FOUCAULT, 1993).

A atitude dos filósofos frente à totalidade dos objetos é intelectual e do pensamento. O filósofo trata de conhecer, de saber. Com o intuito de encontrar um caminho para o verdadeiro conhecimento da fase da adolescência, é necessário analisar os conceitos epistemológicos. Tentaremos, com certa liberdade, desenvolver para isso os pensamentos de Foucault.

Foucault (1993) passa a examinar historicamente a maneira como os mecanismos de controle e poder puderam funcionar na família, na vizinhança e em outros níveis mais elementares da sociedade, através de agentes reais que podem ser os pais, os médicos, os professores, os juízes entre outros; e serem úteis econômica e politicamente. O autor busca analisar as múltiplas formas de dominação exercida na sociedade.

Até poucas décadas, os pais educavam seus filhos com base numa regra simples: cabia a eles exercer poder sobre sua prole sem questionamentos e as regras eram impostas implacavelmente. As crianças e adolescentes do século XXI já não são mais os mesmos. Participam avidamente do mundo dos adultos e se transformam nos novos convidados da realidade orgástica do consumo e do prazer. Encontram-se cada vez mais sozinhos à mercê de seus pares de rua, da escola e do apelo cultural para que se tornem rapidamente adultos, esbeltos, ricos, formosos e plenamente sexualizados (BALLONE, 2003).

Baseado nesta visão ampla da saúde, atualmente, fala-se muito em adolescência, em crise adolescente, mas afinal o que significa adolescência? Os

estudos sobre esse fenômeno trazem consigo uma infinidade de questões que envolvem os jovens de nossa sociedade. É comum a fase da adolescência ser relacionada com uso de drogas, iniciação precoce da atividade sexual, falta de limites, delinquência, dentre outros aspectos (CHAGAS, 2004).

Assim, o pressuposto básico para a não omissão da família e da escola para os estudantes é trazer para o seu interior discussões sobre o tema com base em informações claras e com conteúdos de veracidade. A escola terá a oportunidade de ultrapassar as suas funções de mera reprodutora do conhecimento e contribuir, juntamente com a família, na estruturação da personalidade do jovem para uma socialização compromissada em relação a si mesmo e à comunidade a qual pertence.

Considerando a relevância das situações de agravos externos à saúde humana, em Fortaleza, Ceará, os casos de envenenamento atendidos no Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX) registram um número considerável de 3.468 no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2001. Estes tiveram como agentes indutores: os medicamentos, os produtos químicos industriais, os pesticidas agropecuários, os produtos de higiene domiciliar, as plantas, as picadas de animais peçonhentos e não peçonhentos, dentre outros mecanismos que foram registrados na ficha de notificação, muitas vezes, pelo desconhecimento da pessoa envenenada ou dos que a acompanham. Dos casos registrados, 1.318 foram tentativas de suicídio por medicamentos, representando 38% em 2001 (FREITAS *et al.*, 2004).

Dentre as causas que ceifam vidas humanas em nossa sociedade, o suicídio vem se agravando dia-a-dia, daí nosso interesse em pesquisar este problema na adolescência. No ano de 2003, no Centro de Assistência Toxicológica – CEATOX, foram registrados 1283 casos de tentativa de auto-extermínio dos quais 396

acometeram adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos. Alguns foram a óbito, outros ficaram com seqüelas, mas a maioria teve alta hospitalar, com cura aparente (FREITAS *et al.* 2004).

O Instituto Dr. José Frota - IJF representa o hospital de referência da cidade de Fortaleza para o atendimento ao politraumatizado, ao grande queimado e aos casos de acidentes tóxicos que acontecem no município de Fortaleza, na região metropolitana, em todo o estado do Ceará e em alguns estados da região Nordeste.

Assim, nossa afinidade com o tema é fruto de uma prática profissional que totaliza 8 anos em um hospital de emergência, especializado no atendimento às pessoas acometidas por esse tipo de infortúnio. Inquietou-nos o fato de que 716 dos 1.318 casos registrados nos relatórios do CEATOX, no ano de 2001, de tentativa de suicídio por medicamentos, foram entre adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, representando 20,65% do total de casos. O procedimento médico para salvar a vida é feito e, em inúmeras vezes, é bem sucedido. No entanto, os indivíduos não recebiam, como ainda não recebem, acompanhamento psicológico e social para evitar a reincidência.

No decorrer da nossa prática, a preocupação com esses jovens que tentaram suicídio foi sensibilizada pelo fato de sermos mãe de duas adolescentes e ficávamos a perguntar: “será que existe possibilidade de uma filha minha tomar uma atitude dessas”?

Parafraseando Vieira (2001), o interesse crescente em nos aprofundar nesta temática levou-nos ao curso de mestrado, o qual nos possibilitou compreender os adolescentes num contexto social e familiar e o que está potencializando e desencadeando essas tentativas suicidas.

A saúde requer um olhar ampliado dos profissionais que lidam com o homem e sua complexidade de ser e existir no mundo. Complexa, porque envolve a participação de pessoas com diferentes visões e diversas formações acadêmicas na tentativa de buscar resolubilidade para um mesmo problema (VIEIRA; BARROSO, 2003). O espírito interdisciplinar não exige que sejamos competentes em vários campos do saber, mas que nos interesseemos, de fato, pelo que fazem nossos vizinhos em outras disciplinas.

A proposta transdisciplinar propõe que o profissional reveja sua prática e exercite o ato de ensinar-aprender que culmine com o exercício de transformar. Esta transformação deve motivar a uma mudança interior, tornando o educador e educando sujeito e objeto, indissociáveis, para o alcance da educação e do estado saudável de ser (SANTOS; BARROSO, 2003).

Santos e Silva (2002) afirmam que o profissional de saúde deve ser um educador, transformador, emancipador e libertador, que almeja a mudança de comportamento da clientela a fim de que ela atinja o melhor nível de saúde, contribuindo, assim, para o crescimento no tocante à solidariedade, autonomia e consciência da clientela.

Devemos levar a sério e estar disponíveis para qualquer manifestação de intenção ou de ação de auto-extermínio, pois é grande o número daqueles que acabam cumprindo esse propósito. Torna-se urgente a produção de conhecimentos que possam contribuir com abordagens de educação em saúde para serem desenvolvidas pelos profissionais que lidam com adolescentes e famílias, abrangendo ações educativas de valorização da vida humana.

O conhecimento, por parte dos profissionais de saúde e familiares, dos diversos sintomas das doenças afetivas na adolescência é indispensável para a sua

correta identificação. Pensamos que, aumentando as informações dos pais e profissionais sobre a mudança de comportamento e atitudes e alertando para o fato de que o suicídio é o resultado de um grupo complexo de variáveis, poderemos torná-los mais observadores e mais compreensíveis sobre as alterações que podem ocorrer em seus filhos/pacientes. O papel do profissional de saúde como educador e professor na comunidade pode ter um impacto mais significativo e positivo, porque a medicina preventiva proporciona as melhores chances para a saúde e a sobrevivência.

A educação em saúde conduz a clientela à mudança de comportamento, permitindo-lhe aumentar a habilidade de se engajar no autocuidado repensando a adoção de estilo de vida saudável, por conseguinte, responsabilizando-se pela promoção de sua saúde e bem-estar. A promoção em saúde envolve atividades que incluem educação em saúde, manutenção e proteção, desenvolvimento de comunidades e do meio ambiente, pesquisas e políticas de saúde pública (SANTOS; BARROSO, 2003).

O desejável hoje é que as pessoas sadias percebam suas responsabilidades em relação aos suicidas, que considerem os suicidas como portadores de limitações da liberdade necessária para lidar com a vida de forma sensata. Há um desequilíbrio de emoções, que ocasiona uma sensibilidade exagerada e irritabilidade descontrolada. Somado a tudo isso, a não-sintonia com o mundo adulto o faz se refugiar no isolamento ou se agrupar com companheiros que compartilham dos mesmos pensamentos (CAVALCANTE, 2002).

Diante do exposto, e cientes da necessidade de aprofundar a investigação sobre a expressividade do problema, o estudo teve por objetivo geral: descrever as tentativas de suicídio em adolescentes atendidos em um hospital de emergência,

analisando a repercussão desses casos no contexto familiar e na prática profissional.

Acrescentam-se como objetivos específicos: identificar os fatores sociais, culturais e familiares que agem como facilitadores para as tentativas suicidas em adolescentes e contribuir com uma abordagem de educação em saúde para o enfrentamento do problema, a serem desenvolvidos pelos profissionais que lidam com adolescentes e famílias.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Ética, suicídio e adolescência

Abordar questões tão íntimas e revestidas de mitos e tabus que acompanham o círculo familiar, as redes sociais que se estabelecem na fase da adolescência como, também, toda a concepção que paira na sociedade sobre o suicídio, requer uma abordagem ética.

Ética refere-se, em grego, à busca de uma boa “maneira de ser” ou à sabedoria da ação (BADIOU, 1995). Referiu uma sutil distinção entre “ética e moralidade”. Este reserva o princípio ético à ação imediata; enquanto a moralidade concerne à ação reflexiva.

Badiou (1995) acrescenta que o sábio é aquele que, sabendo discriminar entre as coisas que dependem dele e aquelas que não dependem, organiza sua vontade ao redor dos primeiros e suporta impassivelmente as segundas. Os direitos humanos são os direitos que preservam a pessoa de não ser ofendido ou maltratado em sua vida. Anuncia o horror à morte, à fome e à humilhação das minorias.

A ética da sacralidade considera a vida como propriedade de Deus, dada ao homem para administrá-la. É um valor absoluto que só a Deus pertence. O ser humano não tem direito sobre a sua própria vida e a vida alheia. O princípio fundamental é a inviolabilidade da vida (SANVITO, 1977).

O moderno pensamento teológico defende que o próprio Deus delega o governo da vida à autodeterminação do ser humano e isto não fere e muito menos se traduz numa afronta à sua soberania. No processo da abordagem científica, a

ética da vida relata que a vida é um dom recebido, mas que fica à disposição daquele que o recebe, com a tarefa de valorizá-la qualitativamente.

Ampliando a discussão sobre a valorização da vida, Camom (1984), sob uma perspectiva filosófica, enfatiza que existe apenas um problema filosófico verdadeiramente sério, que é o suicídio. Julgar se a vida merece ou não ser vivida é responder a uma questão fundamental da filosofia. O resto, se o mundo tem três dimensões ou se o espírito tem nove ou dez categorias, vem depois.

Para Sanvito (1997), de uma maneira perversa, em alguns países do primeiro mundo, determinados membros da sociedade, a título de exemplo, idosos, indivíduos não-produtivos, pacientes com patologias múltiplas ou com doenças crônicas prolongadas e onerosas ao sistema público de saúde, deixam de ser contemplados com assistência médica integral. Nesses casos, o sistema de saúde se abstém de proporcionar atos médicos complexos ou de empregar procedimentos de alto custo. É a lógica perversa da economia balizada pela relação custo-benefício, que vem promovendo uma eutanásia social.

Aumentando essa compreensão, Pessinl (1994) coloca que as sociedades são dinâmicas e vão adquirindo novos valores e o subproduto dessas mudanças é o aparecimento de uma nova moral, uma nova ética, uma nova civilização, enfim, de novas maneiras de pensar. O suicídio surge como uma das formas mais tristes de destruição, pois este ato envolve perguntas que não encontram apoio no seio das explicações científicas, acadêmicas e mesmo religiosas.

O máximo que concluímos é que o suicídio não é desejável eticamente, com base em uma perspectiva de prioridades ou preferências. A auto-realização tem prioridade sobre a autodestruição. O suicídio corta radicalmente toda possibilidade de colaborar para a construção social por meio de atos possíveis de revisão, destrói

irreparavelmente a sua criatividade e a possibilidade de colaborar para o seu próprio desenvolvimento.

Cassorla (1994) enfatiza a afirmação de Durkheim, no final do século passado, ao enfaixar o suicídio como uma ocorrência individual que estava diretamente vinculada com outras ocorrências sociais. Sua obra é de orientação objetiva e científica, pois partiu de dados objetivos: as taxas de suicídio, no entanto, com uma preocupação moral, posicionando-se contra o suicídio: “o suicídio é, pois, reprovado por que revoga aquele culto pela pessoa humana sobre o qual repousa toda a nossa moral”.

Vivemos numa sociedade delirantemente suicida que aniquila os seus cidadãos das formas mais violentas. Seja no assalto, nas torcidas, em velocidade nas ruas e estradas, seja ainda no quietismo diante de tantas formas impiedosamente aniquiladoras. Uma sociedade que aniquila seu semelhante (ANGERAMI-CAMON, 1997).█

Boff (1999) alerta-nos sobre esta situação de falta de cuidado e, por causa disso, muitos se rebelam, fazem de sua prática e de sua fala permanente contestação. Contudo, sozinhos sentem-se impotentes para apresentar uma saída libertadora. Perderam a esperança. Outros perderam a própria fé na capacidade de regeneração do ser humano e de projeção de um futuro melhor.

O papel da sociedade para com o suicida é viver motivações, estabelecer vínculos para que o indivíduo queira continuar vivendo nesta comunidade, convivendo com seus semelhantes, construindo uma vivência de valor para que não haja a ruptura homem-mundo, que se dá a partir do momento em que o sujeito vê-se solto e desgarrado como se não pertencesse ao mundo em que vive.

Portanto, a morte comporta, por meio do ato suicida, uma dimensão individual que busca uma finalidade pessoal ainda que tenhamos que compreender cada ato desses dentro do contexto social onde ocorre, para entendermos os limites da finalidade que o ato buscava através da morte. O desistir da vida não é um existir pleno, é um desistir de uma condição “de viver”.

Segundo o censo de 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), o Brasil tem 34 milhões de jovens entre 15 e 24 anos de idade. Os números levam-nos a refletir sobre o quanto é necessário estabelecer um pacto de cooperação em torno da temática juventude. Por isso, o significado do cuidado, tão bem colocado por Boff (1999), alerta-nos para a necessidade de estarmos vigilantes e colocar o cuidado em tudo o que projetamos e fazemos.

2.2 Educação em Saúde para a Promoção da Saúde ao adolescente suicida

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que viria a contribuir com a proposta de Saúde para todos no Ano 2000 e anos posteriores. Essa conferência simbolizou uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública. Houve mais duas importantes conferências internacionais sobre o tema, realizadas entre 1986 e 1991, Adelaide (1988) e Sundsval (1991), que estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde (BRASIL, 2001a).

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. A saúde deve ser vista como um

recurso para a vida e não como objetivo de viver. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde (BRASIL, 2001b).

Ao analisar o discurso vigente no campo do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2003, p.15).

É crescente no discurso contemporâneo do campo da saúde coletiva a referência à idéia de promoção da saúde. Esta constitui idéia central da chamada nova saúde pública coletiva, que estende significativamente a abrangência das ações de saúde ao tomar como objeto o ambiente, local e global, em um sentido amplo (CZERESNIA, 2003).

A idéia da promoção da saúde traduz-se em expressões próprias à realidade atual, como políticas públicas saudáveis, colaboração intersetorial e desenvolvimento sustentável. Resgata-se a perspectiva de relacionar saúde e condições de vida e ressalta-se o quanto múltiplos elementos físicos, psicológicos e sociais estão vinculados à conquista de uma vida saudável, destacando-se a importância tanto do desenvolvimento da participação coletiva quanto das habilidades individuais.

