

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Psicologia

ANA CRISTINA GOMES MARQUES DE FARIA

SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

Goiânia

2014

ANA CRISTINA GOMES MARQUES DE FARIA

SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

Dissertação apresentada para defesa ao Programa de Pós Graduação Stricto Sensu – Mestrado e Doutorado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração:
Psicopatologia clínica e saúde

Orientadora Prof.(a). Dra. Daniela Sacramento Zanini

Goiânia

2014

ii

Ana Cristina Gomes Marques de Faria

Suicídio na Adolescência

Esta dissertação será apresentada à banca como exigência para a defesa do trabalho.

Goiânia, 28 de fevereiro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Daniela Sacramento Zanini

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás

Presidente da Banca

Dr. Makilim Nunes Baptista

Universidade de São Francisco – USF

Membro externo

Dr^a. Ana Cristina Resende

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás

Membro interno

Dr^o. Luc Vanderbergh

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás

Membro interno suplente

Este trabalho é dedicado a minha família e aos meus amigos. Além destes, também dedico-o aos adolescentes do município de Rubiataba – Goiás.

Agradecimentos

À orientadora Dra. Daniela Zanini pela postura ética e profissional, compreensão e pela orientação que foram fundamentais e tornaram possível a realização deste trabalho. Além de orientadora é uma pessoa admirável por sua educação, forma de falar e de se colocar. Um ser humano maravilhoso que nos faz refletir tanto sobre nosso crescimento profissional e acadêmico quanto em nosso papel em relação a produção de conhecimento e o sentido disso tudo. Valeu a pena cada encontro, suas palavras, esclarecimentos e ensinamentos que serão levados para a prática diária e estão eternamente gravados em minha mente e em meu coração.

Aos adolescentes que se prontificaram a participar desta pesquisa respondendo aos questionários de forma atenciosa e receptiva.

À Subsecretária Estadual de Educação, a Sra. Prof.^a Jovenília Bié de Lima pela prontidão, atenção e apoio para a realização desta pesquisa.

À Srta. Flávia Resende Coordenadora do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial de Rubiataba por se prontificar e atentar pela importância da realização desta pesquisa.

À Diretora do Colégio CERSA – Colégio Estadual Raimundo Sampaio do Amaral: Sra. Cleunice Alves de Paula Lopes pelo total apoio e empenho para que esta pesquisa acontecesse.

Igual agradecimento à Diretora do Colégio FACER, Sra. Alda Viviane Moreira Santana Martins por sua dedicação, respeito e consideração para sua realização.

A todos aqueles que colaboraram para a realização desta pesquisa: Gabriela Gomes, Mikely Neves, Munike Lamounier, Marcos Vinícius e Suzany Bruni.

A minha família pelo total apoio recebido para a realização deste projeto: aos meus pais: Celso e Carmem, meus irmãos: Simone e Clayton, meus filhos: Gilvanne, Gabriela e Victor e ao meu marido: Paulo Augusto. Obrigada por tudo!

À Deus! Sem Ele não teria conseguido. Obrigada Senhor!

SUMÁRIO

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Sumário.....	vi
Resumo.....	07
Abstract.....	08
Introdução.....	09
PARTE I. O ESTUDO DO SUICÍCIO NA ADOLESCÊNCIA.....	11
1.1.Adolescência	11
1.2.Suicídio.....	16
1.3.Compreendendo os riscos.....	29
1.4.Suicídio e Saúde Mental dos Adolescentes.....	35
Referências.....	42
PARTE II. ARTIGO EMPÍRICO – IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA.....	52
Resumo.....	52
Abstract.....	53
Ideação e Tentativa de Suicídio na Adolescência.....	54
Método.....	61
Participantes.....	65
Instrumentos.....	67
Procedimento.....	68
Resultados	69
Discussão.....	72
Referências.....	75
ANEXO.....	78
Anexo - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	79

RESUMO

Estudos recentes demonstram que houve um crescimento significativo no número de suicídios entre Adolescentes. Em um primeiro momento, foi realizada revisão teórica sobre o tema. Posteriormente, foi desenvolvido um estudo empírico em uma cidade do interior de Goiás, popularmente conhecido pela ocorrência de suicídios. Participaram do estudo empírico 371 adolescentes com faixa etária entre 12 e 18 anos que residem e estudam no município. Os dados foram coletados em duas escolas, uma pública e outra particular. Seu objetivo foi avaliar os índices de ideação e tentativa de suicídio dos adolescentes. De acordo com os dados observa-se que do total dos 371 adolescentes pesquisados 321 (86,5%) relataram nunca haver tentado suicídio. Contudo, 47 (12,7%) relataram haver tentado suicídio nos últimos 12 meses. Além disso, embora 301 (81,4%) dos adolescentes não tenham apresentado ideação suicida, 67 ou 18,2% relataram haver pensado em suicidar. Além disso, buscou-se avaliar a relação entre ideação e tentativa de suicídio com o autorrelato de problemas de comportamento. O instrumento utilizado foi o Youth Self Report (YSR) desenvolvido por Achenbach (1991). Este estudo mostrou que, tanto a ideação suicida quanto tentativas de suicídio tiveram relação com os problemas de comportamento analisados como: ansiedade e depressão, isolamento social e depressão, problemas somáticos, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, quebrar regras, comportamento agressivo, problemas internalizantes e externalizantes. O presente estudo pode ser um subsídio para auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas e de atenção a saúde mais voltadas a esta população e à região, tendo em vista os relatos de entidades representativas do município estudado acerca do grande número de tentativas e suicídios ocorridos nos últimos anos.

Palavras-chave: Adolescência, Suicídio, Comportamento de Risco, Prevenção.

ABSTRACT

Recent studies show that there was significant growth in the number of suicides among teenagers. Firstly, literature review on the topic was held. Subsequently, we developed an empirical study in a town in Goias, popularly known by the occurrence of suicides . Participated in the empirical study of 371 adolescents aged between 12 and 18 years living and studying in the city. Data were collected in two schools, one public and one private. Its objective was to evaluate rates of suicidal ideation and suicide attempts in adolescents. According to the data it is observed that the total of 371 adolescents surveyed 321 (86.5 %) reported never having attempted suicide. However, 47 (12.7%) reported having attempted suicide in the past 12 months. Furthermore, while 301 (81.4 %) of teenagers have not submitted suicidal ideation, 67 or 18.2 % reported having thought about suicide. Furthermore, we sought to evaluate the relationship between suicidal ideation and suicide attempt with self-reported behavior problems. The instrument used was the Youth Self Report (YSR) developed by Achenbach (1991). This study showed that as much as suicidal ideation suicide attempts were associated with behavior problems analyzed as anxiety and depression, social isolation and depression, somatic problems, social problems, thought problems, attention problems, rule-breaking behavior, aggressive, internalizing and externalizing problems. The present study may be a subsidy to assist in the development of public policy and the health care more geared to this population and the region, in view of the reports of representative bodies from the municipality about the large number of attempts and suicides in the past years.

Keywords: Adolescence , Suicide , Risk Behavior , Prevention .

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por finalidade avaliar a ideação e a tentativa de suicídio em adolescentes e suas relações com os comportamentos psicopatológicos. A escolha do tema desta pesquisa se deu, principalmente, pelo do desejo de verificar se era mito ou verdade o fato de que tal município realmente apresentava risco para suicídio. Constata-se com base na Organização Mundial da Saúde (2000) que aproximadamente 1 milhão de pessoas se suicidaram, o que se traduz em uma “taxa global de mortalidade de 16 óbitos por 100.000 habitantes, ou uma morte a cada quarenta segundos. Na maioria dos países, segundo os dados analisados, o suicídio situa-se entre as duas ou três causas mais frequentes de morte em adolescentes e adultos jovens. No Brasil, o suicídio é responsável por 24 mortes diárias. Verificamos, também, a partir de estudos realizados por Botega (2005) que no Brasil, o índice de suicídios entre adolescentes na faixa etária entre 12 e 44 anos é elevado. Estudo mais atual de Botega e colaboradores (2010) revela que o suicídio é a terceira causa de mortes entre jovens de 15 e 35 anos.

Com base em dados da Organização Mundial da Saúde, Botega, Mauro e Cais (2004) relatam um dado importante: 15 a 25% das pessoas que tentam o suicídio, tentarão novamente se matar no ano seguinte e 10% das pessoas que tentam o suicídio, conseguem efetivamente matar-se nos próximos dez anos. Tendo em vista estes pressupostos, na parte 1 deste trabalho será apresentada revisão teórica sobre o Estudo do Suicídio na Adolescência. Em seguida, na parte 2, será apresentado o Artigo Empírico com o título *Ideação e Tentativa de Suicídio na Adolescência*. Serão apresentados estudos sobre suicídio, bem como sua incidência, fatores de risco e sua relação com a saúde mental. Conseqüentemente, serão apresentados os resultados da

pesquisa realizada no município em pauta com adolescentes na faixa etária de 11 a 18 anos. Na última parte da pesquisa, haverá uma discussão com sugestões de intervenções a serem realizadas frente aos problemas constatados.

PARTE I. O ESTUDO DO SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

O presente capítulo tem por objetivo discutir o suicídio na adolescência. Para isso se discutirá três aspectos centrais na compreensão do fenômeno do suicídio na adolescência. No primeiro momento, discutir-se-á o conceito de adolescência ao longo da história até os dias atuais e a relação desta fase da vida com a vivência de conflitos sociais, familiares e busca de identidade.

Posteriormente será discutido o tema suicídio propriamente dito sob o ponto de vista de vários teóricos. Serão apresentados dados sobre os riscos do suicídio no mundo e no Brasil e sua relação com a saúde mental dos adolescentes.

1.1. Adolescência

Etimologicamente, a palavra ‘adolescência’ tem sua origem no Latim “*ad*” (‘para’) + “*olescere*” (‘crescer’). Por esta razão, ‘adolescência’ significaria, *strictu sensu*, ‘crescer para’. A etimologia da palavra, remete à ideia de desenvolvimento, de preparação para o que está por vir, de mudança; de transformação (Pereira & Pinto, 2003). Ela parece se configurar como uma fase que tem que ser transposta para alcançar aquilo que é ideal. Por esses motivos, a adolescência é uma fase da vida, uma passagem e um período de desenvolvimento que todos cumprimos.

De acordo com o paradigma biomédico, a adolescência é uma fase do desenvolvimento humano de transição entre a infância e a vida adulta, identificada principalmente, pelas transformações biológicas da puberdade e relacionadas à maturidade biopsicossocial (Avanci, 2005). Adolescente é toda pessoa com idade entre 12 e 18 anos, configurando-se em uma fase de transição entre a infância e a idade

adulta, podendo ser considerada uma etapa do desenvolvimento do ser humano e marcada por inúmeras transformações físicas, emocionais e sociais (Ministério da Saúde, 2008). E será a partir desta definição de adolescência que será considerada e examinada neste estudo.

Santos (1996), em um estudo que mapeou historicamente as concepções de infância e adolescência incluindo a Teologia, a Filosofia, a Psicologia e as Ciências Sociais, identifica em Rousseau a invenção da adolescência como um período típico do desenvolvimento, marcado pela turbulência, no qual o jovem não é considerado nem criança nem adulto.

O avanço acelerado da industrialização, ocorrida a partir do século XIX, a ocorrência do movimento familiar e o aparecimento das idéias iluministas (Grossman, 1998) fizeram com que a adolescência passasse a ser discutida com mais atenção. Na contemporaneidade, essa fase pode ser vinculada à lógica desenvolvimentista (visão cartesiana), de acordo com a qual a figura do adolescente é resultante de fenômenos psicológicos, biológicos e sociais (Coimbra, Bocco & Nascimento, 2005).

Há mais de 40 anos atrás, Erick Eriksson (1972) explicitava a importância do papel da sociedade na formação da identidade do adolescente. Ele também era um dos defensores que é na adolescência que construímos a nossa identidade. Esta, por sua vez, é social e acontece durante toda, ou grande parte da vida dos indivíduos. A interação do homem com o meio no qual está inserido se inicia desde o seu nascimento. Através desta interação, o homem construirá não só a sua identidade, como a sua inteligência, suas emoções, seus medos, sua personalidade, etc.

Apesar de que alguns traços de desenvolvimento são comuns a todas as pessoas, independentemente do meio ou da cultura em que vivem, há determinadas

características que se diferem em grande escala quando há diferenças culturais. Eriksson (1972) considera que a construção da identidade é um desses fatores relacionados ao desenvolvimento que tem íntima, senão total, dependência da cultura e da sociedade da qual o indivíduo está inserido. É na adolescência que ocorre com maior anseio e com todas as características da idade, a busca por esta identidade. Segundo o autor, os adolescentes querem resolver esta questão, querem responder ao questionamento: quem sou eu?

Autores mais contemporâneos como Portes, Sandhu e Longwell (2002) afirmam que os adolescentes passam a buscar sua própria identidade através das relações sexuais, ideologia social e domínio de carreira. Esta busca é tão importante e significativa para o adolescente que pode ocasionar grande sofrimento e frustração quando ocorre a seguinte situação: o sentimento de culpa imposto pelas chantagens emocionais, agressões, castigos exagerados, criação e imposição de uma auto imagem irreal ao indivíduo, o abandono afetivo e a super proteção vivenciados pelos adolescentes em seu meio familiar.

De acordo com Sampaio (1991), a adolescência trata de uma etapa do desenvolvimento que ocorre desde a puberdade até à idade adulta, isto é, desde a altura em que o conjunto das alterações psicobiológicas iniciam a sua maturação, ou seja, as mudanças físicas que ocorrem nesta fase até à idade em que existe um sistema de valores e crenças que se instala numa identidade estabelecida. É a soma de mudanças físicas e psicológicas.

Para outros estudiosos sobre o assunto, a adolescência já é vista como um problema, ou seja, um momento de crise (Rena, 2001; Brandão, 2003). Por isso, fora as alterações hormonais e fisiológicas próprias desta fase da vida, é necessário

compreender as transformações emocionais oriundas desta fase, além dos sofrimentos vivenciados nesse período que podem impingir marcas com reflexos ao longo da vida do indivíduo.

Aberastury (1980) considera a adolescência como “um momento crucial na vida do homem e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento”. Além disso, destaca esse período como de “contradições, confuso, doloroso”. Ainda mais, afirma que a “adolescência é o momento mais difícil da vida do homem...” (p. 29) e que “toda a adolescência leva, além do selo individual, o selo de meio cultural e histórico” (Aberastury, 1981, p. 23). Knobel (1981) parte de pressupostos de que “o adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas” (p. 9) e que o “adolescente apresenta uma vulnerabilidade especial para assimilar os impactos projetivos de pais, irmãos, amigos e de toda a sociedade” (p. 11).

Na adolescência, podem ocorrer conflitos entre gerações, choque entre os interesses e valores dentro da ordem familiar e, ainda, nesta fase, o prazer aparece aliado ao medo. A adolescência é uma fase do desenvolvimento que se caracteriza pela polaridade entre perdas e ganhos, lutos e aprendizagens, bem como medos e vivências de novas experiências (Sabino, 2009). Perde-se a infância, o corpo infantil e o *status* de criança e ganha-se o corpo adolescente, suas transformações e responsabilidades. O jovem tende a ser contestador, impetuoso e, ao mesmo tempo, imaturo e inseguro ao deparar-se com novas visões da família e da sociedade, aliado a um novo papel social, com escolhas sexuais e profissionais (Rodriguez, 2005).

