

---

# TRISTEZA E SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES: FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

---

MIRIA BENINCASA

Universidade Metodista de São Paulo – UMESP  
Instituto de Psicologia da USP

MANUEL MORGADO REZENDE

Universidade Metodista de São Paulo – UMESP

---

## RESUMO

---

*O suicídio e suas tentativas são a segunda causa de internações na população de 10 a 19 anos do sexo feminino na rede SUS. Neste estudo, buscou-se identificar os fatores de risco e de proteção relacionados a este fenômeno. Para isso, selecionaram-se 32 adolescentes, distribuídos em dois grupos pertencentes à classe A e dois à Classe D, conforme especificações do IBGE. Utilizou-se o método do Grupo Focal para coleta e análise dos dados. Os resultados apontaram que o risco a ser abordado é a tristeza, enquanto o suicídio foi considerado pelos sujeitos uma consequência deste sentimento. “Briga dos pais”, “solidão” e “traição de amigos, namorado(a)” foram apontados como fatores de risco para tristeza entre adolescentes. O fator de proteção apresentado foi “alguém confiável para conversar”. Identificou-se a necessidade de criar espaços de escuta e implantar programas de proteção à saúde e à vida voltados a esta população.*

**Palavras-chave:** Adolescência; tristeza; fatores de risco e proteção; grupo focal.

---

## ABSTRACT

---

### **SADNESS AND SUICIDE: RISK AND PROTECTION FACTORS AMONG ADOLESCENTS**

*The suicide and its attempts are the second cause of internments into the 10 to 19 year old female population that enter the SUS system. This study aimed to identify risk and protection factors related to this phenomenon. The study's participants were 32 adolescents, divided into four groups according to their socioeconomic level (according to IBGE's specifications): two groups classified as high socioeconomic level adolescents; and two groups as lower socioeconomic level adolescents. Data was collected through the focal group technique. Results indicated that the risk to be approached is sadness, while the suicide was considered a consequence of this feeling. “Fight between parents”, “loneliness” and “betrayal of friends and romantic partners” had been observed as risk factors to sadness. The factor of protection presented was “someone trustworthy to talk”. Thus, the need to create listening spaces, and also the establishment of programs of health protection to this population were identified.*

**Key words:** Adolescence; sadness; risk factors; protection factors; focal group technique.

---

## INTRODUÇÃO

Este estudo abordou a percepção de fatores de risco e de proteção para tristeza e suicídio entre adolescentes. Inicialmente são explicitados os conceitos de risco, fatores de proteção e percepção de riscos empregados neste artigo.

*Risco* é um conceito da Epidemiologia Moderna e refere-se à probabilidade da ocorrência de algum evento indesejável (Silveira, Silvares e Marton, 2003; Augusto, Freitas e Torres, 2002). *Fatores de risco* são elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desencadeamento de um evento indesejado, não sendo necessariamente fator causal. Segundo Silveira, Silvares e Marton, (2003), *fatores de proteção* são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco. Estes autores acrescentam que a *percepção dos riscos* volta-se à perspectiva do controle preventivo dos riscos, buscando, por meio da educação, influir nos comportamentos deletérios para a saúde do corpo e do meio ambiente.

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 suicídio ou parassuicídio é definido como qualquer ação mediante a qual o indivíduo se auto-lesiona, independentemente da morte, do método empregado e do conhecimento real de sua intenção (Galban, Rodrigues, Cruz, Arencibia e Álvarez, 2002).

As estatísticas, segundo Cassorla (1987), são falhas e subestimadas. Um dos motivos que o autor considera relevante para isso, deve-se ao fato de que os atos autodestrutivos são negados ou até escondidos pela família do adolescente devido a sentimentos de culpa e/ou vergonha pelo ato. As estatísticas relativas às tentativas de suicídio, segundo o autor, são mais falhas ainda, observando-se um aumento considerável nas últimas décadas e, principalmente, nas idades mais jovens.