O termo promoção da saúde ressurgiu nas duas últimas décadas em países industrializados, particularmente no Canadá. Uma das origens importantes desse ressurgimento foi o questionamento da eficiência da assistência médica curativa de alta tecnologia. A partir da necessidade de controlar os custos crescentes do modelo biomédico, abriu-se espaço para criticar o estreitamento progressivo que este modelo produziu na racionalidade sanitária e no resgate do pensamento médico

social que, em meados do século XIX, enfatizava relações mais amplas entre saúde e sociedade (CZERESNIA, 2003).

Análises críticas apontam que, na base das proposições da nova saúde pública, encontram-se mudanças nas estratégias de regulação estatal, objetivando a redução do papel do Estado no financiamento das ações de saúde e enfatizando a lógica do mercado. Reforçariam-se, assim, perspectivas de individualização, mascarando-se, mediante discursos que conclamam a autonomia, o objetivo de delegar cada vez mais aos sujeitos e grupos sociais específicos a tarefa de cuidarem de si mesmos (CZERESNIA, 2003).

Buss (2003), referindo Sigerist (1946) como um dos primeiros autores a fazer referências ao termo promoção da saúde, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, afirmou que a “saúde se promove proporcionando condições de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso” (1946, p.19). Preconiza que a promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições da saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma maquinaria social, que assegure a todos um nível de vida adequado para a manutenção e melhoramento da saúde.

Autores como Leavell; Clark (1965) já destacavam a educação e a motivação sanitárias como elementos importantes para esses objetivos e afirmam que os procedimentos para a promoção da saúde incluem um bom padrão de nutrição ajustado às várias fases do desenvolvimento humano; o atendimento das necessidades para o desenvolvimento ótimo da personalidade, incluindo o

aconselhamento e educação adequados dos pais em atividades individuais ou de grupos; educação sexual e aconselhamento pré-nupcial; moradia adequada; recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho (BUSS, 2003).

As diversas conceituações citadas por Sutherland e Fulton (1992), disponíveis para a promoção da saúde, defendem que a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a se concentrar em componentes educativos primariamente relacionados com riscos comportamentais cambiáveis que se encontrariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos (BUSS, 2003).

Exemplificando a situação acima, o autor faz referência ao aleitamento materno, ao hábito de fumar, à dieta e às atividades físicas, exemplos de atividades que precisam ser repensadas e redirecionadas para atitudes saudáveis. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos.

Reduzir as desigualdades, incrementar o esforço preventivo e incrementar a capacidade das pessoas no enfrentamento dos problemas de saúde são desafios a serem vencidos para alcançar o objetivo maior, que é a saúde para todos.

O adolescente precisa ser visto, num contexto social, como prioridade para que a motivação e a valorização da vida possa envolver a escola, a família e a comunidade como colaboradoras na promoção da saúde, trabalhando criativamente as relações sociais destruídas. Concordamos com Boff (1999), quando diz que cresce um novo paradigma de re-ligação, de re-encantamento pela natureza e de

compaixão pelos que sofrem; inaugura-se uma nova ternura para com a vida e um sentimento autêntico de pertença amorosa à Mãe-Terra. Mostra-se pelo crescimento dos grupos que cultivam a ecologia, a meditação e a espiritualidade.

Acreditando que se possa, sempre, fazer algo por alguém urge que o profissional de saúde absorva a premissa de que o ser humano carece de um olhar para a saúde integral e de um cuidado que ultrapasse as barreiras do visível e do imediato. A partir dessas considerações, Smeke e Oliveira (2001) vêm pondo alguns desafios como a introdução dessas reflexões e práticas na grade curricular da formação profissional em saúde, o mais precocemente possível, bem como análise de práticas educativas. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Acidentes e Violência, nesse contexto de desafios das formas de relação entre os diferentes saberes da saúde, vem à tona as múltiplas leituras sobre as articulações entre Políticas Públicas e Sociedade Civil.

Procurando entender as mudanças das políticas públicas, os autores acima fazem uma revisão sobre a posição do Estado Capitalista em crise, que incorporava críticas relativas ao elevado custo da atenção curativa, favorecendo a extensão de cobertura dos serviços pela Medicina Comunitária como medida de contenção de tensões e de racionalização de custos (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

O modelo hegemônico preconiza a inclusão de hábitos e a persuasão dos indivíduos, que devem adotar comportamentos mais saudáveis (deixar de fumar, aceitar vacinação, ter práticas higiênicas, fazer exames preventivos periódicos) mediante o contato com veículos de comunicação em massa, como folhetos, TV, cartazes e jornais, ou mesmo o acesso às informações, propiciado pelo educador. Esquece que está lidando com opções, desejos, necessidades, estilos de vida, crenças e valores, com a subjetividade, enfim, da pessoa; desconsidera, também,

que as soluções dos problemas requerem ações socialmente sustentadas do ponto de vista cultural e político-econômico (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Foram precisos 50 anos de convivência com as contradições do modelo curativo individual exclusivo, trazido pela Previdência Social, para que os movimentos sociais e o movimento dos profissionais de saúde amadurecessem um projeto conjunto: um sistema de saúde unificado, hierarquizado, com valorização de ações preventivas e coletivas não restritas às dimensões biológicas das doenças. O SUS é uma resposta parcial a essa demanda (VASCONCELOS, 2001).

Visando à valorização de ações preventivas e coletivas, a Política Nacional definiu diretrizes importantes para a diminuição dos acidentes e das violências, entre as quais estão incluídas as tentativas de suicídio, que configuram problema de grande magnitude para a sociedade brasileira. Por envolver diferentes fatores, o seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população em geral. Neste sentido, a presente Política setorial lança mão da promoção da saúde considerando, especialmente, a sua afinidade; o seu alcance da qualidade de vida; e as suas estratégias básicas: a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária. Nessa política, estão definidas diretrizes para o setor e identificadas responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e de violências no País (BRASIL, 2002).

3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Teórico

Em virtude dessa complexidade social que envolve a temática do suicídio na adolescência, procuramos nos deter nos conceitos da corrente filosófica – antropológica, na tentativa de compreender as atitudes, crenças e valores de adolescentes que tentaram suicídio.

O primeiro objeto de estudo utilizando o método de pesquisa antropológica ou etnográfica foi em uma sociedade primitiva na Melanésia, Ilhas Trobriand, em 1984 (ROMANELLI, 1998, p.120). O grupo estudado era ágrafo gerando certa dificuldade de se ultrapassar o limite da pesquisa ao seu presente etnográfico. Sua tradição cultural, baseada em regras e valores simbólicos, era difundida principalmente de forma verbal. O objetivo do estudo era compreender as diferenças culturais. O pesquisador deveria se inserir na comunidade, possibilitando a execução da observação participante; esse fato suscita um novo método de coleta de dados, considerado o mais relevante quando se trata de culturas primitivas, pois é freqüentemente utilizado como recurso básico nesta modalidade de pesquisa (ROMANELLI, 1998, p.120).

Os registros do comportamento cotidiano requeriam do pesquisador que mantivesse uma convivência prolongada com o grupo estudado, que aprendesse a sua língua nativa e que participasse nas atividades rotineiras a fim de obter dados mais precisos a respeito da sua vida social. Só assim, estaria ele apto a perceber e selecionar fatos e acontecimentos de relevância. O diário de campo continha

registros objetivos, (por exemplo: dados demográficos, genealogias e distribuição das habitações), como, também, impressões pessoais tais quais sentimentos e emoções (ANDRÉ, 1995).

Apesar da convivência prolongada, era requerida do investigador uma postura de “estranhamento”, um “olhar antropológico”, unindo o sentir-se estrangeiro ao conhecimento teórico (ANDRÉ, 1995, p.20). Deve-se criar um vínculo estreito entre a coleta de dados e a teoria, estabelecendo-se um diálogo entre ambas. Este posicionamento se faz ainda mais necessário quando utilizamos este método para estudos de populações urbanas. Nas sociedades primitivas havia igualdade sócio cultural. Ao contrário, os grupos da sociedade moderna são heterogêneos; a desigualdade social gera uma grande diversidade de códigos, dificultando a pesquisa (ROMANELLI, 1998, p.122).

Continuando com o pensamento do autor, é importante ressaltar a diferença entre o campo de observação, baseado na relação direta com o outro, e o campo de investigação, no qual são incluídas a dimensão histórica e as relações com outras sociedades. Para evitar que sejam confundidos, deve-se delimitar o campo da investigação ao contexto histórico e aos determinantes que ordenam a sociedade moderna (ROMANELLI, p.121).

A contribuição da etnografia no campo da pesquisa qualitativa advém da preocupação com uma análise holística da cultura, vista como um sistema de significados mediadores entre as estruturas sociais e a ação humana; empodera os atores sociais a uma participação ativa e dinâmica no processo modificador dessas estruturas sociais e revela as relações e interações ocorridas com os atores sociais da pesquisa (MATTOS, 2001).

A abordagem etnográfica, por preocupar-se em analisar holisticamente a

cultura estudada e introduzir atores sociais com uma participação ativa e dinâmica, é utilizada especialmente em pesquisa qualitativa, que tem como interesse principal estudos de desigualdades e dos processos de exclusão (MATTOS, 2001).

Etnografia é também conhecida como: pesquisa social, observação participante, pesquisa interpretativa, pesquisa analítica, pesquisa hermenêutica. Compreende o estudo, pela observação direta e por um período de tempo, das formas costumeiras de viver de um grupo particular de pessoas: Um grupo de pessoas associadas de alguma maneira, uma unidade social representativa para estudo, seja ela formada por poucos ou muitos elementos (ROMANELLI, 1998).

François Laplantine, antropólogo Francês, em entrevista ao jornal Diário do Nordeste declara que a especificidade do trabalho etnográfico é que ele é um trabalho de campo, de convivência com outras populações, que implica em compartilhar a vida das pessoas que nos oferecem hospitalidade. Possui duas partes; uma consiste nas observações. É uma atividade do olhar, do ouvido, da percepção. A outra consiste em escrever (DIÁRIO DO NORDESTE, 2004).

Segundo André (1997, p.38), dentre as características da pesquisa etnográfica podemos destacar: (1) O contato direto e prolongado do pesquisador com a situação e as pessoas ou grupos selecionados. (2) O envolvimento e participação do pesquisador na situação pesquisada. (3) A obtenção de grandes quantidades de dados descritivos através da observação participante e da entrevista não-estruturada. (4) A flexibilidade do esquema de trabalho; trânsito livre entre a observação/ análise e teoria/ empírica. (5) A utilização de diferentes técnicas de coleta e fontes variadas de dados, tais como: dados da observação, entrevistas, registros documentais, fotografias, produções de grupos.

Um trabalho do tipo etnográfico enfatiza o processo e preocupa-se de como as pessoas vêem a si mesmas, suas experiências e o mundo que as cerca, valorizando a visão pessoal do participante. Utiliza amplamente a descrição e a indução, reconstruindo os contextos estudados através das palavras. Busca a formulação de hipóteses, conceitos, abstrações e teorias, visando descobrir novos conceitos, novas relações, novas formas de entendimento da realidade. (ROMANELLI,1998).

A pesquisa etnográfica traz consigo a influência do contexto social e cultural sobre “as maneiras de pensar e agir” das populações. A antropologia emprega pois, métodos qualitativos para investigar o contexto imediato de vida, rede social, estrutura familiar, organização social e sistema coletivo de normas e valores, que intervêm dando significados aos diversos eventos e situações da vida (UCHÔA, 1994).

A antropologia focaliza as definições das populações, sendo seu objetivo principal investigar a influência que as características sociais e culturais de populações específicas exercem sobre as percepções e as interpretações (UCHÔA, 1995).

Realizar estudos de qualquer atividade humana em seu contexto mais imediato, no qual ela se realiza no existir e no fazer cotidiano, nos leva a refletir e criticar o quadro mais fidedigno dessa realidade social. Estudar essa realidade, tão concreta quanto dinâmica, nos leva a compreendermos o que de fato acontece, seu porquê e a indicar alternativas para que atinjam com maior eficiência seus objetivos.

Tanto a etnografia mais tradicional (Geertz, 1989; Lévi-Strauss, 1964) quanto a mais moderna (Erikson, 1992; Woods, 1986, Mehan, 1992 Spidler, 1982 ; Willis, 1977) envolvem longos períodos de observação, um a dois anos, preferencialmente.

Este período se faz necessário para que o/a pesquisador/ra possa entender e validar o significado das ações dos/as participantes, de forma que este seja o mais representativo possível do significado que as próprias pessoas pesquisadas dariam à mesma ação, evento ou situação interpretada (MATTOS, 2001).

Praticar etnografia não é somente estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos ou manter um diário; "o que define é o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma descrição densa" (GEERTZ, 1989, p.15).

O método etnográfico requer que o pesquisador mantenha uma convivência prolongada com o grupo estudado, estando assim apto a perceber e selecionar fatos e acontecimentos de relevância (ANDRÉ, 1995). O diário de campo deverá conter registros objetivos, como também impressões pessoais, tais quais sentimentos e emoções.

A etnografia é a escrita do visível. A descrição etnográfica depende das qualidades de observação, de sensibilidade ao outro, do conhecimento sobre o contexto estudado, da inteligência e da imaginação científica do etnógrafo.

Para Bogdan e Biklen (1994, p.67) o objetivo principal do investigador é o de construir conhecimento e não o de dar opinião sobre determinado contexto. A influência que os preconceitos e atitudes do investigador possam exercer sobre os dados obtidos na pesquisa é de fato a maior dificuldade enfrentada pelo pesquisador, pois todas as informações colhidas têm que ser processadas por sua mente. Terá ele a capacidade de ver o fato tal qual se passa ou, através de sua subjetividade, verá apenas o que quer ver?

A subjetividade, elemento presente na relação entre sujeitos, não pode ser evitada. A pesquisa qualitativa é rica em subjetividade, admiti-la e, ao mesmo tempo,

controlá-la pelos recursos teóricos e metodológicos é função importante do pesquisador.

A “criatividade do pesquisador”, termo usado por Minayo (SOUZA, et all 2003), corresponde à experiência reflexiva do pesquisador, à sua capacidade pessoal de análise e de síntese teórica, à sua memória intelectual, ao seu nível de comprometimento como objeto e à sua capacidade de exposição lógica. A subjetividade representada por esses elementos citados anteriormente faz a diferença nos resultados de investigações, mesmo quando vários pesquisadores trabalham objetivamente, com os mesmos objetos e as mesmas indagações.

Para Bogdan; Biklen (1994), deve-se recolher uma grande quantidade de dados e fazer sempre uma revisão destes para que sejam capazes de confirmar ou desmentir possíveis verdades. O tempo gasto durante a pesquisa é fator primordial, pois se necessita de tempo para o confronto de opiniões e preconceitos, os nossos e o dos outros. Os dados recolhidos serão capazes de nos levar a um nível de detalhamento e aprofundamento dos acontecimentos quando as opiniões pré-concebidas cedem lugar a algo mais substancial. Complementando o sentido, Geertz (1989) pontua que o grande desafio desse estudo é produzir uma “descrição densa” do mundo subjetivo dos sujeitos pesquisados.