A sociedade, ao mesmo tempo em que cobra do adolescente sua busca de identidade e autonomia, também cria estereótipos relacionados a esta fase. Isto acontece quando, por exemplo, nega-se ao adolescente o direito de fala e pouco se leva em

consideração o que eles têm a dizer, por entendê-los como imaturos demais para a compreensão de algo que, na maioria das vezes, já está ao alcance do seu entendimento. Porém, acabam por inúmeras vezes, criando possivelmente inconscientemente, caricaturas que são incorporadas por eles e passam a ser aderidas como uma marca de auto reconhecimento, traduzidas em estigmas que formam ou deformam sua identidade (Carvalho, Salles & Guimarães, 2003). É comum ouvirmos pessoas se referirem aos adolescentes como “aborrecentes” ou como sinônimos de problemas à vista, chateações e questionamentos. Nem a sociedade e nem eles próprios possuem uma definição clara sobre si.

O ponto de vista comum a todos é que tratamento de uma fase de mudanças e de formação da própria identidade. Quando a sociedade proporciona ao jovem a capacidade de expressar seu ponto de vista, seja de concordância ou desacordo, lhe é concedida a possibilidade do desenvolvimento de sua autoconfiança, auto estima e responsabilidade, o que o ajuda a se descobrir por meio do ato de defender suas ideias, seus próprios posicionamentos. Essas escolhas e suposições exigirão escolhas, reflexões que evidenciarão suas crenças e ideologias pessoais, de maneira que este jovem venha a diferenciar-se do coletivo e venha a se definir como tal (Carvalho, Salles & Guimarães, 2003).

Em relação à saúde mental dos adolescentes, Burak (1999) destaca os seguintes fatores de proteção, os quais diminuem a probabilidade do desenvolvimento de psicopatologias: apoio social, elevada auto estima, alto nível de resiliência, lócus de controle interno bem estabelecido e família com boa comunicação interpessoal. Zanini (2003) argumenta que alguns adolescentes atravessam essa etapa de forma satisfatória, e que não constata nenhuma consequência negativa para sua saúde mental.

Por outro lado, alguns estudos apontam, como veremos mais detalhadamente no tópico intitulado “Suicídio e Saúde Mental dos Adolescentes”, que distúrbios psiquiátricos como o transtorno de humor, transtornos de personalidade, abuso do álcool e de substâncias psicoativas estão associado são suicídio em mais de 90% dos casos, segundo as reflexões de Sher (2001) e Mann (2002).

Um estudo realizado por Ficher e Vansan (2008) aponta que entre os jovens (faixa etária que compreende dos 15 aos 24 anos), o suicídio já é a terceira causa de morte, atrás apenas dos acidentes e homicídios. O que de alguma forma contraria a percepção do senso comum de que a adolescência é um período de vida do ser humano que se relaciona com vida, vitalidade e ânsia pelo futuro. Outras pesquisas apontam que é cada vez mais comum, nos serviços de emergências dos hospitais, os profissionais de saúde se depararem com a realidade cada vez maior de adolescentes que tentaram ou que cometeram suicídio (Ficher & Vansan, 2008). De fato, a adolescência é uma fase especial da vida do ser humano e que merece atenção, principalmente quando levamos em consideração o fenômeno suicídio e seu entendimento.

1.2.SUICÍDIO

Etimologicamente, o termo suicídio deriva do latim “suicide”, “sui”, que tem o sentido de “a si” e “caedere”, termo que significa “matar”. Esta conotação especifica a morte intencional ou auto infligida. Num aspecto geral, o suicídio é um ato voluntário pelo qual um indivíduo provoca a própria morte. Pode ser realizado através de atos (tiro, envenenamento ou enforcamento) ou por omissão (recusa em alimentar-se, por exemplo) (Rocha, 2011).

Apresenta-se, a seguir, vários autores que defendem o suicídio como resultados de fatores sociais e formas de lidar com conflitos, que é a linha que será seguida para a discussão teórica desta dissertação. Entretanto, para cunho de conhecimento, também será apresentado alguns teóricos que acreditam e explicam o suicídio como um problema genético.

O sociólogo Durkheim (1977, p. 11), por exemplo, definiu o termo suicídio como sendo: “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado”. Os estudos durkheimianos constituem, ainda hoje, um marco na compreensão da conduta suicida. Este autor chama a atenção para o caráter social do suicídio, pois, para Durkheim (1977), o suicídio é resultado de causas e fatos sociais, defendendo assim uma teoria sociológica do suicídio. Logo, os fatores que levam as pessoas ao ato suicida dependeriam necessariamente das causas sociais e constituiriam um fenômeno coletivo, excluindo assim as causas individuais:

Assim, se, em vez de vermos neles [nos suicídios] apenas acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e que necessitam cada um por si de um exame particular, considerarmos o conjunto dos suicídios cometidos numa sociedade dada durante uma unidade de tempo dada, constatamos que o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, um todo de coleção, mas que constitui em si um fato novo e *sui generis*, que possui a sua unidade e a sua individualidade, a sua natureza própria por conseguinte, e que, além disso, tal natureza é eminentemente social. (DURKHEIM, 1977, p. 14)

Para Durkheim (1977), existem três tipos de suicídio: o suicídio egoísta, praticado por aqueles que não estão fortemente integrados a qualquer grupo social e que não se encontram mais sob a influência da sociedade; da família e da religião, ou seja, existem poucos laços sociais para impedir que o indivíduo se mate; o suicídio altruísta, praticado pelos indivíduos que sacrificam a vida pelo bem do grupo e que sofrem a

influência dos mecanismos de identificação de grupo, aplicado àqueles cuja propensão ao suicídio deriva da excessiva integração a um grupo social. E, por fim, o suicídio anômico, que ocorre em indivíduos que vivem em uma sociedade em crise. Este tipo de suicídio acontece quando as normas sociais e as leis que governam a sociedade não correspondem aos objetivos de vida do indivíduo. Não se identificando com as normas da sociedade, o suicídio passa a ser uma maneira de escapar. Ainda de acordo com Durkheim (1977), os indivíduos tem um certo nível de integração com seus os grupos, o que ele chama de integração social. Níveis anormalmente baixos ou altos de integração social poderiam resultar num aumento das taxas de suicídio. Se pensarmos na questão do adolescente, em relação ao descrito por Durkheim, chama-nos a atenção o fato de que a fase da adolescência é um período particular da vida do indivíduo marcado, inclusive, pela busca de integração social. Esta busca de integração está também relacionada a sua busca de identidade. Se pertença a um determinado grupo possui uma determinada identidade. Nesta fase, a estabilidade social, a integração do indivíduo na sociedade, pode estar perturbada, o que altera as normas de comportamento.

Abreu (2011) arrola que o comportamento suicida é complexo e confronta o instinto de sobrevivência inerente aos humanos. É difícil compreender como alguém, de modo geral e não somente o adolescente, idealiza e planifica sua própria morte, escolhe o método que vai utilizar para isto e o coloca em prática. Segundo ele, possivelmente, a vontade de se aliviar de um sofrimento emocional intolerável proporciona uma aproximação do sujeito com as diversas formas de comportamento suicida. Assim, o comportamento suicida ou o suicídio não é um gesto com mecanismos bem esclarecidos, são diversos os fatores de risco que requerem compreensão e que se leva em consideração fatores sociais e comportamentais.

Pode-se afirmar que o suicídio ocorre em todo o mundo e de diferentes maneiras. Existem vários estudos realizados com o objetivo de examinar a relação entre comportamento suicida e as taxas de tentativa de suicídio com os fatores demográficos, tais como: sexo, idade, raça e estado civil. Nestes estudos, nota-se que o suicídio entre adolescentes se tornou um problema muito sério. Tanto que tem sido rotulada como uma epidemia crescente por muitos profissionais da área da saúde em todo o mundo. (Tam e colaboradores, 2011)

Para melhor compreensão do tema, deve-se diferenciar suicídio de tentativa de suicídio e condutas autolesivas. Segundo Teixeira (2004), qualquer ato não fatal de automutilação ou de auto envenenamento pode ser considerado tentativa de suicídio. A intenção da morte não deve ser incluída nesta definição, pois nem sempre é manifestada. A gravidade da tentativa deve relacionar-se com a potencialidade autodestrutiva do método utilizado, com a probabilidade de uma intervenção de terceiros (Teixeira, 2004). A conduta autolesiva pode ser um indicador de que o indivíduo possui ideação suicida e a tentativa a oportunidade de concretizar a ideia de se matar. Condutas autolesivas consistem na realização de ferimentos socialmente inaceitáveis em si mesma, como, por exemplo, cortes e queimaduras que causam lesões físicas leves ou moderadas (Suyemoto, 1998). Como as condutas autolesivas podem ser um indicador de que a pessoa possui ideação suicida e pode vir a cometê-lo, é portanto, um fator de risco que deve ser considerado (Fichar, 2011).

Automutilação ou conduta autolesiva não é uma doença, mas um comportamento definido como um ato de um indivíduo com a intenção de prejudicar a si mesmo fisicamente. Este fenômeno é comum entre os adolescentes (Donald, 2009). Ficher (2011) aponta que muitos estudos verificaram a existência de automutilação, tais como o comportamento de auto corte como um fenômeno estabelecido na juventude, na

faixa etária entre 14 e 24 anos. Além de ser um indicador de ideação suicida, a automutilação também pode estar indicando uma psicopatologia.

Segundo Barbosa e col (2011) e Martins e Leão (2010), o comportamento suicida atravessa as seguintes fases:

1. Ideação suicida: constituída de vários fatores, como história pregressa de tentativas de suicídio, nas quais apresenta riscos futuros para novas tentativas, com o surgimento do desejo de morte, dando a consolidação do ato destrutivo fatal;

2. Ambivalência: são indivíduos que, com a intenção de acabar com a dor psíquica em algum momento em suas vidas, tiveram confusos em relação aos seus pensamentos, com o desejo de viver ou morrer, vive assim, em uma indecisão;

3. Impulsividade: é um momento transitório, que por alguns pontos negativos, criam ideia fixa constante no dia a dia, durando alguns minutos ou horas, que é gradualmente aumentada, resultando um impulso brusco e irreversível.

A impulsividade é uma característica da fase da adolescência. Segundo Reye col (1998), é comum entre os adolescentes as ideações, planos e tentativas de suicídio. Porém, Buddeberg (1996) argumenta que estas ideações e planos são temporários nos jovens, diferentemente ao que ocorre com os adultos. Bertolote e colaboradores (2003) escrevem que nos adultos o papel dos transtornos mentais no comportamento suicida tem influencia maior e que entre os jovens estes tem papel menos importante. Nos jovens, o mais importante e que merece destaque é a impulsividade. Assim, conflitos ou eventos conflitantes ou estressantes podem desencadear os eventos suicidas. Muitos jovens que tentam o suicídio relatam que passaram apenas alguns minutos entre a decisão e a tentativa, o que revela, segundo estes autores, um elevado grau de impulsividade.

Estudos mostram uma maior vulnerabilidade dos adolescentes face às mudanças sociais e familiares que acompanham a instabilidade cultural e econômica (Sampaio & Santos, 1990). Em cada comportamento suicida estão envolvidas variáveis sociais, psicológicas e biológicas (Diekstra & Kerkhof, 1994), o que leva a entender a tentativa de suicídio adolescente como uma situação multideterminada (Diekstra & Hawton, 1987; Gould e colaboradores., 1996; Sampaio, 1985) obrigando a que seja alvo de uma abordagem multidisciplinar (Sampaio, 1991).

Alguns fatores são comuns aos indivíduos que tentaram ou cometeram suicídio. Por exemplo, é mais frequente nas idades que delinham as fronteiras da vida, como a puberdade e a adolescência, e entre a maturidade e a velhice. Porém, em geral, a faixa etária com maior incidência é a dos 15 aos 44 anos (D'Oliveira, 2000;2002). Donald (2009) relata que alguns estudos mostram que os conflitos mais comuns que desencadeiam os suicídios entre os jovens são encontrados na educação, criação e conduta familiar dos indivíduos. Portes, Sandhu, e Longwell (2002) explicam que o suicídio pode ocorrer entre os adolescentes devido à sua incapacidade de encontrar resultados positivos na busca da identidade e a existência de quadros depressivos.

Em outro estudo, Tam e col (2011) incluem como motivações para o suicídio o fato de o sujeito sofrer um abuso (físico ou sexual), depressão, perda de amigos (ou namorada/o), insucesso escolar, isolamento social, abuso de substâncias e outros. Botega, Cano e Kohn (1995) encontraram como principais motivações para as tentativas de suicídio, não só entre adolescentes, a briga recente do suicida com uma pessoa próxima do seu relacionamento e os problemas amorosos. Além disso, o autor relata que alguns adolescentes que tentam suicídio ou cometem suicídio tem uma história comportamento autolesivo.

Ficher e Vansan (2008) analisam, no seu estudo sobre suicídio com pacientes de um hospital geral do setor de psiquiatria com idade entre 10 e 24 anos, histórias clínicas que mostraram que a maioria dos adolescentes que tentaram ou cometeram suicídio eram proveniente de lares desestruturados, predominantemente por separação dos pais, e que a tentativa ocorreu com mais frequência após discussão com pessoas significativas do núcleo sócio-familiar. Este mesmo estudo aponta que a família é uma instituição de referência na vida. Ela representa grande valor social e dentre suas várias funções, uma das primordiais é a afetiva. Estudo realizado em Cuba, por Trujillo e col (1999) também mostra a situação na qual o papel da família também aparece como importante apontando para uma estreita relação entre o risco de suicídio e problemas no meio familiar dos adolescentes pesquisados. Principalmente no caso de história familiar de antecedentes familiares suicidas e depressão.

Contrariando toda essa versão sobre questões ambientais como fatores importantes para o risco de suicídio, há autores que argumentam que o suicídio possui origens genéticas. Tal argumento é sustentado, por exemplo, por Mann (2002). Segundo ele, o comportamento suicida pode ter origens genéticas. Há evidência crescente de que os fatores genéticos influenciam a predisposição ao suicídio, visto que a hereditariedade do comportamento suicida é comparável à hereditariedade de transtornos psiquiátricos, como transtorno do humor e esquizofrenia.

Para verificar se a hipótese do comportamento suicida é geneticamente transmitido, foi pesquisado um mecanismo diferente de transmissão familiar relativamente a outras condições psiquiátricas. Foi avaliada a história familiar de comportamento suicida e colocada a hipótese que o fenótipo para a labilidade incluiria a tentativa de suicídio e o suicídio mas não englobaria a ideação suicida, podendo também incluir o comportamento agressivo (Brent e colaboradores., 1996; Gould e

colaboradores, 1996). Outras investigações apontam as alterações deficitárias do sistema serotoninérgico como um dos fatores biológicos associados à conduta suicida (Cohen e colaboradores, 1988). É fato que os estudos de famílias de adolescentes e crianças vítimas de suicídio sugeriram que existe uma taxa significativamente mais elevada de comportamento suicida entre os pais e irmãos de adolescentes que cometem ou tentam o suicídio.

Estudo realizado por Ficher e Vansan (2008), especificamente com adolescentes, destacou que os adolescentes entrevistados, em sua maioria, relataram que comunicaram suas intenções suicidas diretamente às pessoas de seus núcleos sócio-familiares anteriormente ao comportamento autodestrutivo. Alguns relataram pretender repetir o comportamento posteriormente, procurando uma maneira mais eficaz, para que tenham êxito em suas tentativas.