3.2 Metodológico

3.2.1 Abordagem e tipo de estudo

Concordando com Vieira (2001), na busca de ampliar a óptica como pesquisadora, encontramos também na investigação qualitativa um caminho para atingir os objetivos propostos na investigação de um fenômeno permeado por

fatores que interagem com as causas externas de agravo à saúde e com a estrutura social e cultural do indivíduo.

Segundo Vieira (2001, p.42), a necessidade do rigor na pesquisa qualitativa tem sido uma das preocupações dos estudiosos desse paradigma na tentativa de desmistificar a idéia de que esta modalidade de estudo não possua caráter científico. Refere que o pensamento desta corrente de estudo proporciona ao pesquisador maiores possibilidades de familiarização com a realidade investigada.

Dentre as modalidades da pesquisa qualitativa, foi escolhida a Etnografia como norteadora. Justificamos a escolha, porque esta abordagem permitiu um contato com o fenômeno, sendo também possível ao pesquisador descrever o mundo vivido de acordo com a interpretação e a visão dos adolescentes suicidas.

3.2.2 Local de estudo

O estudo foi realizado em dois momentos: nas dependências do Instituto Dr. José Frota, IJF, Hospital de Emergência da cidade de Fortaleza, capital do Ceará, Brasil, como também nas residências de alguns adolescentes. Dentre as dependências do hospital: o Setor de Emergência, a Unidade de Internação e as Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica foram as que compuseram o cenário deste estudo nesse contexto.

Essa instituição é referência no atendimento ao cidadão que é vítima de agravo externo à saúde, acometido de uma ou múltiplas lesões e conhecido, histórico e culturalmente, da população de Fortaleza, do estado do Ceará e de Estados circunvizinhos, como aquele hospital “que pode fazer alguma coisa”. É também campo de prática de várias disciplinas de universidades locais. Vem se firmando, também, ao longo desses anos, como campo investigativo de produções

acadêmicas, como dissertações de mestrado, teses de doutorado, monografias, trabalhos de iniciação científica etc.

Nesse sentido, trabalhos como os de Souza (1997), Vieira (2001), Rocha (2003), Sousa-Filho (2004), Araújo (2005), Sousa (2005), dentre outros, discorrem sobre a estrutura, organização e dinâmica da instituição, como emergência e as nuances que permeiam esse cenário.

No segundo momento, o estudo adentrou alguns domicílios dos participantes que são localizados em bairros periféricos, populosos, de difícil acesso e localização das moradias; condições ambientais insalubres; outros eram situados em bairros de classe média, residências estruturadas, bem mobiliadas e com equipamentos que proporcionam conforto. Nesse contexto de contradições, vivem os adolescentes que participaram do estudo.

3.2.3 Participantes

Os participantes do estudo foram os adolescentes admitidos no Instituto Dr. José Frota tendo como causa a tentativa de suicídio. Não delimitamos o mecanismo dessas tentativas, pois o foco do estudo consistiu em identificar as razões que induziram esses adolescentes atentarem contra a vida.

Para este estudo, adotamos o conceito de adolescente de acordo com Rouquayrol (1999), que preconiza ser a adolescência a faixa etária de 10 a 19 anos. Nessa linha, definimos como critérios de inclusão, para sujeito do estudo, estar na faixa de 10 a 19 anos; ter sido atendido no IJF por tentativa de suicídio, no período de março a agosto de 2005; que esses adolescentes permanecessem internados por mais de 48 horas e que estivessem acompanhado por um dos genitores ou responsável, bem como, que residissem em Fortaleza para facilitar o acesso da

pesquisadora aos domicílios. Não houve distinção de sexo, nível sociocultural, instrução, raça ou cor, nem o mecanismo utilizado nessas tentativas.

Foram excluídos os adolescentes que evoluíram com hipóxia cerebral, que foram medicados e tiveram alta num período menor que 48 horas e/ou não residiam em Fortaleza.

Desse modo participaram do estudo 12 adolescentes, 10 do sexo feminino e 2 do masculino, que atentaram contra a própria vida e enquadraram-se nos critérios estabelecidos para a pesquisa. Apesar de não ter sido feita restrição ao mecanismo dessas tentativas, todos os adolescentes ingeriram substâncias tóxicas, configurando-as como intoxicações exógenas com circunstância intencional.

3.2.4 Coleta dos dados

Os procedimentos de coleta incluem técnicas e estratégias que possibilitam se aproximar do fenômeno em estudo. Inicialmente, o pesquisador apropriou-se de documentos, priorizando o prontuário desse adolescente, identificando dados sociodemográficos e checando se o mesmo se enquadrava nos critérios da pesquisa. Com esses dados, preencheu-se o instrumento de identificação que abordou os seguintes aspectos: nome, idade, ocupação, estado civil, escolaridade e qual a modalidade que usou para a tentativa de suicídio.

Em seguida, iniciou-se o primeiro contato com o adolescente e acompanhante /família para apresentação do pesquisador e dos objetivos do estudo, sendo feito o convite ao mesmo para participar. Concomitantemente, deu-se início a uma observação geral da situação, de como esse adolescente se comportava ao ser abordado sobre um tema que está “coberto” de pré-juízos, pré-conceitos, julgamento de valor. Essas observações, registradas no diário de campo, contribuíram para

delinear a complexidade do tema e a dificuldade que o adolescente apresenta para verbalizar suas inquietações e encontrar justificativas para este ato. Acrescentamos que esses momentos iniciais também ajudaram a “quebrar o estranhamento entre sujeitos da pesquisa e o pesquisador”. Com o desenrolar da pesquisa, essas observações foram se ampliando e iniciaram-se os diálogos informais, que foram estreitando o relacionamento dos envolvidos no estudo.

Após esclarecimento dos objetivos e com o aceite em participar do estudo, o adolescente e seu responsável assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido como preconizam as diretrizes que regulamentam as pesquisas com seres humanos.

Para compreender as razões dessas tentativas suicidas, a observação foi complementada pela voz dos sujeitos. Nesse ínterim, a técnica da entrevista foi aplicada. Ao todo foram realizadas cerca de 30 entrevistas (a somatória de todos os participantes), ficando uma média de 2,5 entrevistas com cada sujeito no ambiente hospitalar. Durante essas entrevistas, a pesquisadora indagava a possibilidade de realizar novos encontros nos domicílios. Desse modo, com 6 adolescentes aconteceram entrevistas no ambiente familiar.

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

Desse modo, com a convivência mais prolongada no ambiente natural desses adolescentes, a pesquisa se aproxima, com mais fidelidade, da compreensão das razões que levaram às tentativas de suicídio pelos adolescentes participantes, pois somente o ambiente hospitalar não seria favorável para descortinar valores e conflitos que estão envolvidos em um tema tão complexo e polêmico.

Foram conduzidas entrevistas semi-estruturadas com questões norteadoras que corresponderem aos objetivos e originassem subsídios para ampliar as discussões em educação em saúde junto a esse público alvo (Apêndice B). Essas entrevistas foram gravadas, após consentimento do informante-chave e do seu responsável legal, mas não foram desconsideradas as verbalizações oriundas dos familiares acerca do tema.

3.2.5 Análise dos dados

De acordo com Vieira (2001), a análise de dados de uma pesquisa requer um aprofundamento, por parte do pesquisador, em todo o material coletado, juntamente com uma reflexão e imaginação do cenário do fenômeno envolvido. Esta análise não constitui uma etapa isolada, pelo contrário, foi concomitante à coleta e necessitou de várias visitas a campo para validar os achados.

Com essa preocupação, o processo de análise seguiu as etapas de escuta e reescuta das gravações, transcrições na íntegra e leituras flutuantes das respostas dos adolescentes. Primeiramente, essa leitura foi feita de cada adolescente e, em seguida, em um quadro demonstrativo, os discursos de todos os adolescentes foram postos, de modo tal, que possibilitaram leituras conjuntas e com visão geral, facilitando identificar respostas ao objeto e aos objetivos do estudo.

Continuando a análise, os dados foram submetidos à análise temática de Minayo (1993). Foram realizadas leituras exaustivas para identificar convergências e divergências literais e/ou semânticas, originando núcleos de sentido. Aprofundando a análise semântica e realizando inferências, foram identificadas as seguintes categorias empíricas – ***amor não correspondido, nasci de novo, momento de loucura e desconhecimento*** que embasaram o tema do estudo: ***frágeis relacionamentos, arrependimento e reações ambíguas: discurso de adolescentes que tentaram suicídio.***

3.2.6 Princípios éticos do estudo

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza - UNIFOR e ao Comitê de Ética do Hospital, *locus* da pesquisa. Após a aprovação em reunião, ocorrida em 28 de março de 2005, com parecer nº 051/2005 pelo COÉTICA -UNIFOR e registro nº 05-055 e do Comitê de Ética do Instituto Dr José Frota, a pesquisa foi considerada apta para iniciar a coleta de dados.

Procuramos o serviço de emergência do Hospital e o CEATOX, onde esclarecemos aos profissionais da instituição o projeto de dissertação de mestrado e solicitamos a cooperação dos profissionais em comunicar-nos as ocorrências de tentativas suicidas em adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos. Fomos prontamente acolhida com muito carinho e profissionalismo pelas equipes desses setores. Disponibilizamos os meios de contato (telefones), frisando que essas ligações estariam isentas de ônus (seriam ligações a cobrar) para qualquer profissional que as realizasse, pois o serviço só viabiliza ligações internas.

Situando o leitor no itinerário que primou pelos preceitos éticos, visitávamos os setores da emergência e do CEATOX três vezes por semana em busca de casos

que eram potenciais sujeitos da pesquisa. Ao identificar algum adolescente suicida, investigávamos nos prontuários se se enquadrava nos critérios de inclusão. Ao manter o primeiro contato com a história e circunstância da tentativa de suicídio, posteriormente, localizávamos o adolescente e sua família/responsável, fazíamos um esclarecimento prévio aos familiares e adolescentes, explicando a existência do termo de consentimento e mantendo rigoroso respeito aos casos de recusa.

Respeitando os princípios éticos, obedecemos aos critérios como: participação espontânea, garantia do anonimato, explicitando que eles podiam sentir-se à vontade em se desligarem da investigação em qualquer fase da pesquisa e, ainda, que as entrevistas respeitariam local e horário disponíveis para realização da entrevista.

O Conselho Nacional de Saúde, órgão máximo de definições na área de saúde, pode opinar e indicar as rotas éticas em qualquer área do setor saúde. Em 10 de outubro de 1996, aprovou a Resolução nº196/96, que contém diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e criou a Comissão Nacional de ética em Pesquisa/ Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

4. RAZÕES DAS TENTATIVAS SUICIDAS PARA OS ADOLESCENTES DO ESTUDO

O tema é complexo e estigmatizado. Muitas vezes é discutido apenas em consultórios de psicologias, nos interiores velados, nas rodas informais, nas famílias e círculos de amigos que se aproximaram de eventos dessa natureza. Contudo, esse grave e crescente problema de saúde pública, de acordo com a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Brasil, 2001), necessita ser discutido, amplamente, nas instâncias que acompanham o crescimento e desenvolvimento humano.

A adolescência, fase de sonhos, aspirações, dúvidas, questionamentos, sentimentos ambíguos e contraditórios, está carente de fortalecimento de vínculos, resgate de valores familiares, sociais e do olhar e ação, mais atentos e ampliados, das políticas e serviços que se propõem a “cuidar” do adolescente.

4.1 Cenário cultural

Como cenário cultural mais ampliado, o estudo desenvolveu-se na cidade de Fortaleza, construída em 1694, pelos holandeses, com o nome de Forte de Schoonenborck. Retomada pelos portugueses e batizada com o nome de Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção, passou à Cidade em 1823, com o nome oficial de Fortaleza de Nova Bragança, mas a denominação que se popularizou foi a de Cidade de Fortaleza. Hoje é a 5ª cidade do Brasil, com centro industrial, comercial, cultural, político e administrativo. Possui um dos mais importantes parques da indústria têxtil e de calçados do Nordeste. É um dos principais centros turísticos da Região, apresentando 34km de belas praias, com dunas e coqueirais, hotéis e

restaurantes com excelente infra-estrutura, visitada por turistas de todo o mundo, tem como atrativos um povo acolhedor (BRASIL, 2005).

Tem “sol o ano inteiro”, oferece várias atrações festivas. Sua culinária é tida como saborosa e apreciar a degustação de caranguejo tornou-se, também, atração cultural e com sabor de festa. O estímulo à frequência aos shows, forró, dentre outras atrações, firma o caráter “alegre” da cidade, com participação de jovens, de classes sociais diversificadas, o que favorece relacionamentos que estão “embalados” pela casualidade e sem estabelecimento de vínculos.

Norteados por este cenário e sensações peculiares pertinentes à fase da adolescência, os jovens são estimulados a vivenciar seus relacionamentos: a primeira conquista, o namoro, o contato com a bebida, o cigarro, as drogas ilícitas e a iniciação sexual precoce. Nessa fase, os adolescentes são questionadores e imaturos para lidarem com os rompimentos e desilusões e a família tem um papel primordial de perceber as mudanças comportamentais do jovem, orientar, apoiar e favorecer o diálogo.

Muitas vezes, esses jovens, inseridos num ambiente familiar desfavorável, vivem em conflito com irmãos, parentes, presenciam a violência doméstica, desejam roupas novas e cultuam a beleza. Almejam atender ao apelo da mídia, de culto ao corpo, de possuírem o tênis e o celular de última moda.

Os relacionamentos, a descontração, a irreverência e os desafios são favorecidos nessa fase da vida. O jovem se sente imortal, não tem medo do perigo, arrisca, entrega-se ao ser amado, não visualiza a dimensão e a consequência de seus atos, deseja, apenas, viver intensamente o momento de conquista.

Outro agravante nesse contexto é a instabilidade socioeconômica vivida pela família, decorrente do desemprego, do rompimento de vínculos paternos e

familiares, participação incipiente em atividades sociais e culturais; por outro lado, a escola pública encontra-se em decadência, professores desestimulados e o conjunto dessas questões sociais vai se constituindo como facilitador para originar sensações de desesperança, fragilidade e incertezas no adolescente.

Essa combinação de fatores o torna impotente e sem perspectivas quando se vê diante de uma situação de perda, que não corresponde às suas expectativas. Nesse momento, ele se desespera e, impulsivamente, subestima a grandeza da vida, o viver, enfrentando e superando problemas. Fraqueja e, em seu desespero e grito de socorro, tenta o suicídio.

Ao tomar essas atitudes drásticas de atentarem contra a vida, os adolescentes deparam com os atendimentos de emergência e, percorrendo esse itinerário, são encaminhados ao hospital de emergência.

A emergência da instituição atende aos pacientes vítimas de agravos externos, ou seja, os que decorrem dos vários tipos de acidentes e violência. Dentre esses, estão as pessoas que tentam o suicídio. É um hospital de referência Norte-Nordeste e sua capacidade de atendimento está deficiente, pois não consegue acompanhar a crescente demanda espontânea originada pelos acidentes e violência, que é uma realidade na capital cearense, bem como no contexto nacional e mundial.