Sobre isso, Vansan e Fávero (1987), escrevem que essas comunicações, também ocorrem entre os que completam o suicídio e deveriam ser compreendidas como verdadeiros pedidos de ajuda e como uma importante oportunidade para a prevenção de tais comportamentos. Este estudo também aponta para uma forte relação entre o crescimento do índice de suicídio entre os adolescentes e o também crescente consumo de substâncias psicoativas e entorpecentes. Sendo que estão por trás destas duas situações co-morbidades psiquiátricas e destacadamente a depressão.

O suicídio ou a tentativa de suicídio, como podemos ver, podem ser consequência de múltiplos fatores, como, por exemplo, o ponto final para situações de estresse e sofrimentos que atingem proporções elevadas e causam perturbações psicológicas graves. Crianças e adolescentes possuem preferência especial por alguns métodos de suicídio (Stulz & colaboradores, 2012). Os métodos de suicídio de

preferência de crianças e adolescentes são: enforcamento, pular de alturas, se jogar na rede ferroviária e intoxicação, para as meninas. Para os meninos, é a utilização de armas de fogo. A faixa etária pesquisada por estes autores foi entre 10 a 19 anos. Existem evidências que na Suíça o método preferido por ambos os sexos foi se jogar na ferrovia. Segundo os estudiosos consultados, há a disponibilidade do método que contribui significativamente para o alcance do objetivo suicida. Assim, uma forma de prevenção ao suicídio, nesta faixa etária, seria o afastamento destes estímulos das crianças e dos adolescentes. A medida de prevenção adotada na Suíça foi a construção de proteção que dificultou o acesso a pontos das ferrovias considerados de alto risco de suicídio.

Estudos como os de Rosenberg, Mercy e Potter (1999) levantam a questão sobre como a disponibilidade de meios para cometer suicídio tem significativo impacto sobre os suicídios ocorridos em qualquer região. Esse aspecto foi mais estudado com relação à disponibilidade de armas de fogo, tendo-se constatado que ocorre alta mortalidade por suicídio entre pessoas que compraram tais armas no passado recente. Seu estudo levantou que de todas as pessoas que morreram devido a lesões com armas de fogo nos Estados Unidos em 1997, um total de 54% morreram por suicídio.

Stulz, Köppel e Gross (2012) também apontaram que o enforcamento foi o método de suicídio preferido em segundo lugar do sexo masculino e em terceiro em adolescentes do sexo feminino. Runeson e colaboradores (2010) esclarecem que o enforcamento é uma técnica de suicídio altamente letal e de difícil prevenção. A utilização desta técnica aponta, segundo eles, que a intenção suicida parece ser particularmente forte e duradoura naqueles indivíduos que optam por enforçar-se.

Estes dados nos mostram o quanto é importante avaliar os índices e o risco de suicídio de acordo com o contexto local conforme está exposto no Relatório de

Prevenção do Suicídio (Organização Mundial de Saúde, 2006), que relata que se faz necessário avaliar os índices de suicídio em relação ao contexto local, tendo sempre como objetivo a possibilidade de prevenção. Necessário se faz compreender o fenômeno suicídio através de pesquisas locais apropriadas, com o objetivo de contribuir para a compreensão deste grave problema de saúde pública.

De acordo com Pfeffer (2000), a investigação do comportamento suicida na infância conduziu a uma descoberta de elementos preditivos de suicídios de adolescentes. Assim, o comportamento suicida na pré-puberdade prevê tentativas de suicídio na adolescência. E uma história de tentativas de suicídio na infância é importante fator de risco para tentativas de suicídio na vida adulta. O comportamento suicida, na adolescência, também é previsível quando distúrbios psiquiátricos estão presentes na infância e famílias problemáticas tem um papel central no desenvolvimento de comportamento suicida entre crianças e adolescentes.

Estudo realizado por Dongpinge col (2012) sobre suicídio entre adolescentes chineses fez uma comparação entre suicídio e gratidão. Em suas constatações, ele utilizou para descrever gratidão a seguinte definição: "uma tendência generalizada para reconhecer e responder com emoção positiva de agradecimento aos papéis de benevolência de outras pessoas nas experiências positivas e resultados que se obtém" (McCullough, Emmons & Tsang, 2002 pag 56).

A emoção positiva tem como resultado a elevação da autoestima, visto que o fato de se sentir amado e cuidado promove representação positiva de si mesmo como uma pessoa digna e merecedora de amor. Por esses e outros motivos, o autor considera a gratidão como um importante recurso psicológico para os indivíduos. Ao redigir sobre o tema, Fredrickson (2004) argumenta que a gratidão pode ampliar e

construir emoções positivas o que leva ao aumento do repertório dos indivíduos na construção de relações duradouras, recursos pessoais e promove o crescimento e desenvolvimento saudável. Bono e Fron (2009), Fron e colaboradores (2010) e Yurkewicz e colaboradores (2009) defendem que a gratidão está associada com uma grande variedade de indicadores de desenvolvimento positivo na adolescência como: bem estar subjetivo e comportamento pró-social.

Os pesquisadores Frederickson e Cohn (2008) também entendem que a gratidão, como outras emoções positivas, raramente ocorre em resposta a situações de risco de vida, como no caso do suicídio. E, ao contrário, em situações de estresse, os adolescentes, com nível elevado de gratidão, são os mais propensos a se sentir culpados por perceberem que não são capazes de retribuir seus benfeitores. Portanto, Raschis e Anjum (2007) defendem que o ponto fraco de se estudar a gratidão é de que os estudos que existem mostram a gratidão como fator positivo no desenvolvimento do adolescente e não a abordam como medida preventiva de desenvolvimento de aspectos negativos.

Alguns autores como Hewitt, Flett e Turnbull-Donovan, (1992) apontam para a influência de certas variáveis da personalidade no comportamento suicida. A literatura disponível revela algumas dessas variáveis que têm sido descritas como sendo muito relevantes na predição do suicídio, apesar de existirem poucas tentativas empíricas no sentido de examinar e avaliá-las objetivamente. O perfeccionismo é uma dessas variáveis, especialmente o perfeccionismo socialmente exigido (Hewitt e colaboradores, 1992). Os estilos de personalidade perfeccionista podem aumentar de forma significativa a probabilidade de comportamento suicida, principalmente em adolescentes (Goldsmith, Fyer & Frances, 1990, in Hewitt e colaboradores, 1992).

Joiner (2005) defende a ideia da capacidade adquirida para o suicídio. Em sua teoria interpessoal-psicológica do comportamento suicida, segundo o autor supracitado, a fim de decretar letal a atitude de autoagressão, o indivíduo deve se acostumar a dor física e o medo da morte. Autopreservação é o nosso instinto natural e esse instinto é extremamente forte. Para superar isso, o indivíduo deve se acostumar com a dor e o medo e ser capaz de tolerá-los em doses significativamente maior do que média. Este processo de habituação ocorre através da exposição repetida a eventos dolorosos.

Joiner (2005) explica que, assim como um ruído alto inesperado, é assustador quando ouvido pela primeira vez, mas torna-se menos perceptível quando ele ocorre repetidamente. A dor física torna-se menos pronunciada ao longo do tempo quando o nosso corpo se acostuma com a experiência. Uma grande coleção de estudos empíricos têm fornecido muitas evidências de apoio a este ponto. Por exemplo, Nock e Prinstein (2005) descobriram que os indivíduos que, frequentemente se auto ferem, com o tempo, se acostumam e quase não se incomodam com a dor, há uma analgesia da experiência de dor durante os episódios de autolesão. Além disso, a ausência de dor durante os episódios de auto-lesão foi mostrado para prever o número de tentativas de suicídio ao longo da vida (Nock, Gordon, Joiner, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006).

Orbach, Mikulincer, King, Cohen, e Stein (1997) desenvolveram um estudo particularmente interessante que contribui para comprovar ainda mais esta ideia. Eles descobriram que os indivíduos internados em uma sala de emergência, imediatamente após uma tentativa de suicídio, apresentaram limiar de dore tolerância maior do que indivíduos admitidos à sala de emergência mesmo após lesões acidentais. Aqui, não só a experiência da dor parecem afetar a maneira em que a dor foi percebida, mas o efeito era mais forte quando os indivíduos a tinham provocado intencionalmente, dor

autoinfligida. Em outro estudo, Orbach e colegas (1996) descobriram que os indivíduos com múltiplas tentativas de suicídio anteriores podiam tolerar mais dor do que os indivíduos poderiam, com zero ou uma tentativa de suicídio passado.

A teoria de Joiner (2005) tem como objetivo a compreensão dos mecanismos psicológicos subjacentes que deixam o indivíduo vulnerável ao suicídio. Segundo ele, desta forma, os pesquisadores e clínicos podem projetar intervenções de tratamento ideal eficazes que visam diminuir rapidamente os sintomas que contribuem para o risco. Além disso, a compreensão das variáveis que aumentam o risco permite a avaliação dos riscos sistemáticos que tomam o trabalho de previsão, de determinar se um indivíduo está em perigo iminente. Além disso, por esclarecer a verdadeira natureza do risco de suicídio, pode-se esperar diminuir o alcance generalizado de desinformação sobre este assunto.

O que Joiner (2005) defende é que as pessoas morrem por suicídio porque tornam-se insensíveis à dor e habituadas à violência. Argumenta também que, essas pessoas, apesar de querer pertencer a um grupo onde se sintam valorizadas e tenha um bom relacionamento interpessoal, não se sentem como membros de um grupo, não possuem o senso de pertencer a um grupo ou relacionamento, e sentem que se tornaram um fardo para seus entes queridos.

Comparando o que defende Joiner (2005) e o que argumentava o sociólogo Drukheim (1977), pode-se notar que inegavelmente o grupo social é de fundamental importância para o indivíduo. Podemos hipotetizar que em relação ao adolescente este é um fator que deve ser levado em consideração, visto tratar-se de uma fase em que o indivíduo está num processo de busca e formação de sua própria

identidade. Neste processo, os grupos aos quais ele pertence são fundamentais e, talvez, determinantes nesta fase de sua existência.

1.3. Compreendendo os Riscos

O Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgado em 1990, considerado por muitos como um dos mais avançados do mundo, normatiza no seu art. 4º que: “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”. Isso sem mencionar a lei dos Direitos Humanos e a Constituição Federal de 1988. Esclarecer e levantar a questão do suicídio entre os adolescentes nos leva a cumprir o nosso papel frente aos nossos deveres em relação a eles, já que, como veremos a seguir, eles estão sob risco iminente.

Waiselfisz (2012), no documento O Mapa da Violência de Crianças e Adolescentes no Brasil, escreve que, embora aja leis que assegurem aos adolescentes proteção, diariamente, somos surpreendidos com notícias de graves violações, de atos de extrema barbárie praticados, em muitos casos, pelas pessoas ou instituições que deveriam ter a missão de zelar pela vida e pela integridade dessas crianças e adolescentes: suas famílias e as instituições públicas ou privadas que, em tese, seriam os responsáveis pelo resguardo dos mesmos. O autor argumenta que em relação à violência, seja ela qual for, em relação às crianças e adolescentes são, inúmeras vezes, ocultadas, os dados que chegam a ser apresentados correspondem a uma mínima parcela

das agressões, negligências e violências que, de fato, existem e subsistem em nossa sociedade.

Em relação aos dados que se referem ao Suicídio de Adolescentes, Meneghele colaboradores (2004) afirmam que a confiabilidade da notificação dos suicídios permanece um importante aspecto a ser levado em consideração, pois, segundo ele, existe subnotificação da morte por suicídio que varia de acordo com a região e a cultura, já que o suicídio é um tema tabu na maioria dos grupos sociais e um tema que não se pode abordar ou conversar sobre. Dessa forma, as taxas de mortalidade aferidas no Brasil e no mundo estão, muito provavelmente, subestimadas. Acredita-se que omitir os dados relativos ao fenômeno suicídio é uma forma de negligenciar o problema e, assim, impedir estratégias de salvamento e prevenção de morte por suicídio. Os profissionais responsáveis acabam por não desempenhar o seu papel que é atuar na prevenção do suicídio, mas uma prevenção que seja baseada em dados e estudos científicos e que possam diminuir a vulnerabilidade desta violência na vida dos adolescentes.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (2000), aproximadamente 1 milhão de pessoas se suicidaram, o que se traduz em uma “taxa global” de mortalidade de 16 óbitos por 100.000 habitantes, ou uma morte a cada quarenta segundos. Alguns dados de 2006 revelam que, de dez a vinte vezes mais pessoas tentaram suicídio ao redor do mundo, o que significa em média uma tentativa a cada três segundos (Organização Mundial de Saúde, 2006).

Apresentamos, a seguir, o mapa que apresenta coeficientes de suicídio de diversos países por 100 000 habitantes:

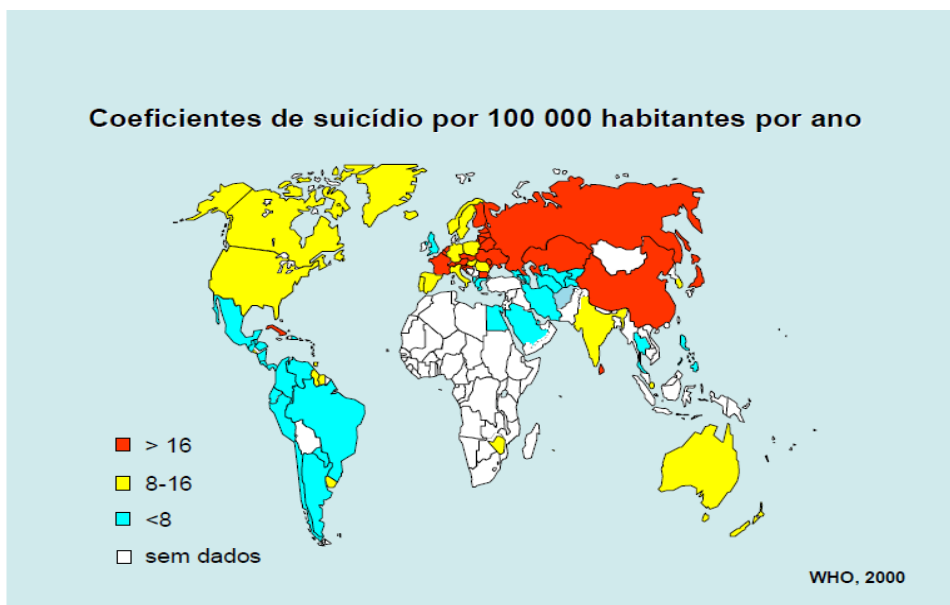


Figura 1- O PANORAMA DO SUICÍDIO NO MUNDO.

Fonte: Prevenção do Suicídio – Manual Dirigido Profissionais da Saúde da Atenção Básica (2009).

Waiselfisz (2012) aponta que os índices de suicídio de adolescentes do Brasil são relativamente baixos quando comparados com os de outros países. Todavia, o estudioso demonstra certa preocupação com os elevados índices na faixa dos 18/19 anos de idade. Para ele, nessas idades da adolescência, qualquer índice é preocupante. Nas comparações internacionais com mais 98 países do mundo o Brasil, com sua taxa de 1,1 suicídios para cada 100 mil crianças e adolescentes, ocupa a 60ª posição no mundo, o que é um claro indicador que nossas taxas são relativamente baixas. Contudo, no Brasil, o índice de suicídio tem aumentado em relação aos adolescentes: em 2000, a taxa encontrada foi de 0,9 em 100 mil; em 2010 a média elevou-se para 1.1. No Brasil, em 2004, o suicídio foi a quinta causa de óbito entre jovens com idade entre 10 e 19 anos.

Segundo a OMS, o suicídio é responsável por 24 mortes diárias no Brasil e três mil no mundo todo, além de 60 mil tentativas. A terceira causa de mortes entre

jovens entre 15 e 35 anos preocupa os profissionais que trabalham no atendimento a problemas de saúde mental, pois, segundo eles, estes suicídios estão relacionados a problemas de saúde mental em 90% dos casos (Botega e colaboradores, 2010).