O espaço físico da instituição tornou-se insuficiente para atender à demanda, o que origina situações desconfortáveis para pacientes e profissionais tais como: número inadequado de recursos humanos (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem), inexistência de categorias profissionais que devem compor uma equipe interdisciplinar, limitações dos equipamentos e materiais (fruto do modelo econômico e das ingerências políticas que desvirtuam e emperram os avanços da

consolidação do Sistema Único de Saúde, SUS), favorecem os conflitos e insatisfações nessa complexa relação que se estabelece entre o atendimento profissional e as expectativas de cuidado e atenção dos usuários.

O contingente de profissionais está insuficiente para atender à clientela de forma humanizada, trilhando no princípio da integralidade como preconiza os princípios doutrinários do SUS. No contexto da emergência, a prioridade é a gravidade do caso.

Nessa emblemática e seguindo os protocolos de atendimento ao paciente politraumatizado, na maioria das vezes, o usuário fica horas aguardando seu atendimento, a procura é intensa e não há limite de pacientes, mas todos são atendidos, apesar das macas e leitos estarem ocupados. O imprevisto faz parte desse contexto. Os corredores ficam lotados, as macas são colocadas no chão, configurando-se uma realidade freqüente, que, de algum modo e grau, constrange os dirigentes e funcionários da instituição, bem como leva à indignação da sociedade.

O adolescente que tenta suicídio é atendido nessa emergência, colocado lado a lado a pacientes com diversas formas de agravo à saúde. O Centro de Atendimento Toxicológico do Ceará - CEATOX é acionado e um farmacêutico acompanha o paciente para identificar o agente toxicológico. A ficha de notificação do CEATOX é preenchida, na qual são registrados os dados de identificação, a circunstância e o agente tóxico, originando a notificação de intoxicação exógena do tipo intencional (tentativa de suicídio). Esse adolescente permanece na emergência, onde é feito o atendimento médico e de enfermagem, com a realização de procedimentos, como lavagem gástrica e providenciado os recursos necessários à manutenção da vida do paciente. O serviço social também contribui com suas ações

que, na maioria das vezes, ficam restritas às informações porque há uma grande demanda para ser assistida. A instituição não conta com um profissional que direcione o cuidado mais atento e monitorado para a população suicida.

A família acompanha esse "calvário", de forma perplexa; inexistente um acompanhamento psicológico, alguém que ofereça um apoio, um aconselhamento, uma sala, uma cadeira, ou seja, um ambiente preparado para acolher o adolescente e respectiva família, que vivenciam esse impacto. Após o atendimento emergencial, para a família só resta esperar, decepcionar-se, reclamar ou agradecer. Vale esclarecer que, dependendo da equipe, diurna ou noturna, a espera, o respeito ou desrespeito, o melhor ou pior atendimento, é nitidamente percebido.

O relato de uma mãe acompanhando a tentativa suicida de sua filha, em momento de angústia, impotência e fragilidade coloca: *"O que eu vou fazer agora com a minha filha?" "Não tem um encaminhamento, um psiquiatra para vim, olhar ela"*. Essa mãe contesta o modelo assistencial do hospital, que salva a vida, mas não tem encaminhamento e apoio para a conclusão do tratamento e faz a seguinte pergunta: *"Cadê a área da saúde?. A área da saúde não era para ser assim"*.

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

Pode-se argumentar que esse comentário seja fruto de um ato impensado, de condições de trabalho insalubres que desgastam e contrariam, também, as expectativas do exercício de uma prática profissional. Essa superlotação deixa os

profissionais insensíveis e perplexos com a violência da cidade, o sistema em que se vive e a banalização da vida. É um local que promove o desgaste físico e emocional, onde se perde e salva vidas. É preciso, sempre que possível, tentar se pôr no lugar do outro, ter compaixão, ser apenas humanizado, ser parte importante na rede de apoio ao bem-estar desse jovem.

Sampaio e Boemer (2000), ao refletir sobre vivências acerca do atendimento profissional da pessoa suicida, em emergências psiquiátricas, salas de recuperação anestésicas, constataram que os profissionais não compreendem nem estão preparados para lidarem com esse problema de saúde; detectaram que a agressividade, o preconceito e a incompreensão foram constantes em seus discursos.

Em diálogos informais, funcionários da emergência, UTI e CEATOX da instituição relatam que o adolescente se sente rejeitado, pelo pai e pela mãe, pelo namorado. Essa rejeição, na visão desses profissionais, depende muito da estrutura familiar. Um diálogo retrata que provém de *"desajuste, condições financeiras, e desavenças. A parte afetiva das pessoas, a estrutura familiar e o apoio faltam para esses jovens"*.

4.2 Adolescentes que tentaram suicídio

Os adolescentes entrevistados tiveram o seguinte perfil: renda familiar de 1 salário mínimo, escolaridade de ensino fundamental incompleto; apenas 1 cursava o ensino superior. Negaram exercerem atividade produtiva, afirmando que eram dependentes dos pais, tios ou do marido; negaram, ainda, participação em atividades esportivas, bem como serem pessoas em que a religião fosse uma prática em suas vidas. Negaram, também, a prática de atividade social na comunidade.

A estrutura familiar da maioria dos adolescentes é composta de pais separados, alguns vivem com tios e avós ou moram com a mãe e não tem contato com o pai; outra vive com o pai e a mãe não os procura mais. Eis a descrição das histórias desses adolescentes. Denominamos esses adolescentes por letras alfabéticas, na seqüência de **A** a **L**, visando a preservar o anonimato.

☺ Adolescente **A**

A, 18 anos, cursou até a 8ª série do ensino fundamental, em escola pública, mora sozinha em um barraco, em bairro populoso onde se localiza um dos maiores conjuntos residenciais de Fortaleza. A localização de sua residência é de difícil acesso, apesar de ter indicado como ponto de referência mercearias e um telefone público, nas proximidades. Negou realizar alguma atividade produtiva. É filha adotiva, foi criada desde os 4 meses por esta família e, no processo do seu crescimento e desenvolvimento, ela apresentou atitudes de rebeldia e má conduta. Sua irmã relatou que *“ela fez com que a família perdesse o amor por ela. Ela já morou comigo, já morou com todo mundo. Ela não quis nada da vida”*. Esclareceu que a Adolescente **A** estava roubando, os vizinhos se revoltaram, e a família toda se revoltou com ela e que ninguém agüentava mais. Essa adolescente é mãe de um bebê de 6 meses e disse que a razão de ter tentado o suicídio foi porque *“o pai da minha filha, ele gosta de outra, aí pensei em me matar e tomei veneno pra rato”*. O pai de sua filha é umbandista, desempregado e usuário de crack, segundo relatos de **A** e de sua irmã. **A**, como todo adolescente, tem seus sonhos e inquietações: *“desejo trabalhar, cuidar da minha filha; queria ser feliz, com minha família e a minha filha. Minha filha é um bebê de 6 meses”*. Relata insatisfação com seu corpo ao dizer que *“tenho vergonha dos meus seios”*. Falou que já tinha procurado a Santa Casa e desistiu pela grande demanda. Outra coisa que a entristecia era quando brigava com

o companheiro, pois ele desdenhava dos seus seios. Afirmou que estar viva representava tudo para ela e queria mudar a sua vida. Chegou a relatar que pensava que ninguém da família iria visitá-la, porém sua irmã foi visitá-la e, assim, colocou-se: *“eu vim pra dar conselho a ela, pra ela viver a vida dela, porque esse homem que ela vive não dá valor a ela, ele mesmo disse que ia viver a vida dele”*. Perguntava-se, na entrevista, caso **A** fosse um profissional que trabalhasse com adolescentes, o que diria para um adolescente que tentasse suicídio, e **A** respondeu: “não faça isso”.

A visita domiciliar dessa jovem ocorreu após duas semanas da alta hospitalar. Mora num bairro da periferia da cidade. A casa em que mora apresenta condição de habitação desfavorável, foi construída com tábuas, tem água e luz clandestinas e possui dois cômodos. Estava sozinha com a filha recém-nascida de 6 meses de idade. A criança aparentava desnutrição, baixo peso, pele irritada e com lesões. O companheiro não retornou para casa e não ajuda na manutenção da alimentação da filha. Vive da ajuda dos vizinhos que, apesar de viverem também em dificuldade, mostram solidariedade. Foi possível fazer duas visitas, na terceira, todavia, não encontrei a adolescente e os vizinhos informaram que fazia dois dias que não aparecia em casa, talvez tinha ido procurar a mãe dela.

☺ Adolescente **B**

B, 18 anos, homossexual, estudou até a 5ª série do ensino fundamental, em escola pública. Tem aparência feminina, assume sua homossexualidade e relata que o relacionamento familiar é normal, pois os pais aceitaram sua opção sexual e afirma que eles *“aceitaram o meu jeito de ser”*. Filho de família numerosa, oito irmãos, mora com os pais e irmãos. O pai é vigia de rua e ganha 1 salário mínimo mensal, para o

sustento da família. A casa onde mora fica localizada em um bairro próximo a um distrito industrial na grande Fortaleza. Localizar sua residência não foi muito difícil, pois fica em rua asfaltada e as referências dadas favoreceram a localização. **B** trabalha como dançarino em uma banda de forró e ganha R\$ 25,00 por show. Com esse dinheiro, ajuda em casa e paga suas despesas pessoais. Disse que tentou suicídio por ter encontrado o namorado com outro e, em decorrência disso, sofrera grande desilusão e resolveu acabar com sua vida. Afirma ter pensado no pai e na irmã antes da tentativa. *“Primeiro eu queria me enforcar lá no meu quarto, mas não encontrei uma corda e, na outra, eu queria pular da ponte”*. No final, optou pelo veneno de rato. A família não estava acompanhando o jovem durante o internamento hospitalar e **B** informou que os familiares estavam responsabilizando o namorado pelo ocorrido, com o que concordava. Estar vivo, para **B**, representava nascer de novo e, por isso, tinha que *“agradecer muito a Deus”*. Caso **B** trabalhasse com adolescente, disse que *“não tinha idéia o que diria”* a um adolescente que tivesse tentado suicídio.

Residência em condições de bastante pobreza, chão de areia e cômodos apertados. Apesar de agendada a visita domiciliar, não foi encontrado o adolescente em casa na 2ª e 3ª visitas. A mãe de B relata que ele saía muito e passava a noite fora, às vezes, ela não sabia nem onde ele estava. Ele viajava muito, pois dançava numa banda de forró. Confirmou que **B** ganhava pouco e recebia por show R\$ 25,00. A dificuldade é grande para sustentar oito pessoas com apenas 1 salário mínimo, e a mãe, complementa, e agradece a Deus por comer uma vez por dia. A casa é de tijolo, piso de areia grossa e possui 4 cômodos. A água para consumo vem da rede geral, ponto clandestino, e as contas de energia estão meses atrasadas.

☺ Adolescente “C”

C, 18 anos, estudou até o 2º grau completo. Mora em bairro de classe média na zona norte de Fortaleza, com uma tia e uma irmã. Nega afetividade pela mãe biológica. *“Eu não considero ela minha mãe”.* *“Eu não vejo ela, é muito difícil eu ir lá, faz dois anos que não vou lá”.* Disse que o que a motivou a tentar o suicídio foram os conflitos familiares. *“Eu fui agüentando, agüentando, aí juntou também que o meu namoro tinha acabado”.* **“C”** comportava-se de forma desafiadora e isso era motivo dos conflitos familiares. *“O pessoal discutia porque eu faltava aula, porque eu saía demais, porque eu tenho muito amigo homem”.* As palavras desrespeitosas e de agressão verbal eram proferidas pela tia e isso magoava bastante a adolescente. *“Ficava me esculhambando, me chamando de vagabunda, coisa que eu não gosto”.* Disse, ainda, que não tinha amizade com a mãe biológica e, apesar de não lhe faltar nada financeiramente, queixou-se da falta de carinho. *“Tudo que eu preciso minha tia dá, financeiramente, escola, e o que mais falta é carinho”.*

☺ Adolescente D

D, separado, 19 anos, cursou até a 6ª série do ensino fundamental, mora num bairro populoso, na zona leste da cidade, é pai de três filhos. Disse que, após a separação, ficou sabendo que a esposa o traiu como demonstra a fala: *“Descobri, depois da separação, que ela me traía e aí, a partir daí tudo começou, a revolta na minha vida”.* No primeiro ano de casamento, foi alertado por amigos que a esposa estava sendo infiel. *“Eu não acreditava; nunca quis acreditar”.* Transtornado com a descoberta, o adolescente **“D”** resolveu tomar chumbinho. Passou vários dias

internado na Unidade de Terapia Intensiva, após a recuperação, demonstrou-se arrependido e, apesar das fases de sofrimento, a lembrança dos filhos e, agora, com um novo olhar para o futuro, sonha, com apoio espiritual e dos filhos, vencer essa etapa de vida. O adolescente coloca-se com a seguinte fala: *“O que mais importa agora é poder viver, ter força todo dia pra poder lutar e sair dessa”*.

O jovem rapaz falava sobre o assunto com bastante desenvoltura, olhar firme, referia-se à necessidade de procurar uma ajuda religiosa. A entrevista foi realizada na casa do irmão que o acolheu. Devido à separação, pensa em voltar para a casa da mãe no interior da serra de Guaramiranga. Pensa nos filhos e chora durante a entrevista; eles estão sobre os cuidados do avô materno. A residência do irmão era humilde, continha 5 cômodos e móveis velhos, porém conservados. Era onde morava com a mulher e dois filhos. A visita foi agendada no hospital após alta hospitalar. O adolescente ficou poucos dias na casa do irmão, pois viajou para o interior, fato que impediu a continuação das entrevistas.

☺ **Adolescente E**

E, 17 anos, cursou até o segundo ano do 2º grau. Mora próximo ao Jóquei Clube, bairro da periferia da cidade em Fortaleza. Há 1 ano, saiu da casa dos pais para viver com o namorado. Disse que tentou suicídio devido a uma discussão com o companheiro. *“Ele disse que ia me deixar”*. As lembranças dos pais e da experiência semelhantes vividas pela irmã contribuíram para a decisão, conforme a fala: *“A minha irmã já foi junta e eu, mas eu vou casar”*. **E**, apaixonada e acreditando que seria abandonada pelo companheiro, decidiu tomar chumbinho. *“Eu fiquei olhando para a foto dele e peguei o lençol dele para ficar cheirando”*. Romântica e com ar sonhador, relata que foi socorrida pelo marido, que ficou perplexo com a conduta da

jovem e parecia transtornado ao acompanhá-la na emergência. Proferiu as seguintes palavras no momento de socorrer a esposa. *“Você sabe que gosto de tu”, “Sabe que te amo” e “Se você fosse embora eu iria te buscar na sua casa”*. **“E”** estava sempre acompanhada pelo marido, que se mostrou atencioso e bastante preocupado. Ela, com aparência frágil, porém respondia a todas perguntas, no início parecia bastante tímida, mas, depois, falou com facilidade. Mora em uma casa, na periferia, alugada, de tijolos, com 4 cômodos, usam água da rede geral de esgoto e energia elétrica, mas pensa em se mudar logo dali para procurar um lugar mais barato. As visitas domiciliares foram realizadas conforme agendamento prévio. A casa estava bem arrumada, com fotos do casal, peças decorativas sobre a televisão. Perguntei novamente sobre o acontecido, mas a jovem se mostrava muito preocupada em não decepcionar os pais, por isso, queria regularizar sua situação matrimonial.