De acordo com os registros da Organização Mundial de Saúde (2006), 900.000 pessoas cometeram suicídio no mundo inteiro em 2003, o que representa uma morte a cada 35 segundos. Para cada conclusão do ato em si, há cerca de 25 tentativas, ou seja, há aproximadamente 750.000 tentativas de suicídio por ano nos Estados Unidos (Associação Americana de Suicidologia, 2005).

As taxas de suicídio variam de 3,4 por 100 000 no México para 6,0 por 100 000 no Reino Unido e 34,0 por 100 000 na Federação Russa. Taxa de 1, 2 nos EUA, sendo responsável por cerca de 30000 mortes por suicídio por ano.

Em termos gerais de número de óbitos (não só de adolescentes), o Brasil figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios. Botega (2010) afirma que foram 8639 suicídios oficialmente registrados em 2006, o que representa, em média, 24 mortes por dia. Do total de suicídios, 79,3% foram de homens, o que dá uma razão de 3,8 : 1 entre homens e mulheres.

O mesmo autor considera que o suicídio representa um sério problema de saúde pública, visto que, em termos globais, a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos. Os maiores índices de suicídio mudaram da faixa mais idosa da população para as faixas mais jovens. Entre pessoas que têm entre 15 e 29 anos de idade, o suicídio responde por 3% do total de mortes e se encontra entre as três principais causas de morte. Em Roraima e no Amapá, a mortalidade proporcional por suicídio chega a ser três vezes maior que a média nacional (2,7% e 2,1%). Botega (2010) explica que o índice elevado de suicídio, nesta região, se deve provavelmente

devido ao elevado número de suicídio na população indígena, ou seja, por Roraima e Amapá serem regiões habitadas por grupos indígenas. Botega (2010) também examina dados obtidos a partir de outras regiões específicas do Brasil, como, por exemplo, o de jovens em grandes cidades, o de indígenas no Centro-Oeste e do Norte e entre lavradores do Rio Grande do Sul, cujas as mortes por suicídio se aproximaram ou superaram a de países do leste europeu e da Escandinávia. O grande índice de suicídio entre os índios é a resposta as injustiças sofridas por estes povos, segundo Relatório da Survival International para o Comitê para Eliminação da Discriminação Racial da ONU (2010) e o Relatório das Nações Unidas (2009). Seus dados confirmam que os índices de suicídio têm aumentado em nosso país, notadamente entre adolescentes e adultos jovens do sexo masculino.

A resposta às injustiças e desespero enfrentados pelos índios reflete-se no altíssimo índice de suicídios entre os Guarani: um dos mais altos em qualquer povo indígena e não-indígena no mundo. Os casos de suicídios entre os Guarani Kaiowá são tratados como um caso notável no relatório da ONU de 2009, intitulado ‘A Situação dos Povos Indígenas no Mundo’.

Considerando as taxas nacionais, em 2006, o Ministério da Saúde apresentou a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio, pela Portaria GM nº 1.876, que institui diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão Ministério da Saúde (2006). Esta Portaria prevê a implantação da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio em parceria com a atenção básica, buscando o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, proporcionando vínculo e acolhimento. A ideia é que as equipes da Estratégia de Saúde

da Família (ESF) sejam apoiadas por equipes matriciais para atender os casos de saúde mental no território de sua área adstrita.

Botega e colaboradores (2005) elaboraram a pirâmide sobre o comportamento suicida ao longo da vida que apresentamos a seguir:

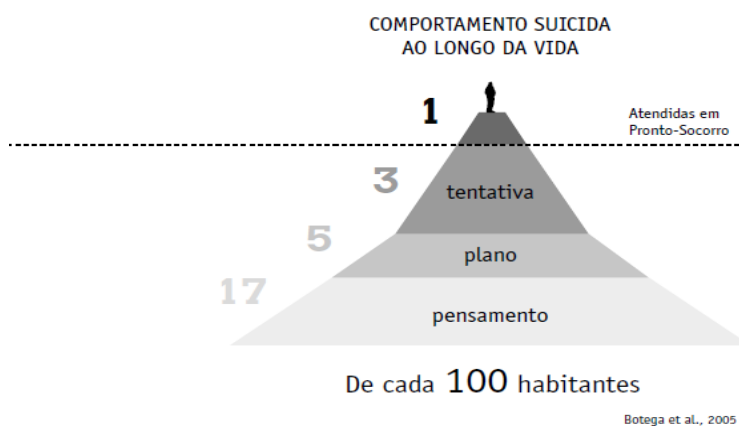


Figura 2 – A PIRÂMIDE DO COMPORTAMENTO SUICIDA

Fonte: Botega (2005)

A descrição do comportamento suicida por Botega (2005) ilustra de forma didática e compreensível que o estudo realizado por ele na área urbana do Município de Campinas que demonstrou que ao longo da vida, 17,1% das pessoas pensaram seriamente em por fim à vida, 4,8% chegaram a elaborar um plano para tanto, e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio. Foi a partir destes dados que elaborou a pirâmide do comportamento suicida. Como podemos verificar seus dados apontam que apenas 1% destas pessoas foram atendidas no serviço de pronto-socorro em decorrência da tentativa de suicídio.

1.4. SUICÍDIO E SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES

Ao debruçar-se sobre a relação entre saúde mental e suicídio, Botega (2005) destacou que Pinel, no século XIX, foi o primeiro a tentar descobrir as causas do suicídio dentro da psiquiatria. Para este último, o que acontecia quando os indivíduos começavam a somatizar seus problemas e acontecimentos desagradáveis a sua vida, sabiam que não são causas únicas, porém, possuíam grande peso e pode levar ao suicídio.

Tanto o suicídio quanto a tentativa de suicídio representam um verdadeiro desafio para os serviços de saúde mental, principalmente no que diz respeito à compreensão dos fatores psicológicos que a ela predis põem (Mac Leod e colaboradores, 1998).

Muito embora, na adolescência, o que chama muito a atenção é seu instinto impulsivo, em momento algum, pode-se descartar a qualidade da saúde mental dos mesmos. Mais do que isso, deve-se considerar os dois, visto que, podem se tornar uma combinação de alto risco para suicídio. De forma geral, várias pesquisas apontam que a saúde mental deve ser considerada na avaliação do risco de suicídio, não só entre os adolescentes.

Chérifae col (2012) afirmam que a maioria dos psiquiatras consideram o suicídio como um problema de saúde mental. Eles afirmam que as tentativas de suicídio são regidas tanto por fatores ambientais como por fatores psicopatológico. Este estudo apontou a depressão como principal fator de risco psicopatológico durante a adolescência. Neste mesmo estudo, os autores apontaram que: pensamentos suicidas estavam presentes durante o ano que os adolescentes tentaram suicídio em metade dos casos; que a tentativa de suicídio foi premeditada em um número significativo de casos

e que o desejo de morte estava presente em mais da metade dos adolescentes pesquisados. O principal fator que levou os adolescentes a tentarem suicídio em mais da metade dos casos foi o conflito com os pais.

Mais de 90% das vítimas de suicídio tem um distúrbio psiquiátrico diagnosticáveis, e a maioria dos indivíduos que tentou suicídio têm uma doença psiquiátrica, tendo como base os dados de Sher (2001) e Mann (2002). As condições psiquiátricas mais comuns associados com suicidas ou tentativas de suicídio são: graves transtornos do humor, transtornos de personalidade, abuso do álcool e a utilização substâncias psicoativas, transtornos de ansiedade e esquizofrenia também são frequentemente associados com o comportamento de suicida.

Muitas das perturbações psiquiátricas com início na adolescência têm uma forte continuidade para a vida adulta e, deste modo, poderão contribuir para a morbidade psiquiátrica adulta. A depressão, com início na adolescência, tem uma forte e específica relação com a depressão no adulto e associa-se ao aumento da mortalidade por suicídio e ao aumento da deterioração psicossocial pelo uso tanto de psicotrópicos, como dos serviços médicos na vida adulta (Fombonne, 1998).

O atraso no diagnóstico, especialmente de depressão, constitui um fator de risco acrescido na adolescência. A banalização das perturbações afetivas dos adolescentes e as dificuldades diagnósticas contribuem para que as perturbações se prolonguem. Neste contexto, importa ter presente que os gestos suicidas podem ser a primeira manifestação reconhecida de uma perturbação que evolui ao longo de vários meses (Bouvard & Doyen, 1996). Por outro lado, fatores como a identificação e o diagnóstico de perturbações psicológicas na adolescência são complicados por fatores

intrínsecos e por acontecimentos do desenvolvimento neste estágio (Marttunen e colaboradores, 1991).

Diferentes estudos consideram que doenças mentais como alcoolismo, dependência química e transtornos psicóticos como a esquizofrenia, compõem alguns dos motivos que induzem um indivíduo a atentar contra a própria vida (Donald, 2009)

Kirchner e colaboradores (2011) descrevem que condutas autolesivas e ideação suicida entre adolescentes podem funcionar como indicadores prováveis de suicídio e que, nestes casos, pode-se empregar estratégias para enfrentar o problema. Este mesmo estudo também aponta o stress como motivador do comportamento suicida, mas, que estratégias de enfrentamento eficazes podem ter valor preventivo importante e contribuir para a implementação de programas de prevenção.

Estudo realizado por Luoma e colaboradores (2002) apontou que mais de 75% das vítimas de suicídio procuraram um serviço de atenção primária à saúde no ano de sua morte e 45% no mês que cometeram suicídio. Este dado aponta para a possibilidade de prevenção do comportamento suicida, em que os profissionais da área de saúde desempenham papel fundamental na detecção precoce de fatores de risco.

Segundo Braden, Dieter e Overholser (2012), avaliar e predizer o risco de suicídio é uma tarefa complexa para os profissionais de saúde mental. Estes autores realizaram um estudo que avaliou 148 indivíduos adultos (o estudo não especificou a idade dos casos estudados) que morreram por suicídio, através do que chamou de autósia psicológica. Os autores destacam a importância de se combinar variáveis demográficas, no caso estado civil, idade, sexo e raça, com diagnóstico psiquiátrico e eventos de vida recentes. Estes dados podem melhorar a identificação de indivíduos de alto risco. Este estudo também chama a atenção pelo fato de ter sido realizado através

de uma autópsia psicológica, ou seja, através de entrevistas com médicos que acompanhavam indivíduos que suicidaram e seus familiares próximos. Fatores como depressão, abuso de substâncias psicoativas e conflitos interpessoais foram características que foram encontradas meses antes das pessoas cometerem suicídio. Por exemplo, há um aumento do risco de comportamento suicida nos meses após uma perda importante, como recentemente depois de um divórcio ou morte de um ente querido (Hall, Platt & Hall, 1999). Ou seja, eventos de vida estressante poderia servir de sinais de alerta sobre as vulnerabilidades de uma pessoa. Conforme veremos abaixo, vários autores corroboram com esta ideia.

A combinação de fatores demográficos com sintomas psiquiátricos revela uma vulnerabilidade substancial ao suicídio e à avaliação que pode ajudar a orientar a intervenção precoce para indivíduos suicidas (Williams & Pollack, 1993). Kham, Mahmud, Zamane Prince (2008) defendem que certos acontecimentos ocorridos na vida do indivíduo podem ser chamados de eventos precipitantes do comportamento suicida e que estes podem explicar o que pode levar os indivíduos de alto risco a cometer suicídio. Além disso, Joiner e Rudd (2000) destacam que os eventos negativos da vida estão relacionadas com intensas e persistentes crises suicidas. Assim, uma variedade de acontecimentos estressantes e eventos negativos da vida poderá servir como estímulos situacionais para o suicídio em qualquer faixa etária. Doença prolongada, estresse financeiro, e problemas de relacionamento são considerados estressores típicos vivenciados por indivíduos que fizeram sérias tentativas de suicídio (Hall e colaboradores, 1999) e entre os indivíduos que morreram por suicídio (Bastia & Kar, 2009; Bhatia, Verma & Murty, 2006).

Os transtornos de humor são comumente observados em casos de suicídio como depressão e transtorno bipolar. Estes dois são os distúrbios psiquiátricos

considerados mais típicos entre os casos de suicídio (Chen e colaboradores, 2006;. Khane colaboradores, 2008). Os pacientes que já tentaram suicídio no passado correm o risco de eventual morte por suicídio 10 vezes mais em alcoólatras em comparação com não alcoólicos (Beck & Steer, 1989). A dependência do álcool é encontrada em cerca de 50% dos casos de suicídio consumado (Kolves, Varnik, Tooding & Wasserman, 2006).

Estudo realizado por Capron e colaboradores (2012) mostra a relação entre Ansiedade, Transtorno de Estresse Pós-traumático e sua associação com ideação suicida. Em estudo que realizou com militares das forças aéreas dos Estados Unidos, utilizando a escala de medida de ansiedade o Ansiedade Sensibilidade Index (ASI; Reiss, 1986 ASI), mais voltada para a verificação do Transtorno de Estresse Pós-traumático, o inventário de medida de depressão Sintomas Beck Depression Inventory (BDI). Chegaram a conclusão de que o Transtorno de Estresse Pós-traumático e ansiedade associado com quadro de Depressão aumenta o risco de suicídio e podem ser utilizados como preditores de comportamento suicida.

Para Sampaio (1991) as perturbações afetivas assumem uma posição relevante na compreensão do ato suicida. Contudo, o autor considera que estas, por si só, não são condição suficiente para explicar a razão da ocorrência da tentativa de suicídio adolescente, visto que, considera que algo muito peculiar deve ter acontecido que ruma no sentido completamente oposto ao que o autor considera normal que seria o desejo de auto-preservação comum nos seres humanos.

É possível que uma variável importante na explicação das diferenças entre sujeitos com ideação suicida, uma tentativa de suicídio ou com múltiplas tentativas de suicídio seja o período de tempo durante o qual a patologia permaneceu sem tratamento. Um indivíduo com uma tentativa de suicídio prévia com dificuldades

na resolução de problemas e dificuldade para enfrentá-los, pode, sem intervenção adequada a tempo, tornar-se num sujeito com múltiplas tentativas de suicídio (Rudd e colaboradores, 1996).

Também a desesperança deve ser encarada como um preditor do suicídio tal como a presença de perturbação afetiva, ideação suicida severa, história de tentativa de suicídio, prévia história familiar de suicídio, história de abuso de álcool e drogas e fatores demográficos relevantes (estatus sócio econômico, desemprego, etc), idade (adultos jovens), sexo e raça (Beck e colaboradores, 1990; Runeson, 1998). Vários autores defendem que a desesperança é um fator relevante na relação entre a depressão e intenção suicida nas tentativas de suicídio. A desesperança, mais do que a depressão, parece ser um forte indicador de intenção suicida (Beck e colaboradores, 1975; Salter & Platt, 1990).

O estudo sobre o suicídio adolescente, no qual foi utilizado a autópsia psicológica que consiste na entrevista de médicos que atenderam os pacientes suicidas e seus familiares, realizado por Shaffer e colaboradores (1996), demonstrou que a agressividade e a “desesperança” figuravam como as características mais comuns a toda a amostra. Sintomas de ansiedade, muitas vezes associados às perturbações do humor, foram descritos em 10% dos jovens e 1/3 dos suicidas tinha história de comportamentos de fuga. Além disso, a maioria dos sujeitos mais velhos pertencia ao sexo masculino e preenchia os critérios de diagnóstico para uma perturbação psiquiátrica, especialmente o abuso de álcool e substâncias. A depressão maior era duas vezes mais comum no sexo feminino.

Como é uma característica do adolescente ser impulsivo e como os índices de transtornos psiquiátricos, principalmente a depressão, ansiedade e situações de estresse têm crescido na população. Pode-se hipotetizar que estes fatores, em

conjunto no adolescente podem ser indicadores de alto risco para suicídio. Em suma, trata-se de uma população de risco para suicídio e merece intervenções preventivas e situacionais imediatas e adequadas. Deve-se, portanto, observar e avaliar os fatores de risco preditores do comportamento suicida para assegurar que aqueles que apresentam maior risco recebam o atendimento e atenção adequada.

Referências

- Aberastury, A. (1980). *Adolescência*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Aberastury, A. & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Abreu, K.P., Lima M.A.D., Kohlrausch E., Soares J.F.(2010) *Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas*. Rev. Eletr. Enf. 12(1), 195-200.
- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- A.P.A. (1994). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders* (4rd edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Avanci, R.C., Pedrão L.J., Costa Junior M.L. (2011). *Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem*. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), 1(1).
- Bastia, B., Kar N., (2009). *A psychological autopsy study of suicidal hanging from Cuttack, India: Focus on stressful life situations*. *Archives of Suicide Research*, 13(1), 100–104.
- Beck, A.T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1975). *Hopelessness and suicidal behaviour: An overview*. *Journal of American Medical Association*, 234, 1146-1149.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. (1989). *Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 309–310.
- Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., et al. (1990). *Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients*. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190-195.
- Bertolote, J.M., Fleischmann A., De Leo D., Wasserman D. (2003) *Suicide and mental disorders: do we know enough?* *Br J Psychiatry* 183:382–383

Bhatia, M., Verma S., Murty, O.P. (2006). *Suicide notes: Psychological and clinical profile*. International Journal of Psychiatry in Medicine, 36(2), 163–170.

Bono, G., Froh J. (2009). *Gratitude in school: benefits to students and schools*. In R. Gilman, E. S. Huebner, & M. Furlong (Eds.), Handbook of positive psychology in the schools: Promoting wellness in children and youth (pp. 77–88). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Botega, N. J., Cano, F., & Kohn, S. L. (1995). Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (1), 19-25.

Botega, N. J., Mauro, M. L. F., & Cais, C. F. S. (2004). Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida –Supre-Miss – Organização Mundial da Saúde. In B. G. Werlang, & N. J. Botega. (Org.). *Comportamento suicida*(pp. 123-140). Porto Alegre: Artmed Editora.

Botega, N.J., Barros, M.B.A., Oliveira, H.B., Dalgarrondo, P., Marin-León, L. (2005). *Suicidal Behavior in the community: prevalence and factors associated to suicidal ideation*: Revista Brasileira de Psiquiatria 27(1):45-53.

Botega, N. J.; Barros, M. A. B.; Oliveira, H. B.; Dalgarrondo, P.; Marin-León, L. (2005) *Comportamento suicida na comunidade: fatores associados à ideação suicida*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 27(1), p. 2-5.

Botega, N.J; Bertolote, J.M; Hetem, L.A; Bessa, M.A. (2010). *Prevenção do Suicídio*. Revista Debates Psiquiatria Hoje, Matéria de Capa, p.10-20.

Bouvard, M.P., Doyen, C. (1996). *Le suicide chez l'adolescent*. L'Encéphale, 37(4), 35-39.

Brent, D.A., Bridge, J., Johnson, B.A., & Connolly, J. (1996). *Suicidal behavior runs in families: A controlled family study of adolescent suicide victims*. Archives of General Psychiatry, 53, 1145-1152.

Buddeberg, C., Buddeberg-Fischer, B., Gnam, G., Schmid, J., Christen, S. (1996) *Suicidal behavior in Swiss students: an 18-month follow-up survey*. Crisis 17:78–86.

- Burak, S. D.(1999). *Proteção, risco e vulnerabilidade. Adolescência Latino Americana*, v. 1, n. 4, p. 222-230.
- Carvalho, A. M.; Salles, F., & Guimaraes, M. M. (2003). *Adolescência*. Belo Horizonte: Instituto de Filosofia e Teologia de Goias,122 p.
- Chen, E., Chan, W., Wong, P., Chan, S., Chan, C. L. W., Law, Y. W., y Yip, P. S. F. (2006). *Suicide in Hong Kong: A case-control psychological autopsy study*. *Psychological Medicine*, 36, 815–825.
- Chérifa, L., Ayedia, H., Sahnouna, F., Walhaa, A., Moallaa, Y., Rekikb, N., Ghribia, F. (2012) *Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents.Psychopathology of suicide attempts among adolescents*.*Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence***60**, 454-460.
- Cohen, L.S., Winchel, R.M., & Stanley, M. (1988).*Biological markers of suicide risk and adolescent suicide*.*ClinicalNeuropharmacology*, 11(5),423-435.
- Coimbra, C. C.; Bocco, F.; Nascimento, M. L.(2005).*Subvertendo o conceito de adolescência*.*Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 57, n. 1, p. 2-11.
- Diekstra, R., & Hawton, K. (1987). *Suicide in adolescence*. Dordrecht: MartinusNijhoff Pub.
- Diekstra, R.F.W. & Kerkhof, J.F.M. (1994).The prevention of suicidal behaviour: A review of effectiveness. In S. Maes, H. Leventhal, & M. Johnston (Eds.), *International Review of Health Psychology* (pp. 145-165) (3º volume). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Dongping, Li, Capron, J.R., Cogle, J.D., Ribeiro, T.E., Joiner, N.B., Schmidt.(2012).*An interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide attempt history and future suicidal ideation*. *Journal of Psychiatric Research*, p. 174-180.
- Donald, E.,Greydanus, M.D.(2009). *Pediatria e Desenvolvimento Humano*, Michigan StateUniversityCollegeof Medicine Humanos.Kalamazoo Centro de Estudos de Medicina, 1000 Oakland Drive.
- Durkheim, É. (1977);*O Suicídio: Estudo Sociológico*. 2. ed. Lisboa: Editora Presença.

D'Oliveira, A. F. A. (2000-2002). *Dados do núcleo de atenção ao suicídio (2000-2002)*. Instituto Philippe Pinel, Rio de Janeiro. (Acessado em 12/12/10) disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/suicidio.pdf>

Ericson, E.H. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Ficher, A.M.F.T. & Vansan, G.A. (2008). *Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004* – Revista Estudos de Psicologia, Campinas.

Fombonne, E. (1998). *Increased rates of psychosocial disorders in youth*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 248, 14-21.

Fredrickson, B. L. (2004). *Gratitude, like other positive emotions, broadens and builds*. (pp. 145–166). New York: Oxford University Press.

Fredrickson, B. L., & Cohn, M. A. (2008). *Positive emotions*. Handbook of emotions (3rd ed.). (p. 777–796) New York: Guilford Press.

Froh, J. J., Bono, G., & Emmons, R. (2010). *Being grateful is beyond good manners: gratitude and motivation to contribute to society among early adolescents*. Motivation and Emotion, 34, 144–157.

Froh, J. J., Yurkewicz, C., & Kashdan, T. B. (2009). *Gratitude and subjective well-being in early adolescence: examining gender differences*. Journal of Adolescence, 32, 633–650.

Galdini, V.R. (2001). *Adolescentes mulheres em situação de pobreza: uma análise da configuração dos sentidos da adolescência*. 2001. 133 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Gex CR, F Narring, C Ferron, PA Michaud (1998) *Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity*. Acta Psychiatrica Scand 98:28–33.

Goldsmith, S.J., Fyer, M., & Frances, A. (1990). *Personality and suicide*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

- Gould, M.S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). *Psychosocial risk factors of child and adolescents completed suicide*. *Archives of General Psychiatry*, 59, 1155-1162.
- Hall, R., Platt, D., & Hall, R. (1999). *Suicide risk assessment: A review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts*. *Psychosomatics*, 40, 18–27.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L., & Turnbull-Donovan, W. (1992). *Perfectionism and suicide potential*. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 181-190
- Holahan, C.J., Moos, R.H., Schaefer, J. A. (1996). *Coping, Stress, resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning*. New York: Wiley.
- James, C. Overholser, Abby, B. & Lesa, D. (2012) *Understanding Suicide Risk: Identification of High-Risk Groups During High-Risk Times*. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*, Vol. 68(3), 334-348.
- Joiner, T. E. & Rudd, D. M. (2000). *Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 909–916.
- Khan, M. M., Mahmud, S., Mehtab, K., Zaman, M., & Prince, M. (2008). *Case-control study of suicide in Karachi, Pakistan*. *British Journal of Psychiatry*, 193(5), 402–405.
- Kolves, K., Varnik, A., Tooding, L., & Wasserman, D. (2006). *The role of alcohol in suicide: A casecontrol psychological autopsy study*. *Psychological Medicine*, 36, 923–930.
- Laufer, M. (1995). *The suicidal adolescent*. London: Karnac Books.
- Luoma, J. B., Martin, C. E. & Pearson, J. L. (2002) *Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence*. *American Journal of Psychiatry*, 159, 909-916.
- MacLeod, A.K., Tata, P., Evans, K., e colaboradores. (1998). *Recovery of positive future thinking within a high-risk parasuicide group: Results from a pilot randomized controlled trial*. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 371-379.

Mann JJ. (2002). *A current perspective of suicide and attempted suicide*. Ann Intern Med.;136(4):302-11.

Marttunen, M.J., Aro, H.M., Henriksson, M.M., & Lönnquist, J.K. (1991). *Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R Axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-old in Finland*. Archives of General Psychiatry, 48, 834-839

McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. (2002). *The grateful disposition: a conceptual and empirical topography*. Journal of Personality and Social Psychology, 82, 112–127.

Meneghel, S. N.; Victora, C. G.; Faria, N. M. X. ; Carvalho, L. A.; Falk, J. W. (2004) *Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul*. Revista de Saúde Pública, 38(6), p.804-810.

Ministério da Saúde. (2006). *Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2008). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 96p.

Ministério da Saúde. (2009) *Prevenção do Suicídio: Manual Dirigido a Profissionais da Saúde da Atenção Básica*.

Moos, R. H. (1993). *Coping responses inventory*. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.

Overholser, JC, Braden, A., Dieter, L. (2012). *Understanding suicide risk: Identification of high-risk groups during high-risk times*. Journal of Clinical Psychology 68.3 349-361.

Organização Mundial de Saúde (2003). *The World Health Report: Shaping the future*. Genebra.

Organização Mundial de Saúde (2006). *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Brasil.

Organização Mundial de Saúde (2006). *Relatório de Prevenção de Suicídios*. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.

Organização Mundial de Saúde (2009). *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. (http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf, acessado em 19/07/12).

Pereira, E. D.; Pinto, J. P.(2003). *Adolescência: Como se faz? – apontamentos sobre discursos, corpos e processos educativos. Fazendo Gênero*. Goiânia: Grupo Transas do Corpo, ano VII, n.17, jul./out.

Pfeffer C.R. (2000). *Suicidal behavior in children: an emphasis on development influences*. Wiley, Chichester.

Pompili, M; Vichi, M; Leo, D; Pfeffer, C; Giardini, P. (2012). *A longitudinal epidemiological comparison of suicide and other causes of death in Italian children and adolescents*. *EurChild Adolesc Psychiatry* 21:111–121-123

Portes, P. R., Sandhu, D. S., & Longwell, R. (2002). *Understanding adolescence suicide: A psychological interpretation of developmental and contextual factors*. *Adolescence*, 37, 148-158.

Pompili, M., Vichi, M., De Leo, D., Pfeffer, C., Girardi, P. (2013). *A longitudinal epidemiological comparison of suicide and other causes of death in Italian children and adolescents*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2013) 22:193 DOI 10.1007/s00787-013-0391-0. Published online: 17 February 2013 Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013.

Rashid, T., & Anjum, A. C. (2007). *Positive psychotherapy for young adults and children*. (pp. 250–287). New York: Guilford Press.

Relatório da Survival International para o Comitê para Eliminação da Discriminação Racial da ONU (2010). *Violações dos Direitos dos Índios Guarani no Mato Grosso do Sul, Brasil*. http://assets.survivalinternational.org/documents/208/Survival_Guarani_Report_Portuguese-2.pdf (Acessado em 12/11/13).

- Rena, L.C.C.B. .(2003) *Projeto adolescente Cidadão: as oficinas como estratégias de intervenção com grupos adolescentes*. (Trabalho apresentado no VI Congresso de Psicologia Escolar e Educacional em Salvador, abr.2003).
- Rey G. C; Narring F; Ferron C; Michaud P.A. (1998).*Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity*.Acta PsychiatrScand;98(1):28-33.
- Rodriguez CF, Kovacs MJ. (2005). *O que os jovens têm a dizer sobre as altas taxas de mortalidade na adolescência? Imaginario* [Internet]. (Acessado em 30/06/11) 30];11(11):111-36.
- Rosenberg ML, Mercy JA, Potter LB (1999). *Firearms and suicide*. New England Journal of Medicine, 341: 1609-1611.
- Rudd, M.D., Joiner, T., & Rajab, M.H. (1996).*Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample*.Journal of Abnormal Psychology, 105(4), 541-550.
- Runeson, B.S. (1998). *History of suicidal behaviour in the families of young suicides*.ActaPsychiatricaScandinavica, 98 ,497-501.
- Runeson, B., Tidemalm, D., Dahlin, M., Lichtenstein, P., Langstrom, N. (2010).*Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study*. BMJ 341:c3222olescents. EurChildAdolescPsychiatry21:67–73.
- Sabino S. (2009) *Adolescer... ai que medo de crescer! Uma abordagem sobre os medos na adolescência*. São Paulo: Paulinas;. 94p.
- Sampaio, D., & Santos, N. (1990). *Tentativa de suicídio adolescente – Aspectos clínicos*. *Psiquiatria Clínica*, 11(1), 1-8.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho – O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (1985). *Tentativas de suicídio na adolescência*. Lisboa. Tese.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho – O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.

- Santos, B. R. dos (1996). *A emergência da concepção moderna de infância e adolescência. Mapeamento, documentação e reflexão sobre as principais teorias*. Dissertação de Mestrado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais (Antropologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo - SP
- Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., e colaboradores. (1996). *Psychiatric diagnoses in child and adolescent suicide*. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348.
- Sher L, Oquendo MA, Mann JJ.(2001) *Risk of suicide in mood disorders*. *ClinNeurosci Res*; 1:337-44.
- Suyemoto, K.L. (1998). *The functions of self-mutilation*. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Stulz N., Koßppl J. U., Gross V.A. (2012) *Methods of suicide used by children and ad.*
- Tam, C.L.; Lee, T.H., &Har, W.M. (2011). *Asian Social Science*, journal.ccsenet.org.
- Teixeira, C. M. F. S. -(2004). *Tentativa de suicídio na adolescência*. *Revista da UFG, Vol. 6, No. 1, junonline* (www.proec.ufg.br).
- Trujillo H. A; Escudero R.T.G., Enamorado D.C.M; Constanten B.S., Sonia. *Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida*. *Rev Cubana Med Gen Integr*[online]. 1999, vol.15, n.4, pp. 372-377.ISSN 1561-3038.
- Vansan, G. A., &Fávero, R. V. (1987). *Comunicações diretas da intenção suicida*. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria; Associação Psiquiátrica da América Latina (ABP-APAL)*, 8(3), 97-101.
- Waiselfisz, J.J. (2011) *Mapa da Violência, Os Jovens no Brasil*. Instituto Sangari.
- Williams, J. M., & Pollack, L. (1993). *Factors mediating suicidal behaviour: Their utility in primary and secondary prevention*. *Journal of Mental Health*, 2, 3-26.
- Wintemute, G.J., Parham, C.A., Beaumont, J.J., Wright, M., Drake, C. (1999). *Mortality among recent purchasers of handguns*. *New England Journal of Medicine*, 341: 1583-1589.