☺ **Adolescente F**

F, 13 anos, está cursando a 6° série do ensino fundamental, em escola particular, mora em casa duplex, própria, em um bairro de classe média da cidade, nas proximidades da zona leste. Recebe ajuda financeira da tia para o pagamento dos estudos. Menina de boa aparência, conversa com desenvoltura. Tomou chumbinho, esteve bastante grave. Ficou por vários dias internada na Unidade de Terapia Intensiva. A adolescente **F**, ao sair da UTI, disse que não recordava porque tentou suicídio. Respondeu com a seguinte fala: *“Eu quero responder isso para mim também”*. *“Eu tento lembrar mais não consigo”*. Na observação de campo a pesquisadora registra a dificuldade da família em falar da tentativa de suicídio, como mostra a fala da mãe da adolescente. *“Acho que isso é depressão, isso é normal, nesta idade”*. **F** foi submetida a exame de corpo e delito para verificar abuso sexual,

mas nada foi comprovado. A família suspeitava de assédio sexual, não queria imaginar como iniciativa da adolescente a tentativa de suicídio. A jovem, segundo a enfermeira da UTI, que estava no plantão, testemunhou que, ao acordar da sedação, a adolescente falava que não estava grávida, e com a sensação que estava em um motel. A pesquisadora insistindo, em outro momento, em esclarecer o real motivo da tentativa de suicídio tem como resposta de **F** a seguinte fala: *“Disseram que tinha rolado uma coisa na escola que poderia ter ocasionado isso”*. *“Estavam falando de mim. Fofoca. Mas não lembro”*.

A visita domiciliar só foi permitida após autorização da tia da jovem. A tia é solteira, com idade aproximada de 48 anos, e ajuda financeiramente a família. Não permitiu que a pesquisadora ficasse sozinha com a adolescente, fato que causou prejuízo na coleta de dados para a pesquisa. A jovem divide o quarto com a irmã mais nova, de 10 anos. Quarto confortável, cheio de bonecas e bichinhos de pelúcia espalhados pela cama. Casa duplex, bem construída. Cozinha planejada, sala ampla e bem organizada. A visita foi agendada e confirmada por telefone. A jovem sempre respondia as perguntas com olhar firme, sem embaraços, não alterando os resultados já anotados durante o contato já estabelecido no ambiente hospitalar.

☺ **Adolescente G**

G, 16 anos, estudou até a 7ª série do ensino fundamental, mora com a mãe e irmãos, residência localizada no bairro Jardim América, pais separados. Tomou chumbinho porque o relacionamento de 2 anos com um rapaz havia acabado. *“Eu não consegui me controlar e tomei chumbinho”*. O relacionamento estava em conflito por causa da mãe do rapaz que era contra o namoro, conforme afirma na fala: *“Disse que ele tinha outra pessoa, que eu era uma puta”*. *“O único jeito foi me matar*

porque a mãe dele me pressionou muito". As promessas feitas, as juras de amor foram resumidas na seguinte fala: *"Ele buliu comigo, prometeu casar comigo"*. O relacionamento sexual fortaleceu ainda mais a relação e a jovem se envolveu plenamente, deixando os estudos e o sonho de ser bailarina em segundo plano. **G**, em um momento da entrevista, abriu os braços, olhou para o teto, e sem nenhum constrangimento falou: *"Eu não quero outra pessoa na minha vida"*. A inocência e a pureza da jovem emocionaram a pesquisadora. Nega conflitos com a mãe e irmãos.

Não foi possível encontrar o endereço da adolescente, pois as referências não foram suficientes para localizá-la. Após duas tentativas, sem sucesso, ficou impossível o contato no domicílio.

☺ **Adolescente H**

H, 19 anos, segundo grau completo, estudou em escola pública, mora em bairro localizado na zona norte de Fortaleza, com a mãe. Filha de pais separados. Mãe, lavadeira, renda mensal aproximada de 1 salário mínimo. Caçula da família de três filhos. Os irmãos são casados e moram em outra localidade. Afirmou que tomou *chumbinho* porque brigou com o namorado, conforme a fala: *"Discuti com meu namorado, passamos a tarde bebendo"*. Deprimida, acompanhada da mãe e irmão mais velho. A jovem bastante tímida, olhar para o teto, sobre a maca fria da emergência, local onde ficou todo o período de internamento, acompanhada por pacientes graves, em ventilação mecânica. O ambiente da emergência agitado, mas a jovem parecia não estar ali. O atendimento emergencial foi prontamente realizado com sucesso. O agendamento da visita domiciliar foi recebido com entusiasmo pela mãe da adolescente, que forneceu telefone, endereço e referências. Devido ao curto

período de internamento a visita domiciliar foi iniciada na semana seguinte, onde foi possível uma interação entre pesquisadora, família e adolescente.

A localização da residência foi facilitada, pois possui telefone. Fácil acesso, rua próxima à avenida principal do bairro. A receptividade da mãe da adolescente foi bastante acolhedora. Casa de 5 cômodos, própria, piso de cimento queimado, água de poço profundo, energia elétrica. A mãe sustenta a filha com a lavagem de roupas que é realizada em sua própria residência. Possui televisão e geladeira. O quarto da adolescente é decorado com foto de artistas. Durante as visitas a adolescente se mostrou bem disposta, mas não queria mais falar sobre o assunto. Sonha em arranjar um emprego para ajudar a mãe. Está freqüentando a igreja, semanalmente, e, às vezes, sai com alguma amiga. Nega contato com o ex-namorado e enfatiza que só pensa no futuro, arranjar um emprego e ajudar a mãe.

☺ Adolescente I

I, 19 anos, Universitária, mora com avó materna no bairro Monte Castelo, zona Norte da cidade de Fortaleza, e é filha de pais separados. Sua mãe é comerciante e vive com outro companheiro, tendo com este um filho de 10 anos de idade. A adolescente, ao terminar o relacionamento com o namorado, tentou suicídio com organofosforado. Devido à gravidade do caso, a adolescente foi encaminhada para o serviço de terapia intensiva. Apresentava quadro depressivo grave e não respondeu a nenhuma pergunta da pesquisadora no ambiente hospitalar, apesar de várias visitas e tentativas. Nas anotações de campo foi possível registrar as reações da adolescente quando foi estimulada a um diálogo sobre os motivos que a levaram a tentar suicídio. *“Não respondeu”. “Vira para o lado com olhar fixo no chão. Mostrava-se bastante deprimida”*. A mãe estava sempre acompanhando a filha e revelou que o real motivo da tentativa de suicídio foi o rompimento do namoro. *“Ela disse ao médico*

que foi por causa do namorado". A mãe angustiada faz um desabafo e coloca-se à disposição para falar no lugar da filha. *"O que eu vou fazer agora com a minha filha?" "Não tem um encaminhamento, um psiquiatra para vim e olhar ela"*. A mãe contesta o modelo assistencial do hospital, que salva a vida, mas não tem encaminhamento e apoio para a conclusão do tratamento e faz a seguinte pergunta: *"Cadê a área da saúde?"*. *"A área da saúde não era para ser assim"*.

A visita domiciliar foi previamente agendada e confirmada por telefone. A família mora em uma boa casa, de classe média. Ela vive com a avó materna, mas está sempre em contato com a mãe, que mora na mesma rua. A mãe procurou ajuda psiquiátrica por conta própria, pois não houve um encaminhamento por parte da equipe do hospital. O psiquiatra foi providenciado durante o período de internação, com ajuda de uma tia que é delegada. Devido ao quadro depressivo intenso, a visita foi agendada por um período mais longo, tempo suficiente para que a pesquisadora pudesse ouvir a adolescente, pois não tinha sido possível durante o internamento. A adolescente *I*, após três meses de tratamento, tem uma vida normal. Decidiu trancar a faculdade, mas já está estudando para realizar outro vestibular, pois o novo curso, enfermagem, tem mais perspectiva de emprego. Disse que não pensa mais no que aconteceu, que procurou ajuda religiosa e, até, está saindo com amigas. A adolescente respondeu a todas perguntas colocadas e confirmou que tentou suicídio por causa do namorado.

☺ Adolescente “J”

J, 19 anos, cursou até a 5ª série do ensino fundamental, mora em bairro na periferia, zona leste da cidade de Fortaleza, é casado, desempregado e pai de dois filhos. Esteve, por duas semanas, em estado grave e necessitou de internamento na unidade de terapia intensiva. Disse que tentou suicídio, porque a esposa o deixou. *“Eu estava muito. Sei lá, sem ninguém”*. Fato este que se agravou com a situação financeira ruim e com o desemprego. Assim complementa: *“Eu tava devendo umas coisas. Eu estou parado”*. Por ser viciado em jogar baralho e ter muito ciúme da esposa, a vida do casal estava ficando insustentável. *“Eu sou muito ciumento”*. **J** é o segundo marido da sua companheira e se mostra preocupado com a situação da família, pois quer sustentá-la. *“Tenho dois filhos, mas, se eu arranjasse um trabalho, a minha vida ia melhorar mais um pouco”*. A situação socioeconômica vivida por esta família deixa evidente que ela influenciou na decisão da sua tentativa de suicídio como demonstra o depoimento do jovem: *“Ela está preocupada, porque ela não tem dinheiro, nós somos pobres”*. *“Eu estou ; sei lá; não sei que faça da minha vida não”*.

A visita domiciliar não foi realizada devido à dificuldade de encontrar a residência, pois o acesso era difícil. Quando a pesquisadora estava procurando o bairro, foi alertada do perigo de assalto que estava correndo, por isso, foi interrompida a primeira tentativa. Na segunda tentativa, a pesquisadora foi acompanhada, mas a família não estava em casa e os vizinhos não sabiam informar para onde eles teriam ido. Sem contato telefônico, ficou difícil a possibilidade de uma nova visita. O contato no ambiente hospitalar foi intenso e as respostas dadas foram suficientes para satisfazer os questionamentos da pesquisadora.

☺ Adolescente **K**

K, 13 anos, cursando a 5ª série do ensino fundamental, em escola pública, mora num bairro afastado da cidade, na zona norte. Renda familiar de 3 salários mínimos. Filha de pais separados, mora com a avó paterna, irmãos e o pai, ficou acompanhada pela tia durante o período do internamento. Convicta dos seus sentimentos, relatou suas experiências tristes da infância, sem a mãe. A jovem, ao lembrar da infância, menciona a seguinte fala: *“A minha mãe não quer nós”. Uma vez liguei para ela e ela me disse*. Tentou suicídio porque o namorado arranhou outra. *“Ele foi e lá passou chifre em mim”. “Aí eu tomei veneno”*. **K** revela que já tinha pensado em se matar anteriormente. *“Já pensei em me matar antes, quando o meu pai fazia ódio a eu”*. Geniosa e bastante convincente nas respostas, após experiência vivida, mostrou-se arrependida. *“Aí penso mais não, em morrer”*.

Mora com os avós, em casa com varanda, bem ventilada, telhado envelhecido, paredes já desgastadas, alguns móveis quebrados. Divide o quarto com a irmã, com a qual vive em conflito. O pai, homem rude, sem estudo, trabalha no sítio da família, de onde tira o sustento dos filhos. Casa de tijolo possui água da rede geral de esgoto e energia elétrica. A avó, 60 anos, ajuda na criação dos netos e fala que a adolescente sempre foi uma criança geniosa e desobediente. Nunca aceitou a ausência da mãe. A adolescente nega acompanhamento por parte de psicólogos ou psiquiatra após o ocorrido. Pensa em estudar e ajudar a avó no cuidado com os irmãos.

☺ Adolescente L

L, 16 anos, estuda a 6ª série do ensino fundamental, mora com os pais, em um bairro da periferia de Fortaleza na zona oeste da cidade de Fortaleza. Pai, vigia de rua, ganha 2 salários mínimos, e tem 3 filhos. Durante o internamento a adolescente estava acompanhada, na emergência, pelo namorado e os pais não sabiam pois a tentativa de suicídio ocorreu na casa da tia. Durante as visitas posteriores a pesquisadora fez contato com familiares da jovem que concederam autorização para o desenvolvimento da entrevista. Ao ser questionada sobre o motivo que a levou tentar o suicídio, L respondeu: *"Porque eu briguei com meu namorado". "Aí ele disse que não dava mais certo"*. Ingeriu grande quantidade de medicamento "Gardenal" devido ao rompimento do namoro. Inconformada, partiu para agressão física, bateu no namorado e na rival. Revelou que ficou totalmente fora de si quando recebeu um telefonema. *"Recebi uma ligação dizendo que ele estava me traindo"*. Tinha grande receio de ficar solteira. *"Eu não quero ficar solteira, sem ele"*. Adolescente com boa aparência, cabelos lisos, dentes bonitos, olhar expressivo, cor branca. A tia disse que ficou surpresa com a conduta da sobrinha. *"Menina meiga, nunca tinha dado trabalho aos pais"*.

A visita domiciliar foi agendada e após a terceira tentativa de visita, fui informada por parte da família, tia da adolescente, que a mesma estava na casa da tia, outra vez, na casa da avó. Que ela não tinha nada, estava recuperada e não pensava mais em fazer isso. Senti a resistência por parte da família, para que a visita domiciliar não fosse realizada, apesar do termo de consentimento ter sido assinado.

5. DISCURSO DE ADOLESCENTES QUE TENTARAM SUICÍDIO

Ao permitir que os adolescentes verbalizem suas angústias, sentimentos, incapacidades diante de situações que levaram a visualizar a morte como uma passagem para a solução de crises existenciais, damos um passo na tentativa de trilhar por uma abordagem compreensiva, junto a adolescentes suicidas.

Sampaio e Boemer (2000), em trabalho que busca as causas de suicídio, em abordagem fenomenológica existencial, consideraram que a compreensão dessa faceta de morte pode constituir em subsídios para redirecionar práticas profissionais, no sentido de se prevenir reincidências, como também evitar que pessoas potencialmente suicidas venham concretizar essa ideação.

Nessa perspectiva, o estudo discorre sobre as razões de tentativas suicidas de adolescentes atendidos em um hospital de emergência, em Fortaleza, Ceará.

5.1 Frágeis relacionamentos, arrependimento e reações ambíguas

Retomar as características da adolescência pode favorecer a compreensão de atitudes drásticas, impensadas e que estão finalizando em tentativas de auto-extermínio por adolescentes. Essas atitudes, no estudo justificadas por “um amor não correspondido”, são consideradas fúteis e até mesmo incompreensíveis aos olhos do adulto que se autodefine como equilibrado, pertencente a um núcleo familiar estruturado, e bem sucedido na esfera biológica, relacional, econômica e cultural.

O adulto, centrado e equilibrado, pode ser aquele que está legislando conteúdos que formam as políticas de atenção à saúde do adolescente, que tenta operacionalizar essas diretrizes, que promulga estatutos, que se torna profissional para acolher esse adolescente. Pode ser também aquele que constitui família, atropela e é atropelado pela inversão da moral, da ética, de valores e se vê diante de adversidades e travando lutas e batalhas para sobreviver.

Nessas condições de adversidade esse adulto gera filhos, que por sua vez são criados com referenciais distorcidos, sem estabelecimento de vínculos ou vínculos frágeis. A desorganização social, estrutural e familiar se configura como modelo e esse adolescente tece seu caminho de sonhos, aspirações, decepções, desencantos, desesperança e trágicas atitudes.