Zanini, D. S.; Forns, M. (2004). *Coping y psicopatología: comparación entre adolescentes de la muestra general y sub-clínica*. *Psiquiatría.com*, v. 8, n. 2,. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/130/15324/?++interactivo>.

PARTE II. ARTIGO EMPÍRICO

Ideação e Tentativa de Suicídio na Adolescência

RESUMO:

Este artigo tem como objetivo avaliar os índices de ideação e tentativa de suicídio em adolescentes de uma cidade do interior de Goiás popularmente conhecida pela ocorrência de suicídios. Além disso, buscou avaliar a relação entre ideação e tentativa de suicídio com o autorrelato de problemas de comportamento. Participaram deste estudo 371 adolescentes provenientes de duas escolas, sendo uma pública e a outra particular. No momento da coleta de dados, os participantes cursavam os anos escolares correspondentes ao Ensino Fundamental II (sexto ao nono ano). As idades variaram de 13 a 18 anos de idade. Destes, 163 ou 43,9% eram meninos e 208 ou 56,1% eram meninas. Os dados indicam que do total dos 371 adolescentes pesquisados 321 (86,5%) relataram nunca haver tentado suicídio. Contudo, 47 (12,7%) relataram haver tentado suicídio nos últimos 12 meses. Além disso, embora 301 (81,4%) dos adolescentes não tenham apresentado ideação suicida, 67 ou 18,2% relataram haver pensado em suicidar. Adolescentes que pensam em suicídio tentam fazê-lo nos próximos 6 meses. Observou-se relação significativa entre ideação e tentativa de suicídio com os problemas de comportamento analisados.

PALAVRAS CHAVES: Adolescentes, Ideação Suicida, Tentativa de Suicídio, Suicídio.

ABSTRACT

This article aims to evaluate rates of suicidal ideation and suicide attempts in adolescents from an inner city of Goiás popularly known by the occurrence of suicides. Furthermore, we sought to evaluate the relationship between suicidal ideation and suicide attempt with self-reported behavior problems. The study included 371 adolescents from two schools, one private and one public. At the time of data collection, participants were attending to the corresponding Secondary School (sixth to ninth year) school years. Their ages ranged from 13 to 18 years old. Of these, 163 or 43.9% were boys and 208 or 56.1 % were girls. The data indicate that the total of 371 adolescents surveyed 321 (86.5 %) reported never having attempted suicide. However, 47 (12.7%) reported having attempted suicide in the past 12 months. Moreover, while 301 (81.4 %) of teenagers have not submitted suicidal ideation, 67 or 18.2% reported having thought about suicide. Teens who think suicide attempt do so in the next 6 months. A significant relationship between suicidal ideation and suicide attempt with behavior problems analyzed .

KEYWORDS: Adolescents, Suicidal Ideation , Suicide , Suicide.

Partindo do princípio de que a adolescência e o suicídio se constituem em temas complexos e presentes na sociedade, entende-se ser relevante desenvolver estudos comparativos desta temática. Acredita-se que a partir deles é possível construir alternativas de prevenção de suicídio nessa faixa etária. Além disso, é importante, também, fortalecer ações que de suporte àqueles que já vivenciaram uma tentativa de suicídio.

De modo geral, a população tende a negar a ocorrência de suicídio especialmente quando ocorre em adolescentes. Apesar disso, atualmente sabe-se que os adolescentes são especialmente vulneráveis a reagirem com atitudes suicidas em resposta a sérios conflitos que estejam passando segundo Kaplan e colaboradores (2000).

Avanci (2005) descreve a adolescência de acordo com o paradigma biomédico, como uma fase do desenvolvimento humano de transição entre a infância e a vida adulta, identificada principalmente pelas transformações biológicas da puberdade e relacionadas à maturidade biopsicossocial. Segundo o Ministério da Saúde (2008), adolescente é toda pessoa com idade entre 12 e 18 anos, configurando-se em uma fase de transição entre a infância e a idade adulta. A adolescência pode ser considerada como uma etapa do desenvolvimento do ser humano que é marcada por inúmeras transformações físicas, emocionais e sociais.

Muitos adolescentes na contemporaneidade e segundo as tendências apontadas em diversos estudos, estão em risco de vida, de adquirir doenças, deficiências e incapacidades, entre outras consequências negativas para a saúde (DiClemente, Hansen, & Ponton, 1996; United States Department of Health and Human Services, 2000). Uma questão que se destaca, neste cenário, é a origem deste risco. Enquanto

anteriormente as causas da mortalidade e morbidade nos jovens estavam associadas a fatores de ordem biomédica, no século XXI, essas causas estão essencialmente associadas a fatores de origem social, ambiental e comportamental (Irwin, Burg & UhlerCart, 2002; Steptoe & Wardle, 1996). Comportamento e estilo de vida são, então, determinantes cruciais para a saúde, doença, deficiência/incapacidade e mortalidade prematura. Dentro dos estilos de vida que colocam em risco a saúde, o bem-estar e muitas vezes a própria vida dos jovens, encontra-se um largo conjunto de comportamentos, nomeadamente o consumo de substâncias (álcool, tabaco, drogas, medicamentos), a violência, o suicídio, os acidentes, as desordens alimentares, a gravidez na adolescência e as doenças sexualmente transmitidas.

O suicídio é um tema complexo e que merece atenção. Para melhor compreensão, devemos diferenciar tentativa de suicídio de condutas autolesivas como: cortes e queimaduras que causam lesões físicas leves ou moderadas. Alguns autores fizeram esta distinção. Começamos com Galban e col. (2002) que descrevem o suicídio ou tentativa de suicídio como qualquer ação mediante a qual o indivíduo se autolesiona, independentemente da morte, do método empregado e do conhecimento real de sua intenção. Porém, o suicídio propriamente dito refere-se a tentativa bem sucedida: quando o objetivo morte é alcançado.

Teixeira (2004) descreve que qualquer ato não fatal de automutilação ou de auto envenenamento pode ser considerado tentativa de suicídio. A gravidade da tentativa deve relacionar-se com a potencialidade autodestrutiva do método utilizado, com a probabilidade de uma intervenção de terceiros. A conduta autolesiva pode ser um indicador de que o indivíduo possui ideação suicida e a tentativa a oportunidade de concretizar a idéia de se matar. Ter pensamentos suicidas, ou, ter a ideia de cometer suicídio pode ser um sinal de risco para suicídio.

Segundo Werlang (2004), o comportamento suicida pode ser entendido como ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Este conceito de suicídio permite conceber o comportamento suicida como um *continuum* que inicia com pensamentos de autodestruição, passa das ameaças e gestos às tentativas de suicídio e, finalmente, consuma o ato suicida.

Barbosa e col. (2011) são mais precisos quando descrevem fases para o suicídio, que, segundo eles são: 1. Ideação Suicida: constituída de vários fatores, como história pregressa de tentativas de suicídio nas quais apresenta risco futuro para novas tentativas, com o surgimento do desejo de morte, dando a consolidação do ato destrutivo fatal; 2. Ambivalência: são indivíduos que, com a intenção de acabar com a dor psíquica em algum momento em suas vidas, estavam confusos em relação aos seus pensamentos com o desejo de viver ou morrer, vivendo assim, em uma indecisão; e, finalmente, 3. Impulsividade que é um momento transitório, que por alguns pontos negativos, criam idéia fixa constante no dia a dia, durando alguns minutos ou horas, que é gradualmente aumentada, resultando um impulso brusco e irreversível. Além destes autores muitos outros descrevem o suicídio em fases.

Chamando a atenção para a gravidade do problema, destaca-se os estudos de Sadock (2007) ao descrever que suicídio é, na nossa era, responsável por 12% das mortes entre adolescentes nos Estados Unidos. Considera ele que a tendência é de que o suicídio acabe se mostrado como uma situação comum ou com uma frequência maior do que a esperada, vivenciada por adolescentes. Segundo Sadock (2007), este evento resulta de um ato deliberado, iniciado e levado a termo por uma pessoa com conhecimento ou expectativa de um resultado fatal.

Vieira (2009) escreve que tentativas de suicídio e suicídio entre adolescentes constituem-se em uma situação freqüente na atualidade, ocorrendo, em sua maioria, após rompimentos de relacionamentos afetivos ou desentendimentos familiares. Nessa perspectiva, adolescentes justificam tentativas de suicídios em função de vínculos familiares fragilizados ou distorcidos e relações afetivas rompidas ou não correspondidas que, simbolicamente, podem significar frustração afetiva, familiar, relacional, social e cultural.

Estudo de Ficher e Vansan (2008) aponta que pacientes de um hospital geral do setor de psiquiatria, com idade entre 10 e 24 anos, tiveram histórias clínicas que mostraram que a maioria dos adolescentes que tentaram ou cometeram suicídio eram proveniente de lares desestruturados causados por separação dos pais. Seu estudo mostrou que a tentativa de suicídio ocorreu com maior frequência após discussão com pessoas significativas do núcleo sócio-familiar. Os autores apontam que a família representa grande valor social. Segundo eles, é na família que se constrói os vínculos afetivos e onde nos sentimos amados e seguros. A qualidade deste vínculo familiar é que vai possibilitar e garantirá ao adolescente o convívio mais saudável com a sociedade.

O suicídio ou a tentativa de suicídio, pode ser consequência de múltiplos fatores, como, por exemplo, o ponto final para situações de estresse e sofrimentos que atingem proporções elevadas e causam perturbações psicológicas graves. Kirchner e colaboradores (2011) descrevem as condutas autolesivas e ideação suicida entre adolescentes e estratégias de enfrentamento inadequadas e aponta o stress como desencadeador de conflitos, mas, que estratégias de enfrentamento eficazes podem ter valor preventivo importante e contribuir para a implementação de programas de prevenção.

Werlang (2000) realizou pesquisa de autópsia psicológica. Ouviu parentes e testemunhas de pessoas que cometeram suicídio com o objetivo de fazer exame retrospectivo para melhor compreensão do suicídio. Segundo a autora a autópsia psicológica é uma estratégia utilizada para delinear as características psicológicas de vítimas de morte violenta, sendo utilizada durante o curso de uma investigação de morte, para auxiliar a determinar o modo de morte de um indivíduo, especialmente em casos duvidosos. Estudo realizado pela mesma autora (2012) mostra que estudos realizados através de autópsias psicológicas que pessoas que cometeram suicídio estavam atormentados pela sobrecarga financeira/endividamento pessoal ou familiar, abusos, morte e adoecimentos de parentes, doenças físicas/limitação da capacidade funcional, sintomas/transtornos mentais, isolamento social/solidão/falta de apoio e ideias, tentativas e suicídio na família.

Estudo realizado por Luoma e col.(2002) apontaram que mais de 75% das vítimas de suicídio procuraram um serviço de atenção primária à saúde no ano de sua morte e 45% no mês que cometeram suicídio. Este dado aponta para a possibilidade de prevenção do comportamento suicida, em que os profissionais da área de saúde desempenham papel fundamental na detecção precoce de fatores de risco.

No Brasil, o suicídio é considerado risco por representar a segunda causa de internações na população de 10 a 19 anos do sexo feminino na rede SUS (Freitas e Botega, 2002).

O mapa abaixo apresenta coeficientes de suicídio de diversos países por 100 000 habitantes:

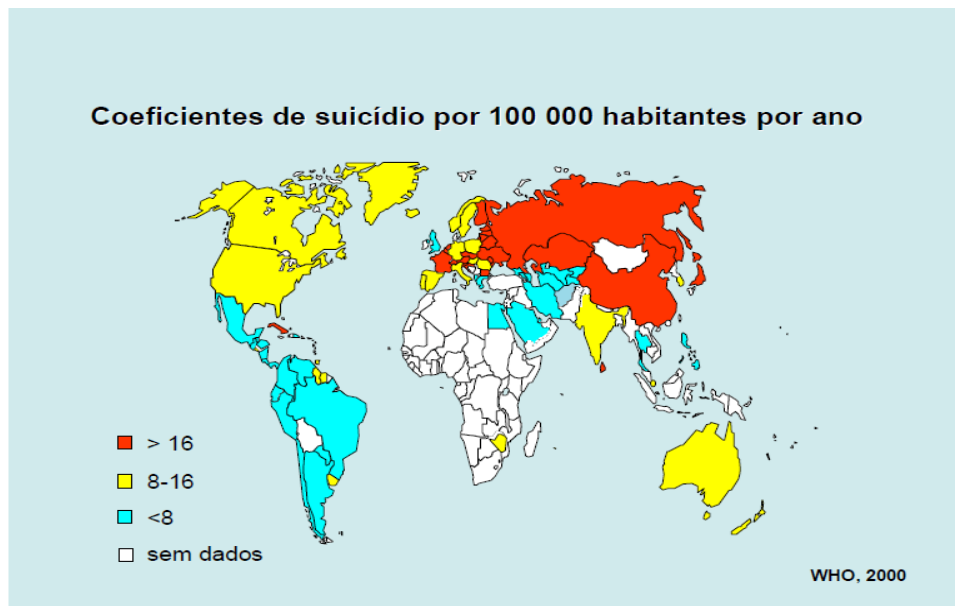


Figura 1 – O Mundo e o Suicídio

Fonte: Prevenção do Suicídio – Manual Dirigido Profissionais da Saúde da Atenção Básica (2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), anualmente, um milhão de pessoas falecem em decorrência de suicídios. A taxa global (mundial) é de 16 suicídios para cada 100.000 habitantes.

No mapa abaixo está representado o número de mortes por suicídio entre jovens nas idades entre 15 e 24 anos.

Gráfico 2.1. Causas de Mortalidade Jovem e Não Jovem (em %). Brasil, 2008.

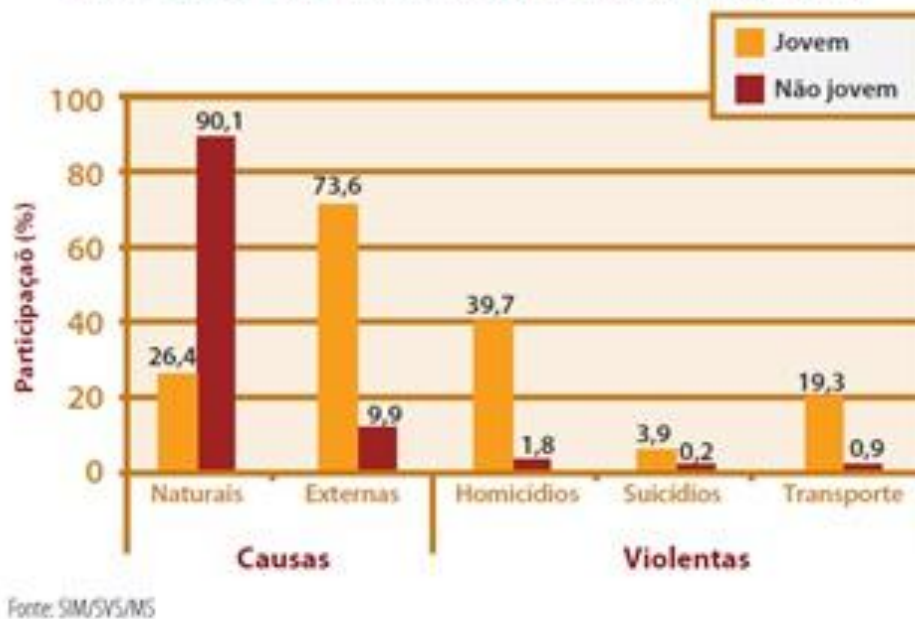


Figura 2: Os Jovens e o Suicídio.

Fonte: Mapa da Violência - Os Jovens do Brasil (2011).

A taxa de suicídio entre os jovens no Brasil, em 2008 foi de 3,9 %. Em nosso país, os índices de suicídio nas diversas faixas etárias não são tão alarmantes como em países da Europa oriental (Estônia, Letônia, Lituânia, Finlândia, Hungria, Rússia) e da Ásia (China e Japão). Mas, em relação à adolescência, como ocorre na maioria dos países mencionados, as taxas de suicídio vêm, também, aumentando (De Leo, 2004; Organização Mundial de Saúde, 2001).

Estudo publicado por Souza, Minayo e Malaquias (2002) demonstrou que Porto Alegre e Curitiba são consideradas as capitais com os maiores índices de suicídio registrados em jovens com idades entre 15 e 24 anos, comparadas com outras nove capitais (Belém, Fortaleza, Natal, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Vitória, Rio

de Janeiro e São Paulo). Este dado torna-se alarmante principalmente porque as estatísticas sobre suicídio são falhas e subestimadas, ainda mais no que se refere a adolescentes, sendo que seus atos autodestrutivos são, muitas vezes, negados e escondidos pela família.

Em termos de Brasil, as taxas de suicídio variaram de 3,9 a 4,5 para cada 100 mil habitantes a cada ano, entre os anos de 1994 e 2004 (Organização Mundial de Saúde, 2006). O índice para suicídio no estado de Goiás foi de 4,2%, no mesmo ano.

Desta forma, o objetivo central desta pesquisa examinar os índices de ideação e das tentativas de suicídio em adolescentes de uma cidade do interior de Goiás popularmente conhecida pela ocorrência de suicídios. Além disso, pretende-se relacionar ideação e tentativa de suicídio com o autorrelato de problemas de comportamento.

Busca-se auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas e de atenção à saúde mais voltadas para esta população e região tendo em vista os relatos de entidades representativas deste município acerca do grande número de tentativas e suicídios ocorridos neste município nos últimos anos.

Método

Caracterização da cidade

O município de Rubiataba localiza-se na mesorregião do Médio norte Goiano e possui uma área total de 748 Km² representando **0.22 %** do Estado, **0.0468%** da Região e **0.0088 %** de todo o território brasileiro. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de **0.748**. O município estende-se as margens da GO

434 e 251, importante eixo de ligação a BR – 153 e municípios satélites, com distância de 220 Km da capital Goiânia.

Trata-se de uma cidade do interior de Goiás com uma população de 18.915 habitantes (IBGE, 2012). Destes 2.191 são adolescentes com idades entre 12 e 18 anos, segundo dados oficiais do senso escolar do ano de 2012 informados pela Sub-Secretaria Municipal de Educação desta cidade.

No âmbito da assistência à saúde, o município dispõe de capacidade física instalada para desenvolver ações assistenciais desde o nível básico até o secundário, que se encontram principalmente nos centros de saúde e unidades hospitalares.

No atendimento hospitalar, o município conta com três estabelecimentos de saúde que prestam serviço de pronto atendimento 24h. Com relação à rede privada, o município possui uma pactuação com o serviço, garantindo assim uma melhor cobertura a toda população usuária do SUS – Sistema Único de Saúde.

O quadro abaixo dimensiona a quantidade de estabelecimentos de saúde no município de Rubiataba no ano de 2008.

Tipo de Estabelecimento	Quantidade
Estabelecimentos de Saúde público	6
Estabelecimentos de Saúde público federal	-
Estabelecimentos de Saúde público estadual	-
Estabelecimentos de Saúde público municipal	6
Estabelecimentos de Saúde privado total	2

Figura 1: Serviços de Saúde por tipo de prestador no município de Rubiataba.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2008).

Conforme observado no quadro acima, não existia nenhum serviço de atendimento direcionado a área da saúde mental. No ano de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou projeto com o objetivo de solicitar a implantação do CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial. A justificativa era de que este município não fugia à realidade brasileira quanto à deficiência ao atendimento das necessidades básicas da sua população e, em particular, no âmbito da saúde mental, o qual, ainda segundo o projeto, era marcado pela inexistência de uma assistência psiquiátrica adequada e para as demandas existentes, só havia duas opções: deslocar-se para o Hospital Wacile Chuck em Goiânia capital do Estado ou Hospital Espírita Psiquiátrico de Anápolis.

A prática de atendimento as emergências psiquiátricas e toxicológicas eram rotineiras no município, principalmente nos casos de tentativas de suicídio. Com ênfase aos dados obtidos através do SAMU-192 (2009) Vale do São Patrício, cerca de 50% dos atendimentos a pacientes vítimas de tentativa de suicídio eram advindos do município estudado e que esse número poderia chegar a maiores proporções quando referimos aos casos de baixa e média complexidade, não transferidos via SAMU. A grande preocupação era com a reabilitação psíquica desses pacientes que, na sua maioria, são jovens e das mais variadas classes sociais.

Segundo relato dos órgãos oficiais, ocorrem muitos suicídios entre adolescentes no município, embora tenha diminuído os índices de suicídio a partir do ano de 2010, o que coincidiu com a implantação do CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

Os gráficos abaixo descrevem a forma, gênero e prevalência do suicídio no município estudado segundo órgãos oficiais entre os anos de 2005 a 2012:

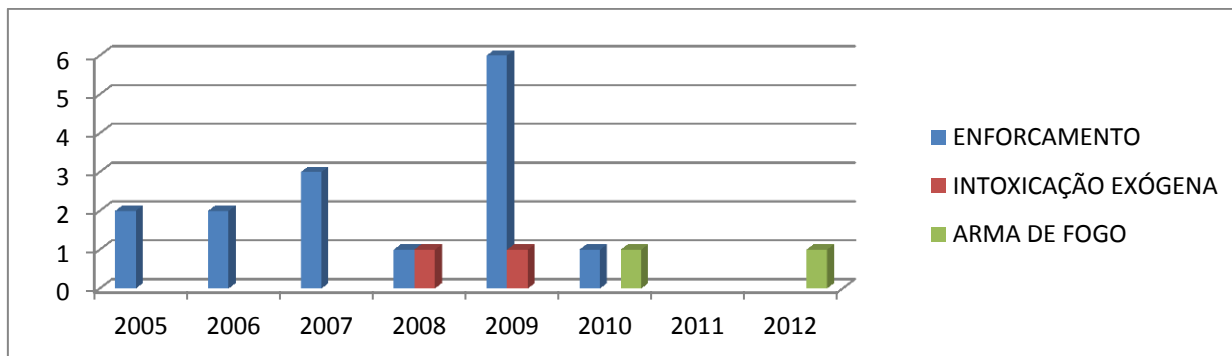


Gráfico 1: Número e Formas de Suicídio

Fonte: Cartório do Registro Civil Local 2012.

Observa-se no Gráfico 1, que o método mais utilizado para o suicídio nos últimos anos tem sido o enforcamento, embora nos últimos 3 anos, a arma de fogo também passou a ser utilizada. Também se observa um aumento significativo no ano de 2009 e uma ausência de notificação em 2011. Contudo, tais dados devem ser avaliados com cautela, pois pode haver subnotificação além de perda de dados referente à troca de gestão nestes anos. O Gráfico 1 ainda aponta que nos últimos oito anos a incidência de suicídio em adolescentes na cidade foi de 19 casos, o que perfaz uma média de 2,375 casos por ano. Analisando em termos de dados epidemiológicos, esta média aponta para uma proporção de 108,40 casos por 100.000 habitantes. Este dado está significativamente superior ao encontrado para as crianças e adolescentes da população brasileira em geral (1,1 por 100.000), além de significativamente superior ao considerado pela OMS como um alto índice de suicídio e compatível com os países nórdicos que seria de 16 casos por 100.000 habitantes em geral (não especificando apenas aqueles com idades entre 12 e 18 anos).

O Gráfico2 revela um maior número de suicídios entre homens que mulheres nesta população.

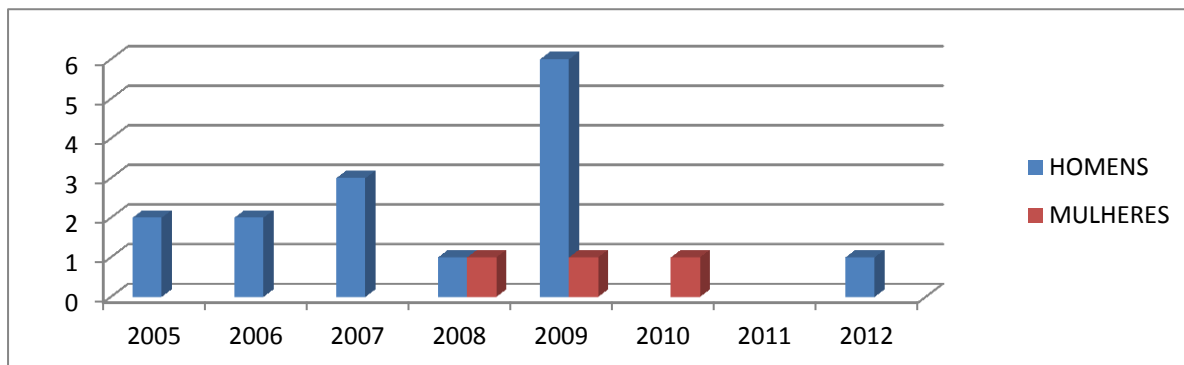


Gráfico 2: Número de Suicídios por Gênero

Fonte: Cartório do Registro Civil Local 2012.

Participantes

Participaram deste estudo 371 adolescentes provenientes que de duas escolas, sendo uma pública e a outra particular de uma cidade do interior de Goiás. No momento da coleta de dados, os participantes cursavam os anos escolares correspondentes ao Ensino Fundamental II (sexto a nono ano). As idades variaram de 13 a 18 anos de idade ($m=15,98$, $DP=1,26$). Destes, 163 ou 43,9% eram meninos e 208 ou 56,1% eram meninas. Foram recolhidos 439 formulários, porém, houve a necessidade de descartar 68, visto que, foram preenchidos de forma incompleta.

A seleção da amostra foi realizada por Probabilística. Para a sua definição, levou-se em consideração a fórmula sugerida por Richardson, Peres, Wanderley, Correia e Peres (1999), e Fonseca e Martins (1996), denominada amostragem por conglomerados para populações finitas e variáveis nominais ou ordinais, (Viegas, 1999).

A expressão estatística é a seguinte:

$$n = \frac{\acute{o}^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + \acute{o}^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde: n = tamanho da amostra; N = tamanho da população; \acute{o} = nível de confiança; p = proporção das características pesquisadas no universo; q = proporção do universo que não possui características pesquisadas (1 - p); E2 = erro de estimação permitido.

Para o cálculo, foram estabelecidos os seguintes critérios:

N=2.919 => População finita; \acute{o} = Nível de confiança de 95% (segundo Fonseca e Martins (1996),; portanto $\acute{o}=1,95$; p = Estimativa da verdadeira proporção de um dos níveis da variável escolhida => No caso da impossibilidade de prever com exatidão o valor de “p” deve ser admitido “p = 0,50”, pois, dessa forma, tem-se o maior tamanho da amostra (Fonseca e Martins, 1996, p. 181); q = 1 - p = 1 - 0,50 = 0,50; E2 = erro de estimativa suportado de 5% (E = 0,05), já que, segundo Fonseca e Martins (1996), em pesquisas sociais costuma-se trabalhar com erro máximo de estimativa de 5%.

Portanto, obteve-se:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 2.191}{((0,05)^2 \times (2.191 - 1)) + ((1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5)} = 326,97$$

Quando estes critérios e dados foram aplicados na fórmula, resultaram 326,97 sujeitos que constituíram um subconjunto representativo da população

pesquisada. Portanto, pode-se concluir que a amostra de 368 participantes atende aos critérios, sendo representativa da população alvo.

Instrumentos

Para avaliar os comportamentos de risco para suicídio, foi utilizado o *Youth Self Report (YSR)*, um questionário desenvolvido para adolescentes entre 11 e 18 anos de idade por Achenbach (1991) com o intuito de obter respostas de adolescentes a respeito de suas próprias competências e problemas. Esse instrumento é composto por duas partes. A primeira contém sete questões que analisam comportamentos sociais dos adolescentes, tais como atividades cotidianas, amizades, hábitos sociais e familiares e rendimento escolar, formando a escala de competência. A segunda é composta por 112 itens que avaliam problemas de comportamento e comportamentos socialmente desejáveis, formando as escalas de distúrbio total e síndromes, referindo-se a sintomas psicopatológicos de naturezas distintas baseados no DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002).

Essas escalas são, posteriormente, associadas em dois grandes grupos denominados síndromes internalizantes (manifestações sindrômicas de afastamento, queixas somáticas, ansiedade e depressão) e síndromes externalizantes (compostas pelas escalas relativas a comportamentos delinquentes e condutas agressivas) (Achenbach, 1991). A pontuação do questionário pode ser calculada segundo as escalas individuais, das grandes síndromes (internalizantes e externalizantes) e também em relação ao distúrbio total ou total de psicopatologia. Esta última representa o somatório total das pontuações nas escalas do questionário. O resultado é ponderado em função do sexo e da idade dos respondentes.

O YSR está empiricamente baseado em dados de pesquisas desenvolvidas em diversos contextos e culturas (Achenbach, 1991). Para este estudo, foi utilizada a versão traduzida e adaptada para o português pela equipe da profa. Edwiges Silvaes da USP. Apenas a segunda parte do instrumento foi analisada e, mais especificamente, analisaram-se as síndromes externalizantes, internalizantes e a pontuação total no questionário.

Procedimentos

Após a aprovação do projeto pelo comitê de ética da instituição a ele vinculada, foi realizada a escolha das escolas que participaram do estudo, que foi uma escola pública estadual, por ser a maior da cidade e que contemplava a faixa etária pesquisada e uma escola particular, sendo a única do município e que também contemplava a faixa etária do estudo. Em seguida, foi realizado o contato com as mesmas. Após esclarecimentos necessários quanto à participação, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os responsáveis e para os adolescentes para que autorizem a participação no estudo.

Os participantes foram submetidos em grupo à aplicação dos instrumentos em sua própria sala de aula e período escolar. A aplicação durou em média 1 hora e 30 minutos. Foi garantido a todos os participantes o sigilo dos dados, e a possibilidade de retirada do consentimento a qualquer momento do processo de pesquisa sem resultar em ônus para os mesmos. Assim, mesmo lhes foi garantido a possibilidade de apoio psicológico para aqueles que necessitarem em decorrência de sua participação na pesquisa através de parceria realizada com o CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial, localizado no município.

Os dados estão armazenados e assim ficarão por 5 anos. Após este período se procederá o descarte dos questionários seguindo as recomendações éticas da Resolução 196/1996.

Resultados

Foram aplicados um total de 439 formulários de pesquisa, porém, 68 tiveram que ser descartados por terem sido entregues incompletos, o que permitiu a análise de 371 formulários.

De acordo com os dados observa-se que do total dos 371 adolescentes pesquisados 321 (86,5%) relataram nunca haver tentado suicídio. Contudo, 47 (12,7%) relataram haver tentado suicídio nos últimos 12 meses. Além disso, embora 301 (81,4%) dos adolescentes não tenham apresentado ideação suicida, 67 ou 18,2% relataram haver pensado em suicidar nos últimos 12 meses.