A necessidade de pertencer social e culturalmente faz com que migrem na tentativa de viver e co-habitar dignamente; outros enveredam pelo consumo de drogas, procuram outras manifestações culturais, profetizam. Outros aparentam ter o que a sociedade do consumo traçou como “qualidade de vida”: moram bem, têm acesso à tecnologia, têm uma família articulada, mas esses instrumentos não estão em sintonia.

Imersa nessa teia complexa e cheia de significados culturais, de crenças, visão de mundo, simbolismos, religiosidade e maneiras de pensar e decidir, estão os adolescentes e suas famílias. Sem poder dissociá-los, os adolescentes e famílias vivenciaram uma tentativa de suicídio, foram socorridos, expressaram suas razões, compartilharam momentos de dor, tristeza, angústia e, paradoxalmente, de esperanças.

Na concepção de que abordar suicídio na fase da adolescência possa parecer “chocante” e paradoxal, torna-se muito necessário, pois as estatísticas têm demonstrado que essa taxa vem crescendo nos últimos anos.

D'Oliveira (2004) acrescenta que o suicídio é um fenômeno violento, complexo e merece uma ampla discussão na sociedade. Apresenta especificidade que permite o desenvolvimento de medidas favoráveis a uma política de prevenção, proibição de determinados meios e melhoria da assistência médica (atenção a grupos vulneráveis).

Oliveira e Lotufo Neto (2003) relatam que, em 1990, mais de um milhão de pessoas se suicidaram, o que corresponde a 1,6% da mortalidade mundial, ficando o suicídio entre as dez causas de morte, de acordo com os dados do Banco Mundial. Em 2000, a taxa de mortalidade por suicídio no mundo todo foi de 14,5 em cada 100 mil pessoas, sendo a quarta maior causa em pessoas com idade de 15 e 44 anos. O aumento expressivo das estatísticas exige providências emergenciais por parte dos órgãos competentes (D'OLIVEIRA, 2004).

Estudiosos do tema salientam que se todas as tentativas de suicídio também fossem computadas, os números se tornavam de 10 a 20 vezes maiores e os índices variam muito de país para país, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (D'OLIVEIRA, 2004).

No estudo, os adolescentes apontaram como razões para as tentativas suicidas problemas de natureza relacional, amorosa e familiar, contudo o rompimento com a pessoa amada foi referido como o ponto crucial, impulsionando-os à concretização da idéia suicida, o que originou a categoria **Amor não correspondido**.

Esse significado de amor não correspondido relaciona-se ao amor da família, da mãe, da inexistência de harmonia e respeito na família; não demonstrações de carinho, de alguma parte do corpo que não responde aos padrões de estética e beleza, das relações que se estabelecem na escola, da construção imaginária do que seja um “casamento”, enfim, esse amor não correspondido significa um símbolo no qual o adolescente transfere e projeta sentimentos complementares ou ambíguos.

Os indicadores socioeconômicos desses adolescentes foram revelados pelas condições precárias quanto à habitação, alimentação e renda familiar e essas situações desfavoráveis podem ter contribuído, de forma indireta, para a tomada de decisão. As necessidades referidas e sentidas por esses adolescentes são variadas, perpassam os aspectos estéticos, de relacionamento familiar, sentir-se amado, como também de exteriorizar a formação de uma personalidade autoritária.

Esta assertiva é comprovada pelas seguintes falas: *“Ele é tudo para mim”* (G). *“Ele disse que não me queria mais, o pai da minha filha, ele gosta de outra. Pensei em me matar”* (A). *“Porque eu terminei com meu caso”* (B) *“O amor não correspondido”* (D). *“Ele disse que ia me deixar”. Eu estava com a foto dele e o lençol dele para ficar cheirando”* (E).

A estrutura familiar, da maioria dos jovens, era caracterizada pelas privações econômicas, sociais, culturais, além da presença da dissolução de vínculos conjugais; os pais eram separados, filhos criados pelos avós, relato da existência de conflitos familiares, agressões verbais e desrespeito entre os membros da família. Esse modelo de família com a dissolução de vínculos tem contribuído para fomentar a ideação suicida, cada vez crescente, e fazer com que o adolescente chegue a sua concretização.

“Moro num barraco. Não trabalho, vivia às custas dele. Queria ser feliz com minha família e a minha filha” (A). “Moro em uma casa de tijolo e o chão é de areia grossa. Meu pai ganha 1 salário mínimo para sustentar 8 pessoas” (B). “Tudo que preciso minha tia dá financeiramente, escola, o que falta é carinho. Fui agüentando, agüentando, foi por causa da confusão lá de casa” (C).

Para Assis e Avanci (2004), independente da sua estrutura e configuração, a família é o palco em que se vivem as emoções mais intensas e marcantes da experiência humana. É o lugar onde é possível a convivência do amor e do ódio, da alegria e da tristeza, do desespero e da esperança.

Fortalecendo esta colocação, Boff (1999) diz que o ser humano é um nó num feixe de relações e nós nos tornamos pessoas, construímos nossa identidade através das pessoas com quem nos relacionamos e, assim, diferenciamos nossa singularidade.

Para Ballone (2003), as variáveis familiares costumam estar fortemente associadas com o ato suicida dos adolescentes. Algumas dessas variáveis dizem respeito à estrutura familiar, bem como as relações entre os membros da família. Tem sido também observado que o risco de cometer suicídio em famílias com apenas um dos pais é maior do que nas famílias com ambos os pais.

Trabalhos realizados com adolescentes latino-americanos, imigrantes nos Estados Unidos, identificaram estruturas familiares semelhantes ao desta pesquisa (COBB et al, 1996 apud D’OLIVEIRA, 2004). Complementando esses dados, Wenz (1978), após uma investigação com adolescentes com risco de suicídio, concluiu que todos os membros da família estavam envolvidos no processo que leva um ou mais dos seus membros a cometer atos suicidas (D’OLIVEIRA, 2004).

Gomes e Pereira (2005), ao discorrerem sobre famílias em situação de vulnerabilidade tendo como sujeitos adolescentes, atendidos em um Albergue, vinculado ao Pólo Central de Atendimento, unidade da Secretaria de Ação Social (Fortaleza), enfatizam que a situação econômica tem forte contribuição para a desestrutura familiar, com repercussão direta nos filhos. Esses se vêem ameaçados e violados em seus direitos. Percebe-se ainda que, para essa família, a perda ou rompimento dos vínculos origina sofrimento e leva o indivíduo à descrença de si mesmo, tornando-o frágil e com baixa auto-estima.

Entre os sujeitos da pesquisa, 2 do sexo masculino e 10 do sexo feminino, não houve relato de tratamento psiquiátrico anterior. Dentre os métodos utilizados para tentarem suicídio, a intoxicação exógena com “chumbinho” foi o escolhido.

Pode-se inferir que essa escolha possa ter sido decorrente do baixo custo, facilidade na compra, pois não se exigia prescrição para que a venda fosse realizada. Atualmente a comercialização desse produto (chumbinho) foi proibida por lei municipal. Um dos adolescentes ingeriu Paraquat, agrotóxico que é usado na lavoura do arroz; um outro tomou uma substância anticonvulsivante (Fenobarbital).

O adolescente, ao perceber, em uma visão pontual, a impossibilidade de solucionar seus problemas, esse ato pode se concretizar por várias maneiras: utilização da arma de fogo, o uso de materiais que favoreçam o enforcamento, exposição de substâncias voláteis que provocam queimaduras, dentre outros mecanismos, como a ingestão de drogas e uma diversidade de substâncias que induzem aos envenenamentos.

Sobre a incidência entre os sexos, os achados da pesquisa comprovam os dados da Organização Mundial da Saúde sobre a questão de gênero, no que diz respeito aos suicídios e às tentativas, pois esses ocorrem de modo diferente entre

gêneros. As maiores taxas de suicídios se registram entre os homens e, as tentativas, entre as mulheres (OMS, 2002).

Enfocando a temática em relação aos jovens, D'Oliveira (2004) assinala que quando ocorre uma tentativa ou um suicídio entre jovens, várias questões são levantadas e nunca se encontra uma resposta única. A compreensão dos estudiosos é que se pode tentar entender as circunstâncias dos fatos, as crises vivenciadas pelo indivíduo e sua família, a escola, o lugar de trabalho, os sentimentos envolvidos, a influência e o peso dos fatores ambientais. Ele não acontece fora de um sistema social, ainda que os indivíduos pareçam estar isolados da sociedade.

Nesse sentido, a discussão do suicídio de jovens não é nova, já tendo sido feita no clássico trabalho de Emile Durkheim (1951), ainda hoje uma referência. Ele observou que as características do suicídio entre jovens adolescentes diferiam das características desses eventos em indivíduos de outras faixas etárias. Em seu trabalho evidenciou que a estrutura familiar, o estado civil, o gênero do cônjuge e número de filhos são importante variáveis a serem observadas e a coesão social, em que estão associados à questão relacional, ao comportamento social, aos costumes e às opiniões (MINAYO, 1998).

Souza *et al.* (2003), ao pesquisarem sobre suicídio, encontraram 32 textos nacionais e 318 internacionais sobre o tema. As vítimas mais citadas nos casos de tentativas são os adolescentes e adultos jovens, de 12 a 30 anos, solteiros(as) e mulheres com nível de educação formal muito baixo. Poucos artigos analisados apresentam soluções preventivas ou fazem quaisquer outros tipos de recomendações. Algumas propostas, no entanto, são notórias e merecem ser destacadas. Por exemplo, foi sugerida maior atenção às pessoas com problemas de depressão, de comunicação familiar e de baixa auto-estima. Um dos estudos

ressalta a importância da adoção de medidas preventivas semelhantes às utilizadas em Cuba no Programa Nacional de Prevenção à Conduta Suicida, que oferece apoio médico e psicológico à pessoa e a sua família.

Nessa visão do atendimento dialógico, Oliveira (2004) relata que as dificuldades de comunicação entre os membros da família diminuem as possibilidades de as famílias utilizarem suas habilidades de construir estruturas mais flexíveis e de ter uma postura voltada para a superação dos problemas. Impede-as de buscar as melhores respostas diante das mudanças do cotidiano e das relações, potencializando os níveis de tensão e de crises. Nesse parâmetro, as tentativas de suicídio devem ser vistas como formas de comunicação de sofrimentos, geralmente dirigidas às pessoas mais próximas na medida em que esses indivíduos estão inseridos num contexto conjugal, familiar ou em qualquer outra rede social.

O desejo de fugir de uma situação desagradável, a luta contra as dificuldades cotidianas é muito desigual. Os obstáculos parecem ser intransponíveis, impossíveis de serem superados. A procura da paz, em certas circunstâncias, faz com que o adolescente pense que a morte pode ser uma forma de “descansar em paz”.

Nenhum ser humano pode dizer que jamais pensará em suicídio. A sensibilidade é o passaporte para a escura terra da dor e do sofrimento, de onde a morte parece ser, por vezes, a única saída. Prevenção do suicídio é uma expressão de força e de impacto. Se for entendida no sentido da medicina preventiva, estará se referindo a um dos aspectos mais importantes do trabalho com pessoas humanas em situação de crise, depressão ou, às vezes, de desespero (CVV, 2004).

Vale ainda ressaltar que se classifica o suicídio como um gesto de comunicação. O último gesto de comunicação de um indivíduo, gesto desesperado e

violento, que, no fundo, transmite alguma coisa para alguém ou para a sociedade, mesmo sem esperança de retorno. Temos a impressão de que o gesto suicida surge repentinamente. Meses e anos de sofrimento são necessários até que o desejo de morrer supere o forte impulso que todo ser humano possui para viver. A compreensão e o calor humano são o grande antídoto contra o desespero que leva ao auto-aniquilamento (CVV, 2004).

A busca de atenção, a falta de tempo, a pressa, a velocidade com que se vive impedem as pessoas de dar atenção umas às outras. Associar que “tempo é dinheiro” tem contribuído para criar lacunas que só serão preenchidas com o diálogo transformador de atitudes e possibilidades de resgate de valores, caracterizando o cuidado.

Segundo Boff (1999, p20), “o cuidado entra na natureza e na constituição humana. Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre. Outros perderam a própria fé na capacidade de regeneração do ser humano e de projeção de um futuro melhor”.

Os meios de comunicação mecanizados dificultam o relacionamento direto entre as pessoas, haja vista que cada uma busca seu refúgio, fecha-se em si mesma e, carente de atenção, distancia-se das aspirações, metas e objetivos de vida. O imaginário entra em ebulição e, sem apoio, baixa auto-estima e sem suporte familiar e social, a ideação suicida avança para a consolidação das tentativas, entre jovens adolescentes.

Nesse sentido, Lima *et al.* (2004) colocam que no desejo de vingança, quando se perde algum bem, material ou não, é natural que surja a raiva, sentimento humano dos mais freqüentes na vida cotidiana. É comum surgir o desejo de impor

ao outro o mesmo sofrimento que se vivencia e, muitas vezes, não se consegue encontrar outra forma de fazer o outro sofrer que não seja agredindo a si mesmo.

Essa espécie de ousadia irreverente do suicida incomoda tanto as pessoas que, com frequência, vemos as famílias esconderem o fato e simplesmente não querem falar sobre o assunto. Do ponto de vista ético e filosófico, o suicídio é bastante difícil. É de fato uma questão tão séria que seus aspectos éticos, religiosos, morais e culturais convocam ao seu estudo e compreensão todos os profissionais que possam interessar (BALLONE, 2003).

É um assunto difícil de ser abordado com adolescentes e famílias, pois apresentam introspecção, característica inerente a essa fase e, muitas vezes, por que não dizer, se mostram envergonhados em discorrer sem subterfúgios e evasivas sobre a questão do suicídio. De certo modo, apesar da modernidade, a tentativa de suicídio envolve questões éticas, valores e transpõe aspectos filosóficos, religiosos e culturais. Essas dimensões são colocadas em “cheque” quando estão envolvendo a subjetividade de quem pratica tal ação.

Para Sanvito (1997), a ética da sacralidade considera a vida como propriedade de Deus, dada ao homem para administrá-la. É um valor absoluto que só a Deus pertence. O ser humano não tem direito sobre a sua própria vida nem sobre a vida alheia.

Diante desse fato, Oliveira (2004) faz uma reflexão sobre uma tentativa ou um suicídio entre jovens, várias questões são levantadas e nunca se encontra uma resposta única. A compreensão dos estudiosos é que se pode tentar entender as circunstâncias dos fatos, as crises vivenciadas pelo indivíduo e sua família, a escola, o lugar de trabalho, os sentimentos envolvidos e a influência e o peso dos fatores

ambientais. Ele não acontece fora de um sistema social, ainda que os indivíduos pareçam estar isolados da sociedade.

O sentimento de pertença no meio social é importante para o adolescente e a escola faz parte desse campo social. Eis o discurso: *“Disseram que tinha rolado uma coisa na escola que poderia ter ocasionado isso”. Estavam falando de mim. Fofoca. Mas não lembro”* (F).

Referindo-se às colocações de Assis e Avanci (2004), merecem destaque as considerações, em que se pode avaliar que possuir baixa auto-estima causa muito sofrimento e dificulta a posição e o crescimento do jovem no mundo que o cerca. Eles são tão sensíveis às críticas que não dão valor aos julgamentos positivos que lhes são direcionados. Sofrem de um afeto negativo, com sentimentos de inferioridade, menos valia, isolamento e insegurança.

Continuando com o pensamento das autoras, os adolescentes têm grande senso de autoproteção, não tendo uma postura aberta com o mundo. A vulnerabilidade é uma característica marcante e os jovens merecem ser privilegiados nas ações de saúde pública, já que tendem a doenças emocionais e comportamentos potencialmente de risco, o que constitui, inclusive, uma ameaça as suas vidas (ASSIS; AVANCI, 2004).

O desejo de fugir de uma situação desagradável, a luta contra as dificuldades cotidianas, por vezes, é muito desigual. Os obstáculos parecem ser intransponíveis, impossíveis de serem superados. Nesse contexto o jovem decide, em busca dessa suposta paz, resolver o problema, desafiando a ordem natural da vida. Ao deparar com a realidade de uma tentativa de suicídio mal-sucedida, o jovem muitas vezes se arrepende e fica exposto a conceitos e preconceitos sociais estabelecidos.

Quando solicitado a falar sobre o que representava estar vivo, cinco adolescentes responderam que agradeciam a Deus e tinham se arrependido. Três não sabiam responder, um achava que não representava nada, um não respondeu, um respondeu que não conseguia viver sem o namorado, um afirmou a possibilidade de mudar a vida. Eis os discursos: *“Tudo. Mudar a minha vida”* (A). *“Nasci de novo”* (B). *“Certa parte eu acho bom ter ficado viva”* (C). *“Se arrependimento matasse já tinha morrido umas dez vezes”* (D).

Essas respostas nos levam a pensar que a real intenção dos adolescentes não era morrer, mas de pedir ajuda, de interromper um sofrimento insuportável, difícil de lidar, a rejeição.

É possível combater as idéias e tentativas de suicídio, ajudando as pessoas a desenvolver força e confiança em si mesmas e, dessa forma, adquirir resistência contra o desespero. A partir do momento em que um ser humano se coloca em disponibilidade para ouvir com compaixão o desabafo das angústias do outro, pode-se dizer que um trabalho de prevenção do suicídio se inicia. É o trabalho de doação, de apoio, de calor humano e de amizade que pode oferecer a alguém a mensagem de que não está sozinho e de que merece ser ouvido (CVV, 2004).

Embora um adolescente não tenha expressado a sua opinião sobre o que representava estar vivo, durante as entrevistas domiciliares e hospitalares foi novamente contatado pela pesquisadora e revelou que estava bem e que não pensava mais na possibilidade de tentar suicídio.

Quando solicitados a responder sobre como a família e amigos falaram sobre o ato suicida dos adolescentes, obtivemos respostas como: *“Achava que ninguém vinha me ver”* (A). Nesse momento, a adolescente chorou, fez um longo silêncio, ao perceber a presença da irmã.

Outras verbalizações foram assim expressas: “*Acusaram o menino, tão botando culpa no menino*” (B). “*Pediram para eu não fazer mais isso*” (H). “*Não falou nada. Minha avó disse que se eu ficasse viva, nunca mais ia nem botar a cabeça para fora*” (J). “*Tu tá ficando doida, não devia ter feito isso*” (C).

Algumas famílias não sabiam da tentativa de suicídio por parte dos adolescentes, pois o namorado e/ou amigos foram as pessoas que proporcionaram o socorro as esses adolescentes; apenas um tio de um participante o socorreu.

O apoio social é um dos pilares que sustentam o indivíduo e que pode dar um significado à sua existência. A fonte fundamental deste apoio para um jovem provém de seus pais e demais familiares. Estes, por sua vez, precisam estar conectados a outras redes sociais para conseguir obter o apoio de que precisam para a sobrevivência familiar e assim repassar aos filhos. É como uma árvore que necessita que suas raízes estejam firmes no solo, para que seus galhos frutifiquem (ASSIS, AVANCI, 2004).

Criando redes sociais que contemplem interações positivas, o adolescente passa a contar com pessoas para se divertir, praticar esportes, estimular a cultura, o treinamento profissional e fortalecimento da espiritualidade.

Kashani *et al.* (1997), estudando níveis de desesperança em crianças e adolescentes, concluíram que aquelas que tendem a receber pouco apoio social apresentam altos níveis de desesperança (ASSIS, AVANCI, 2004).

Ballone (2003) relata que o adolescente possui uma tendência para comunicar-se através da ação, em detrimento da palavra. Por isso, em busca da solução para seus conflitos, os jovens podem recorrer às drogas, ao álcool ou à sexualidade precoce ou promíscua. Tudo isso na tentativa de aliviar as angústias ou reencontrar a harmonia perdida. A baixa auto-estima faz com que veja a si mesmo

como sem valor, feio, desinteressante e cheio de falhas pessoais. Diante de tais circunstâncias, os conflitos tendem a se agravar mais se este jovem estiver inserido numa família que também está em crise.

Foucault (1993) coloca que na atualidade está desaparecendo o valor da família, que deve ir além de relações inseridas em um contexto social, em um sistema de parentesco, em um mecanismo de transmissão de bens, devendo tornar-se um *locus* adequado que envolva e favoreça o corpo das crianças, sendo um espaço imediato de sobrevivência e evolução para a criança e o adolescente.

Ao se indagar aos adolescentes sobre uma situação hipotética, sendo esse um profissional de saúde e atendendo a um adolescente que tentou suicídio, o que diria para esse jovem. Nove responderam que diriam que os adolescentes não fizessem isso; dois não sabiam responder, um negou-se a responder. Algumas falas evidenciaram o posicionamento a favor da vida: “Não faça isso” (A). “Não sei” (B). “Não sei”(F). “Não sei. Uma loucura” (D). “Eu diria para ele parar com isso porque não vale a pena não” (E). “Não vale a pena se matar por ninguém. Só por Deus” (L).

Ao responderem de forma monossilábica, talvez se possa inferir que essas respostas foram espelhadas no atendimento profissional, que ainda não se mostra sensível para o acolhimento desse adolescente, muito menos para lidar com uma ação complexa que carrega valores movidos pelos preconceitos do meio cultural, religioso, ético e moral.

Não cabe à pessoa que atende alguém que tentou ou que está pensando em suicídio analisar se ela deseja ou não se matar. Há que ouvi-la, sentir suas angústias, sem fazer julgamentos, favorecer o desenvolvimento de atitudes positivas e compartilhar a interdisciplinaridade, ou seja, recorrer ao profissional que está apto a intervir nessas situações.

Nesse sentido, Lima *et al.* (2004) afirmam que um grande obstáculo enfrentado por todos que lidam com essa questão é a quantidade de preconceitos acumulados durante décadas por leigos e profissionais de saúde. Acrescentam que o desafio é convencer os profissionais e gestores da necessidade de uma atenção especializada aos que tentam suicídio.

Continuando com o pensamento dos autores, uma tentativa de suicídio é realizada por alguém em sofrimento intenso, em risco de vida e, portanto, deve merecer atenção especial e imediata. Os profissionais de saúde nos serviços precisam está atentos e capacitados para enfrentar este desafio. Estudos comprovam que cerca de 30% a 40% dos indivíduos fazem novas tentativas num período de seis meses a um ano (LIMA *et al.*, 2004).

Feuerwerker (2002) alerta para uma exigência social de que se mude o processo de formação para que se produzam profissionais comprometidos, envolvidos com as políticas públicas com formação geral, capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis, as medidas mais eficazes.

Nesse sentido, as tentativas de suicídio devem ser vistas como formas de comunicação de sofrimentos, geralmente dirigidas às pessoas mais próximas na medida em que esses indivíduos estão inseridos num contexto conjugal, familiar ou qualquer outra rede social.

Para Ballone (2003), quando uma pessoa fala em cometer suicídio, ao contrário do que muitos pensam, a coisa mais importante a fazer é levar a sério. As pessoas que falam em suicídio podem estar, de fato, pensando em praticá-lo e,

sendo jovens ou não, a maioria dos que tentam suicídio sempre dão uma espécie de “aviso” sobre suas intenções.

Entender o jovem em sua complexidade e dinâmica social é um dos caminhos para se evitar que o adolescente, em fase que se assemelha à vida, grandes emoções, sonhos e possibilidades de conquistas e transformações, esteja atentando contra a sua vida, indo ao encontro da morte.

Viver e conviver na adolescência e com adolescentes é também se conectar com a família, com as pressões emocionais, sociais e culturais, descortinando a conjuntura e estrutura que, ao descumprir as políticas que promovem a saúde do adolescente, inverte a lógica do planejamento e das expectativas projetadas. Ao se imaginar melhoria de vida, indicadores de saúde para essa fase, estamos deparando com o grande desafio de detectar e vencer as tentativas de aproximação da morte como meio de finalizar problemas, injustiças e inúmeras iniquidades sociais.

As políticas de saúde devem favorecer as famílias que estão vivendo em situações adversas e de iniquidades sociais e incorporar o conceito de saúde que é preconizado pela Constituição e que tanto tem sido discutido nos encontros nacionais e internacionais, entre países que procuram priorizar a promoção em saúde.

Diante das razões explicitadas pelos adolescentes do estudo, estamos diante de velhos problemas e constantes desafios para os profissionais que lidam com a saúde humana.

Sabedores de que os princípios básicos que norteiam a Política Nacional de Morbimortalidade na Redução de Acidentes e Violência preconizam que a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico, o desafio está em se fazer cumprir esse direito.

Essa política afirma que o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde. A promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e acidentes, nela compreendidas as ações destinadas a impedir as seqüelas e as mortes devidas a estes eventos (BRASIL, 2002).

No Brasil (2002) essa Política tem como propósito fundamental a redução de morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população. Para sua consecução, foram estabelecidas as seguintes diretrizes: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e de violência; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A implementação dessas diretrizes compreenderá ampla mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular, para a importância dos acidentes e violências, bem como o reforço das ações intersetoriais relacionadas ao tema. Para tanto deverão ser utilizadas as diversas estratégias, entre as quais figuram, por exemplo, a implantação de propostas relativas a Municípios Saudáveis, Prefeito Amigo da Criança e Escolas “Promotoras de Saúde”, especialmente no tocante a estilos de vida e ambientes saudáveis (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, o adolescente suicida está sendo contemplado, legalmente, na política de atenção ao adolescente, contudo é preciso que seja efetivada,

produza impacto e reinverta a lógica das concepções, atenção e tratamento que são dados a essa juventude.

A saúde é compreendida como resultante de condições de vida e trabalho da coletividade. Pode-se inferir que o setor que trata da assistência à saúde é apenas um dos componentes sociais que têm influência sobre os diversos fatores desencadeantes e condicionantes dos eventos na saúde. Neste aspecto concorrem os setores ligados à alimentação e nutrição, à habitação, ao meio ambiente, ao trabalho, à educação, ao transporte e ao lazer, entre outros.

Deve-se observar que a proposição atual de promoção da saúde, colocada como um novo paradigma para a saúde, quando tenta evitar aquilo que é denominado de estilos de vida não saudáveis, a partir de informações e comunicação, parte da noção de que se o indivíduo estiver adequadamente informado, ele será persuadido a mudanças em seus padrões de vida cotidianos (FORTES, 2000).

Diante disso, Fortes (2000) preconiza que se utilize um novo paradigma para a saúde, voltado prioritariamente para a promoção desta e não somente para cuidar de doenças, como foi proposto pela Carta de Ottawa, 1986, na primeira conferência Internacional sobre a promoção da saúde. O desafio bioético atual é tanto ampliar a participação e a capacitação da comunidade para a adoção de estilos de vida saudáveis e preservação do meio ambiente, como ampliar seu poder decisório sobre as políticas de saúde pública.

Justificando essa assertiva, a educação em saúde coloca-se bem neste contexto, onde há a combinação de experiências, de aprendizagens e se procura promover mudanças de cunho individual, no caso de pais e filhos. O sucesso da educação passa pelo fortalecimento da auto-estima dos adolescentes e isso se faz

mais com elogios do que com punições. Conforme Foucault (1993), os castigos devem ser evitados e as recompensas mais freqüentes, sendo as pessoas mais incitadas pelo desejo de ser recompensadas do que pelo receio do castigo.

É necessário o papel da educação como meio de assegurar o fortalecimento da moral e, conseqüentemente, conter o fenômeno, ou, como queriam alguns, desenvolvendo convicções. Buscar na sociedade política e religiosa a função de lembrar permanentemente ao homem esse salutar sentimento de solidariedade, através do qual a vida readquiriria um sentido, dar-lhe-ia maior proteção.

É preciso buscar junto a esse segmento da população como está se construindo a resiliência. Segundo Claves (2000), a resiliência representa a capacidade humana que a pessoa tem de se sair fortalecida diante da adversidade. É o conjunto de processos sociais, intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em ambientes desfavoráveis e pode ser fortalecida principalmente na infância e na adolescência. O investimento nesse conjunto de qualidades deve desenvolver o senso de humor; facilitar a elaboração de um projeto de vida; estimular uma visão equilibrada das situações e dificuldades; exercitar a capacidade de admiração, de fé, de curtir pequenas alegrias; estimular disposição para aprender; acalentar sonhos; aprofundar o sentimento de inclusão e o senso de superação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar o tema suicídio é se envolver numa teia de complexidade em que se entrelaçam valores éticos, morais, filosóficos, culturais, familiares, dentre outros fatores. É deparar com a fragilidade humana, com o inesperado, com a dor, sentimentos de impotência, tristeza, decepção e, até mesmo, de incredulidade por se estar vivenciando um momento de luto, desesperança, de leitura e releituras interiores.

As famílias questionam em que falharam, outras afirmam que não foram participadas desse acontecimento; outras negam que existem problemas que pudessem desencadear um atentado contra a vida. Portanto, o suicídio é muito mais que isso: é uma realidade que não está escolhendo classe social, sexo, raça, cor, dentre outros atributos. Está presente no interior das famílias, entre adolescentes que não estão se vendo e percebendo o valor da vida e dos acontecimentos que devem vivenciar, pois esses contribuem para torná-los maduros, ajustados e vencedores da injustiça, da adversidade e dos conflitos familiares, afetivos, sociais, econômicos que estão presentes na conjuntura atual.

O estudo possibilitou o encontro com adolescentes perdidos, desmotivados, desesperançados, incapazes de lidarem com as situações que são inerentes ao desenvolvimento humano. Detectaram-se pessoas que evidenciam características que, socialmente e no senso comum, cristalizaram-se como a “fase da adolescência”: tem sonhos, são impulsivos, negam seus atos e aspiram a desejos que não estão ao seu alcance.

Detectamos, também, que a maioria é fruto de uma família em que não se prega o diálogo, o respeito, os valores estão distorcidos, a droga, a iniciação sexual precoce, o desemprego ou subemprego fazem parte de seu mundo. Não queremos afirmar nem tampouco culpabilizar as vítimas (adolescentes e famílias), pois essas estão carentes de atenção e diretrizes que favoreçam o como lidar com esses eventos.

Ao se investigar as razões de tentativas suicidas entre adolescentes que foram atendidos em um hospital de emergência, analisando com o contexto sociocultural, descortinou-se, como razão primaz, o amor não correspondido, tendo esse amor a conotação do afetivo, do namoro, do caso, da primeira entrega. Contudo, não foi só nesse sentido que o “amor não correspondido” foi mencionado. Este também foi aludido quanto ao relacionamento familiar, ao carinho, ao respeito na família, à valorização da pessoa do adolescente, do seu físico e de sua estética.