Tabela 1 – Distribuição das frequências de ideação e tentativa de suicídio

		Ideação Suicida		Total
		Não	Sim	
Tentativa de suicídio	Não	77,7%	9,5%	87,2%
	Sim	4,1%	8,7%	12,8%
	Total	81,8%	18,2%	100%

Para avaliar se a ideação suicida está associada com uma maior probabilidade de tentativa de suicídio realizou-se o estudo de correlação de Kendall's tau-b. O valor r encontrado foi de 0.49 com um intervalo de confiança de $p=0.00$, indicando uma associação entre ideação suicida e tentativa de suicídio na adolescência. Para avaliar a probabilidade desta ocorrência foi utilizado a fórmula para cálculo de probabilidade (Bracarense, 2012).

Probabilidade = ad/bc .

Desta forma, e de acordo com os dados observados na Tabela 1 acima, encontrou-se uma probabilidade de 0,13 o 13% dos adolescentes desta cidade cometerem suicídio. Além disso, os adolescentes que já pensaram em suicídio apresentam uma probabilidade ou chance de 0.48 ou 48% de cometerem suicídio e aqueles que não pensaram em suicídio apresentam uma chance de 0.49 ou quase 5% de efetivamente tentarem suicídio.

Observa-se diferença significativa entre meninos e meninas para ideação suicida ($t=-2.95$, $p= 0.03$), sendo as meninas as que mais relatam apresentar ideação suicida ($m=0.12$ e 0.23 , $DP=0.32$ e 0.42), para meninos e meninas, respectivamente. Contudo, esta diferença estatisticamente significativa para sexo não é observada nas tentativas de suicídio ($t=-1.51$, $p=0.13$). Assim, embora as meninas apresentem mais ideação suicida não há diferenças entre meninos e meninas para a tentativa de suicídio.

Tabela 2 – Média, desvio padrão, e *t student* para meninos e meninas e ideação suicida e tentativa de suicídio.

	SEXO	N	Média (DP)	T	P
ideação suicida	Meninos	162	.12(.32)	-2.95	.003
	Meninas	207	.23(.42)		
Tentativa de suicídio	Meninos	162	.10(.30)	-1.51	.132
	Meninas	206	.15(.36)		

Nota-se diferenças significativas entre ideação e tentativa de suicídio por idade nesta faixa etária da adolescência ($F=.46$ e $.43$; $p=.80$ e $.83$ para ideação e tentativa de suicídio, respectivamente).

Para avaliar se existe relação entre a ideação suicida e tentativa de suicídio com o autorrelato de problemas de comportamento foi realizado um estudo de correlação entre estas variáveis. Os dados estão apresentados na Tabela 3.

De acordo com a Tabela 3, observa-se uma relação significativa e positiva entre a ideação suicida e a tentativa de suicídio e todos os tipos de problemas de comportamento analisados. Mais especificamente, a ideação suicida relacionou-se significativa e positivamente com ansiedade e depressão ($r= 0.43$), com isolamento social e depressão ($r= 0.32$), com problemas somáticos ($r= 0.39$), com problemas sociais ($r= 0.35$), com problemas de pensamento ($r= 0.29$), com problemas de atenção ($r= 0.29$), quebrar regras ($r= 0.29$), comportamento agressivo ($r= 0.36$), problemas internalizantes ($r= 0.43$) e problemas externalizantes ($r= 0.37$).

Por outro lado, as tentativas de suicídio relacionaram com ansiedade e depressão ($r=0.33$), isolamento social e depressão ($r=0.29$), problemas somáticos ($r= 0.30$), problemas sociais ($r= 0.33$), problemas de pensamento ($r= 0.38$), problemas de atenção ($r= 0.30$), quebrar regras ($r= 0.28$), comportamento agressivo ($r= 0.30$), problemas internalizantes ($r= 0.35$) e problemas externalizantes ($r= 0.32$).

Tabela 3 – Correlação de *Spearman* entre ideação suicida e tentativa de suicídio e problemas de comportamento segundo YSR (Achenbach, 1991).

	Ideação suicida	Tentativa de suicídio
Ideação suicida	-----	.495**
Tentativa de suicídio	.495**	-----
Ansiedade/Depressão	.426**	.326**
Isolamento e Depressão	.323**	.294**
Problemas Somáticos	.391**	.304**
Problemas Sociais	.352**	.326**
Problemas de pensamento	.290**	.384**
Problemas de atenção	.286**	.305**
Quebrar Regras	.288*	.284**
Comportamento agressivo	.359**	.304**
Problemas internalizantes	.428**	.346**
Problemas externalizantes	.369**	.318**
Total de Problemas	.386**	.354**

* Significativo ao nível de .05

** Significativo ao nível de .01

Pode-se considerar os dados apresentados acima como alarmantes e desconcertantes. Hipoteticamente, Ideação Suicida e Tentativa de Suicídio estão relacionados de forma significativa com todos os itens avaliados pelo questionário aplicado. A cidade pesquisada está sob constante risco eminente para suicídio? Ou: atenção: A cidade pesquisada está sob constante risco eminente para suicídio! Afinal, os estudos apresentados mostram que possuir ideação suicida é forte preditor de comportamento suicida, bem como, esta fase a adolescência, é marcada por todos os problemas avaliados e os adolescentes pesquisados, além de possuí-los, possuem ideias, planos de se matar.

Discussão

Este estudo teve como objetivo descrever e avaliar os índices de ideação e tentativa de suicídio em adolescentes de uma cidade do interior de Goiás popularmente conhecida pela ocorrência de suicídios. Além disso, pretendeu-se

relacionar ideação e tentativa de suicídio com o autorrelato de problemas de comportamento. Baseando-se nos dados obtidos, avaliou-se a ideação e tentativa de suicídio na adolescência, sua relação e implicações para políticas públicas.

Período de transformação, crescimento e de formação da identidade do ser humano que deve ser marcado pela positividade, a população adolescente deve ser foco de intervenção de profissionais que trabalham com saúde, visto que, a realidade e as pesquisas tem demonstrado que esta é uma fase que merece atenção dos profissionais que trabalham com saúde mental, dado o índice cada vez maior de suicídio nesta população.

Este estudo mostrou que tanto a ideação suicida quanto tentativas de suicídio estavam relacionadas intimamente com os problemas de comportamento analisados como: ansiedade e depressão, isolamento social e depressão, problemas somáticos, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, quebrar regras, comportamento agressivo, problemas internalizantes e externalizantes. O que corrobora com os autores que escrevem que os índices de suicídio estão relacionados, principalmente a quadros de depressão e problemas de comportamento como Steptoe & Wardle (1996), Kaplan e colaboradores (2000); Irwin, Burg, e UhlerCart (2002).

Os resultados deste estudo sugerem que uma avaliação sistemática e rigorosa deve ser feita no município estudado com o objetivo de prevenção do suicídio, uma vez que estudos apontam a ideação suicida como forte preditor de comportamento suicida e suicídio. Além do que, o índice de suicídio encontrado nesta população em 2012 foi de 45,64 por 100.000 habitantes. Entre os adolescentes aqui estudados encontrou-se uma probabilidade de 13% de que eles venham cometer suicídio, ou seja, um índice bem maior que a média encontrada para 100.000 habitantes para o Brasil que

é menor que 8% segundo a Organização Mundial de Saúde (2000) além de ser uma média quase 6 (seis) vezes maior do que a encontrada no Brasil.

Ao tratar mais especificamente dos jovens, a taxa apresentada para o Brasil foi de 3,9%. O dado constatado nesta pesquisa é no mínimo alarmante, refletindo sobre a importância de se propor em caráter de urgência medida de prevenção para a população estudada.

Existe, no município, programas sociais do governo federal como PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, ProJovem Adolescente que são voltados para jovens de baixa renda que possuem um leque de atividades voltados para o enriquecimento dos vínculos familiares, o fortalecimento dos vínculos sociais e orientações aos jovens. Mas não contemplando todos os adolescentes. Há a necessidade de implantar programas educacionais e de convivência entre os jovens e que seja mais abrangente.

Deve-se avaliar o quadro de depressão e conflitos familiares, também expostos nas repostas dos adolescentes pesquisados que, como visto, são fatores de risco para suicídio. Mas o presente estudo evidenciou que além de comportamentos característicos de depressão, a prevenção de comportamentos suicidas deve considerar também qualquer outro tipo de alteração comportamental, pois estas estão associadas a um aumento na ideação e tentativa de suicídio.

Deve-se criar estratégias para a orientação dos familiares e jovens sobre o tema Ideação, Tentativa de Suicídio e Suicídio através de palestras e grupos de convivência vinculados à Secretaria de Educação Municipal e CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Araújo L.G.S; Rocha M.M., Silvares E.F.M. (2008) *Um estudo comparativo entre duas traduções brasileiras do Inventário de Auto-avaliação para Jovens (YSR)*. *Psicologia: Teoria e Prática* – 2008, 10(1):14-24. Acessado em 01-01-2014.
- Avanci, R.C., Pedrão, L.J., Costa Junior, M.L. (2005) *Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem*. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.) [Internet]. (Acessado em 30/06/2011). 1(1). Available from: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v1n1/v1n1a07.pdf>.
- Bracarense, P.A. (2012). *Estatística aplicada a ciências sociais*. Curitiba: IESDE Brasil S.A.
- Barbosa, F.O.; Macedo, Mosca P.C.S., Carvalho R.M. *Depressão e o suicídio*. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2011 .
- De Leo, D. (2004). Prefácio. In N. J. Botega & B. G. Werlang (Orgs.), *Comportamento suicida* (pp. 13-14). Porto Alegre: ArtMed.
- DiClemente, R. J., Hansen, W. B., e Ponton, L. E. (1996). Adolescents at risk: A generation jeopardy. *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 1-4). New York: Plenum Press.
- Freitas, G.V.S. & Botega, N.J. (2002). *Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida*. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48, 3, 245-249.
- Galban, L.Y.P.; Rodrigues, L.C.; Cruz, M.P.; Arencibia, T.G. & Álvarez, M.G. (2002). *Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes*. *Revista Cubana Med Milit*; 31(3), 182-7.
- Galias I. (2004). *Aspectos psicodinâmicos do suicídio*. *Simpósio Internacional de Suicídio: Avanços e Atualizações*. São Paulo;

Irwin E.C. Jr., Burg S., Cart C.U. (2002) *America's adolescents: where have we been, where are we going?* Journal of Adolescents Health. Volume 31, Issue 6, Supplement, pages 91-121.

Kaplan D. W., Feinstein R. A., Fisher M. M., Klein J. D., Olmedo L.F., Rome E.S., Yancy W. S.. (2000); *Suicide and suicide attempts in adolescents.* Pediatrics 105(4):871-874. American Academy of Pediatrics. <http://pediatrics.aappublications.org/content/105/4/871.full.html>.

Kirchner T; Ferrer L; Fornis M; Zanini D. (2011) *Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies.* Actas Esp Psiquiatr; 39(4): 226-35.

Luoma, J. B., Martin, C. E. & Pearson, J. L. (2002) *Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence.* American Journal of Psychiatry, 159. (Acessado em 21/05/2012).

Ministério da Saúde. (2008) *Estatuto da Criança e do Adolescente.* Brasília (Brasil): Ministério da Saúde. 96p.

Organização Mundial de Saúde (2009). *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.* (http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf, acessado em 19/07/12)

Organização Mundial de Saúde (2001). *Mental health: new understanding, new hope.* Geneva (Switzerland): WHO; 2001 [cited 2011 jun 30].

Organização Mundial de Saúde (2006). *Relatório de Prevenção de Suicídios.* Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.

Sadock BJ, Sadock VA. (2007) *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.* Porto Alegre: Artmed;. 1584p.

Simões, C. (2000). *Adolescentes e Comportamentos de Saúde.* repositorio.ipl.pt/.../Adolescentes%20e%20comportamentos%20de%20sa (Acessado em 10/05/2012).

Souza, E. R., Minayo, M. C. S., & Malaquias, J. V. (2002). *Suicide among young people in selected Brazilian state capitals. Cadernos de Saúde Pública*,18(3), 673-683.

Stephens A, Wardle J, Pollard T.M., Canaan L., Davies G.J. (1996) *Stress, social support and health-related behavior: a study of smoking, alcohol consumption and physical exercise. Journal Psychosomatic Research*.Volume 41, Issue 2, August 1996, Pages 171 -180.

WERLANG, Blanca Susana Guevara (2000). "Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio".Campinas, SP, s.n. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.Faculdade de Ciências Médicas.

WERLANG, Blanca Susana Guevara (2012). Autópsia Psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. *Ciências e Saúde Coletiva*, 17 (8):1955-1962,2012.

Werlang B.G., Botega N.J.,Cais C.F.S., Macedo M.M.K.(2006) *Comportamento suicida. Revista Psicov. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. (Acessado em 17/05/2012).*

Waiselfisz J.J. (2011). Mapa da Violência – Os Jovens do Brasil. Ministério da Justiça do Brasil e Instituto Sangari.

Vieira L.J.E.S., Freitas M.L.V., Pordeus A.M.J., Lira S.V.G., Silva J.G. (2009). “*Amor não correspondido*”: *discurso de adolescentes que tentaram suicídio*.*CienSaudeColet.*;14(5):1825-34.

ANEXO

Anexo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL**

1.NOME: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: _____

SEXO: _____

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO:

_____ Nº: _____ BAIRR

O: _____ CIDADE: _____ Estado: _____

CEP _____

TELEFONE:(____) _____

2.RESPONSÁVELLEGAL:

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____

SEXO: _____

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: _____ Nº: _____ APTO: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____

CEP: _____ TELEFONE: _____

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DA PESQUISA:

Suicídio na Adolescência.

2. PESQUISADORES: Dr.^a Daniela Sacramento Zanini – CPF – 783108901 - 25

Ana Cristina Gomes Marques de Faria – CPF 575.770.481-00

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO () RISCO MÍNIMO (x) RISCO
MÉDIO ()

RISCO BAIXO () RISCO MAIOR ()

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

3. DURAÇÃO DA PESQUISA : 1 ano.

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

Este estudo tem por objetivo avaliar os problemas enfrentados pelos adolescentes do município de Rubiataba - Goiás, suas formas de enfrentamento e a relação destes com comportamentos de risco para o suicídio, tendo em vista os relatos de entidades representativas deste município acerca do grande número de tentativas e suicídios ocorridos neste município nos últimos anos. Para sua realização serão aplicados dois questionários, podendo o participante sentir-se cansado ou incomodado

em realizar a tarefa. Contudo, sua participação contribuirá para o desenvolvimento de políticas públicas e de atenção à saúde voltados para esta população e região. Será fornecida assistência que necessitar por decorrência da sua participação nesta pesquisa por meio da Secretaria Municipal de Saúde do município de Rubiataba – GO.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
 2. Você também terá liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
 3. As informações fornecidas serão sigilosas, salvaguardando sua confidencialidade, sigilo e privacidade.
 4. Você terá viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.
 5. Caso você se sinta ferido nos seus direitos humanos durante sua participação na pesquisa, poderá solicitar uma indenização.
 6. Caso necessite lhe será disponibilizado a possibilidade de atendimento psicológico na Secretaria Municipal de Saúde de Rubiataba (telefone: 33251230).
-

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Pesquisadores: Dr.^a Daniela Sacramento Zanini

Pesquisador executante: Ana Cristina Gomes Marques de Faria – 8574-01116

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

Rubiataba, _____ de _____ de _____.

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador executante