Verbalizaram arrependimento, quanto ao ato cometido e afirmaram que se trabalhassem com adolescentes diriam que não fizessem isso porque não valeria a pena. Pode-se inferir que esses adolescentes estão órfãos de afeto, atenção, carinho, limites e recondução de significados e ações do que seja adolecer.

Foi também percebida a necessidade de se redirecionar a prática profissional para que equipes de saúde, diretores, chefes de equipes dos hospitais de emergências sejam capacitados a acionar os serviços existentes para dar apoio à vítima, como é feito em relação aos maus tratos com crianças e idosos.

Esta pesquisa visualizou um adolescente perdido, sem perspectiva, tendo que enfrentar a família e os profissionais que, às vezes, criticam e, em primeiro lugar, colocam seu juízo de valor e visão de mundo que direcionam intervenções que não produzem impacto positivo, nessa experiência de tentar o suicídio.

Ficou notório nos discursos desses adolescentes o desejo de recuperar o ser amado, ao demonstrarem arrependimento pelo ato impulsivo, o que também levou a refletir sobre as condições vividas por esse adolescente no seio familiar, escolar e social, onde se originam situações que vão facilitando e alicerçando uma conduta suicida.

A estrutura familiar desses adolescentes encontra-se penalizada pelo contexto socioeconômico, no qual o pai ou a mãe tem a responsabilidade de prover o sustento da família, com renda mínima. Além disso, os vínculos são rompidos, tanto no aspecto pai-filho como no aspecto mãe-filho. A escolaridade é deficitária, dificultando o acesso desses jovens ao campo de trabalho, a projetos de construção de um futuro. Moram na periferia, vive a maioria na faixa da pobreza.

Os jovens vivenciam uma fase difícil, cheia de desejos e são os mais vulneráveis às experiências sexuais precoces, contato com as drogas ilícitas, bem como com outras atitudes que não valorizam a saúde e a vida. Essas experiências muitas vezes não são planejadas, encontram jovens surpreendidos com gravidez indesejada, por falta de acesso (ou acesso inadequado) às informações sobre orientação sexual. Os pais estão despreparados, carregam mitos e tabus, culpas e vícios, educam seus filhos em ambientes estressantes e desrespeitosos. Essa estrutura tem, também, favorecido a ideação suicida nos adolescentes.

Ao entender que a família é a base de tudo, é a célula social mais importante, representa o porto seguro para qualquer adolescente, ou melhor, para qualquer ser humano; que é na família que vivenciamos e iniciamos os vínculos, os afetos, a tristeza, a alegria e o amor, formamos a personalidade e nos preparamos para novos relacionamentos, novos vínculos. Essa família também precisa ser

inserida nos atendimentos de saúde que preconizam e dizem que atende o adolescente.

Para enfrentar essa problemática, a saúde precisa incorporar novas dimensões e efetivar os princípios doutrinários do SUS, que preconizam, dentre eles, a integralidade, que considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.

Diante das razões esboçadas pelos adolescentes, certos de que o tema solicita novas investigações, dúvidas e tentativas de acertos, recomendam-se:

- a ressignificação da prática de profissionais que trabalham em setores de emergência e que estão lidando com tentativas e suicídios, no sentido de entender que esse evento está próximo de todos nós e tem possibilidades de prevenção;
- inserir a família nesse atendimento e, na impossibilidade, estar sensível para encaminhar aos órgãos que possam oferecer algum grau de resolubilidade;
- discutir a temática com futuros profissionais que se apropriam das instituições de emergência para construir sua prática no atendimento ao ser humano, lembrando-lhes que esse acolhimento deve ser caloroso, sem pré-julgamentos, para que a pessoa se sinta encorajada a externar e desabafar angústias, medos, sem se sentir punida e recriminada;
- que a Instituição, *locus* da pesquisa, fomente a idéia da concretização de um Núcleo de Atenção à Pessoa Suicida, embasada na interdisciplinaridade, dialogando com a educação em saúde com vistas a alcançar a promoção da saúde;
- que as instâncias que lidam com adolescentes discutam a realidade do suicídio rondando essa fase, mas tenham como enfoque a valorização da

vida.

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

Por fim, conclui-se que as tentativas suicidas estão rondando a fase da adolescência e demandam um redirecionamento das práticas dos profissionais de saúde, para acolher de forma integral esse adolescente suicida e sua família. Consolidar os princípios filosóficos e operacionais do SUS exige que a sociedade “abraçe” as políticas que valorizam a vida, compartilham adversidades, resgatam auto-estima e redimensionam a lógica do atendimento em saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, M.E.D. **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ANDRÉ, M.E. D. **Etnografia da prática escolar**. Campinas: Papirus, 1995.
- ANGERAMI-CAMOM. **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997
- ASSIS, S.G; AVANCI, J.Q. **Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência**. Editora Fiocruz, 2004
- BALLONE G.J. Suicídio na Adolescência. PsiqWeb, Disponível em <<http://www.virtualpsy.org/infantil/suicidio.html>>. Acesso em novembro 2003.
- BARDIN. L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977
- BODIOU, A. **Ética um ensaio sobre a consciência do mal**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal: Porto, 1994.
- BUCHER, R.; TOTUGUI, M.L. Conocimiento y uso de drogas entre alunos de Brasília. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, v.34, p.113-126. 1988.
- BRASIL. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidente e violência**. Portaria MS/GM nº737 de 16/05/00, publicada no DOU nº96 1e de 18/5/01. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.
- BRASIL. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- CASSORLA, R.M.S; SMEKE, E.L.M. Autodestruição humana. **Cad Saúde Pública** v.10, Supl 1, p.61-73, 1994.
- CAVALCANTE, V. S. **A Depressão nos Adolescentes de Classe Média**. 2002, 16-17f. Monografia- Faculdade de Ciências Sociais, Universidade de Fortaleza- Unifor
- CVV. Centro de Valorização da Vida. Prevenção ao suicídio se faz com aceitação e compreensão: Experiência do Centro de Valorização da Vida. In: BRASIL. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

CHAGAS, A. Adolescência: um fenômeno contraditório. Disponível em: <<http://revistapsicologia.com.br/materiais/hoje/adolescência.htm>.> Acesso em maio 2004.

DIEKSTRA R.F.W. The epidemiology of suicide and parasuicide. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.371, p.9-20,1993.

DIÁRIO DO NORDESTE, JORNAL. Caderno 3 Pag 4 Fortaleza-Ceará 13 de novembro de 2004.

D'OLIVEIRA, C.F. Atenção a jovens que tentam suicídio: é possível prevenir. In: LIMA, C.A. (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. 2ª ed. Lisboa: Ed Presença, 1977.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Lei n.8069. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

FREITAS, M.L.V.; CHISPIM, L.M.; VIEIRA, L.J.E.S.; CATRIB, AM.F.; GOMES, A.M.A. Auto-extermínio por envenenamento em adolescente: avaliação crítica do quadro de intoxicação exógena por chumbinho. In: **Anais** do III Fórum de Educação e Saúde da Região Centro-Oeste e Distrito Federal e Seminário Nacional sobre Educação Popular e Saúde. Brasília: UNB, 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 10ª ed. Petrópolis: Vozes,1993.

FORTES, P.A.C. Suicídio na adolescência. **O mundo da saúde**, v.24, n.1, p. xxx-xx, Jan/fev, 2000.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Co-editores, 2002.

GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis, Vozes, 1998.

GOMES, M. A e PEREIRA, M.L.D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Rev. Ciência e saúde coletiva**, v.10. n.2. p. 357-63, abril/junho, 2005.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Etnografia: métodos de investigação**. 1ª ed. Barcelona: Ediciones PAIDÓS, 1994, p.162.

LIMA, C.A. (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MANN J.J. The neurobiology of suicide. **Nature Medicine**, v.4, p.25-30, 1998.

MARIN-LEON, L.; BARROS, M.B.A. Mortes por suicídio: diferença de gênero e nível socio econômico. *Rev. Saúde Pública.* (online). jun. 2003, vol.37, nº3, citado 14 de Janeiro de 2005 p357-363. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00034-89102003000300015&lng=pt&nrm=isso.ISSN0034-8910.

MARTHE, M. A tirania adolescente. **Revista Veja**, n 1841, p.70 –77, fev, 2004.

MATTOS, C.L.G. A abordagem etnográfica na investigação científica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.xx, nww, p.xx-cc, 2001.

MINAYO, M.C.S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cad. Saúde de Pública**, v.14, n.2, p.6-10, Abr/junh, 1998.

NUNES, E.D. O suicídio reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.1, p.13-16, abr/jun, 1998

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

O POVO. Jornal. **Caderno Ciência e Saúde**. Fortaleza, 21 a 27 de novembro de 2004, p.5.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE. Eutanásia e o direito de morrer com dignidade. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE. **Problemas atuais de bioética**. 2º ed, São Paulo: Loyola, 1994, p.247-265.

PALÁCIOS, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, O.A. **Ética, ciência e saúde: desafios da bioética**. Petrópolis,RJ; Vozes, 2002.

ROMANELLI, G; BIASOLI–ALVES, Z.M.M. (org.). **Diálogos metodológicos sobre prática da pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa,1998.

ROMÃO, M.R.; VIEIRA, L.J.E.S. Tentativas suicidas por envenenamento. **RBPS**, v.17, n.1, p.15-19, 2004.

ROUQUYROL, M.Z.; ALMEIDA, N.F. **Epidemiologia e saúde**. 5ªed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SANTOS, Z.M.S.A; BARROSO, M.G.T. Interdisciplinaridade na fundamentação da promoção da saúde.In: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M. de V. (organizadoras). **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003, p.55-60.

SOUZA, et all. Avanços do conhecimento sobre causas externas no Brasil e no mundo: enfoque quanti e quali. In: MINAYO, M.C.de.S.; SOUZA, E.R. (organizadoras). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.131-160.

SANVITO, W.L. **A medicina tem cura?** São Paulo: Atheneu Cultura, 1997.

SMEKE, E.L.M ; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In:

VASCONCELOS, E.M. (org). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo:Hucitec, 2001.

SAMPAIO, M.A; BOEMER, M.R. Suicídio: um ensaio em busca de um desvelamento do tema. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.4, p.325-31, dez. 2000.

TEIXEIRA, M.C. **Tentativa de suicídio de mulheres por envenenamento**: estudos de casos realizado no Instituto Dr. José Frota. 2000. 67 f. Monografia de Graduação Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2000.

TRIGUEIRO, A. Suicídio, problema oculto na saúde pública: papel da mídia no esclarecimento (Desvelamento). LIMA, C.A. (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

UCHÔA, E. Epidemiologia e Antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: CANESQUI, A.M. (Org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997, ap.5, p.87-109.

UNICEF, BRASIL. **Relatório da situação da adolescência brasileira**. Brasília: 2002.

UCHÔA, E.; VIDAL J.M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n.4, p.497-504, Out-dez,1994.

VIEIRA, L.J.E. de S. **Julgar e compreender**: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada. Fortaleza: UFC, 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

VIEIRA, L.J.E.S; BARROSO, M.G.T. Interdisciplinaridade no ensino da educação em saúde. In: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M. de V. (organizadoras). **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003, p.49-54.

VASCONCELOS, E.M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, E.M. (org). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo:Hucitec, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nome:

Estado civil

Ocupação

Estrutura familiar

Grau de escolaridade

Substância utilizada

Meio que utilizou para tentar suicídio

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA NÃO-ESTRUTURADA

1. Para você, como surgiu a idéia do suicídio ?
2. Descreva, na sua opinião, o que representa estar vivo.
3. Na sua opinião, como sua família e amigos falaram a respeito desse ato que você cometeu ?
4. Caso você fosse um profissional que trabalhasse com adolescentes, o que você diria para um adolescente que tentou suicídio ?

APÊNDICE C - CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE DO ESTUDO

Eu Mary Landy Vasconcelos Freitas portadora de RG 90003059249 aluna do Curso de Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: Educação em Saúde no Enfrentamento de Tentativas Suicidas em Adolescentes. O estudo tem como objetivos:

- Descrever as tentativas de suicídio em adolescentes atendidos em um hospital de emergência, analisando a repercussão desses casos no contexto familiar e prática profissional
- Identificar os fatores sociais e familiares que agem como facilitadores para as tentativas suicidas em adolescentes e propor abordagem de educação em saúde para o enfrentamento do problema, a ser desenvolvido pelos profissionais que lidam com adolescente e famílias.

Respeitando os preceitos éticos na pesquisa e baseada na resolução 196/96 CNS-MS, venho solicitar sua colaboração para participar da pesquisa.

Informo que antes e durante a pesquisa, o Sr.^(a) será esclarecido de que não haverá riscos ou desconforto durante a realização dos procedimentos da pesquisa, poderá se recusar a participar ou se retirar da pesquisa em qualquer fase, sem nenhum tipo de problema, bem como o Sr. (a) não terá prejuízo na sua atividade profissional e financeiro. O pesquisador garante que prestará esclarecimentos a qualquer momento da pesquisa. O sigilo das informações e o seu anonimato são garantias deste estudo.

Importante esclarecer que “a sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA/UNIFOR. Endereço: Av. Washington Soares, 1321. CEP: 60.811-905 – Fortaleza – Ceará ou coetica@unifor.br”. Sendo necessário, contatar com a pesquisadora responsável.

Mary Landy Vasconcelos Freitas

Endereço: Av. Washington Soares, 1321 Fone: 3477 -3280

CEP: 60.811-905 – Fortaleza – Ceará.

Participante

Pesquisadora

APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____
_____, portador (a) da cédula de identidade
_____, após leitura minuciosa da CARTA
DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE, devidamente explicada pela pesquisadora
em seus mínimos detalhes, ciente do tipo de participação neste estudo, não
restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da
pesquisa proposta.

Assim estou ciente dos meus direitos, abaixo relacionados, como tendo:

A garantia de receber informações gerais sobre o significado, justificativa, objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, bem como o esclarecimento e orientação a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.

A liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e/ou deixar de participar deste estudo, sem que isto traga nenhum tipo de penalização.

A segurança de que não serei identificado e que será mantido sigilo e o caráter confidencial da informação prestada.

A garantia da não existência a danos e riscos a minha pessoa.

A garantia de que não terei gastos financeiros durante a pesquisa. Portanto, declaro o meu consentimento de usar as respostas gravadas em fita K-7, para esta pesquisa, podendo torná-las pública. Concordo em participar desta pesquisa, levando em consideração todos os elementos acima mencionados.

Reafirmo que fica claro que o participante e/ou seu representante legal pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornam-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de _____ .

Participante ou
Representante Legal

Pesquisadora

A NEXO

F866r Freitas, Mary Landy Vasconcelos.
Razões para tentativas suicidas em adolescentes : desafio para a educação em saúde / Mary Landy Vasconcelos Freitas. - Fortaleza, 2005.
93 f.

Cópia de computador.
Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2005.
“Orientação : Profa. Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira.”

1.Adolescentes – Suicídio. 2. Educação em saúde. I. Título.

CDU 616.89-008.441.44-055.2

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)