Sabe-se, que o suicídio exitoso predomina em homens, geralmente idosos ou de meia idade, enquanto que as tentativas de suicídio são mais comuns em mulheres jovens. Em São Paulo, esta é a terceira causa de morte entre as classificadas como causas externas, ao lado dos acidentes de trânsito e dos homicídios (Cassorla, 1987). O único consenso entre suicidologistas, segundo Dutra (2001) e Galban et al. (2002), é de que o suicídio é um fenômeno multifacetado que envolve fatores biológicos, sociais e emocionais. Para Dutra (2001), o suicídio é uma realidade mundial, acontece em todas as faixas etárias, etnias e níveis sócio econômicos. As maiores taxas encontram-se nos Estados Unidos, com 24,1 casos para cada 100.000 habitantes, enquanto no Canadá, são 25,2 casos

para cada 100.000 habitantes. No Sri-Lanka, 61 e na Hungria, 71 casos para cada 100.000 habitantes. No entanto, Dutra (2001) afirma que o suicídio entre jovens de 15 a 19 anos vem aumentando em todo o mundo.

Segundo Bahls (2002), em adolescentes há atualmente a compreensão de que a depressão maior é comum, debilitante e recorrente, envolvendo um alto grau de morbidade e mortalidade, especialmente através do suicídio, constituindo-se em uma das principais preocupações da saúde pública e, a maioria dos casos, não é identificada nem encaminhada para tratamento. O autor ressalta que se deve estar atento para os seguintes sinais: os estados de humor irritável ou depressivo duradouro e/ou excessivo, os períodos prolongados de isolamento ou hostilidade com família e amigos; o afastamento da escola ou queda importante no rendimento escolar; o afastamento de atividades grupais e comportamentos como abuso de substâncias (álcool e drogas), violência física, atividade sexual imprudente e fugas de casa.

Dutra (2001) concorda com Bahls (2002), relatando perceber fases de tristeza, “acabrunhamento”, isolamento, tédio, desesperança e retraimentos que podem ser encaradas como comuns, quando se discute este tema. Para este autor, os comportamentos suicidas podem ser compreendidos como uma defesa à depressão, enquanto que a depressão pode ser uma defesa contra o suicídio.

Dutra (2001), sobre esta vivência depressiva, afirma que esta se revela, comumente, através de sentimentos de vazio, tédio, indiferença, solidão, abandono, impressão de ser mal-amado, incompreendido ou rejeitado. O autor acrescenta que os sinais da depressão podem ser “uma resposta inevitável” a um mundo sentido como frustrante.

Martins, Trindade e Almeida (2003), ao discutirem sobre fatores de proteção à depressão na adolescência, afirmam que, ao mesmo tempo em que os adolescentes relatam precisar de liberdade para se divertir, informam sobre a necessidade de apoio e de proteção para sentirem-se seguros. Os autores demonstram que, para seus sujeitos, o bem-estar está ligado ao sentimento de proteção oferecido pelos pais. Acrescentam ainda que o apoio e a proteção são elementos significativos para a vida e que a responsabilidade para seu futuro está, neste momento, colocada em agentes externos (pais, boa escola, entre outros). Continuam a discussão de seus resultados, afirmando que, segundo os sujeitos pesquisados, ter “uma vida e um crescimento saudável” está relacionado a ter liberdade, ter bons pais, ter amigos, ter uma boa escola, ter segurança, ter dinheiro, em outras palavras, precisam ter apoio e um ambiente seguro. Zamberlam, Freitas e Fukamori (1999) alertam que a qualidade do relacionamento entre os adolescentes e seus pais pode

desencadear “estressores” potenciais que poderiam afetar a vida das famílias para a maioria dos adolescentes. Lauridsen e Tanaka (1999) concordam, informando que, o maior índice de queixas entre adolescentes de 14 e 19 anos concentrava-se em “alterações no ambiente familiar” e “problemas na escola/trabalho”.

Melo, Faria, Melo, Chaves e Machado (2005) identificam, como fator de proteção para os riscos no período da adolescência, a possibilidade de poder falar sobre o que pensa e sente. Relatam que o jovem sente muita necessidade da fala e, embora tímido, sutilmente vai abrindo o espaço para se manifestar e influenciar nas situações – a interação com o outro é vital para ele e, apesar do seu bem conhecido caráter grupal, a experiência destes autores tem mostrado que os adolescentes gostam e precisam do contato com diferentes pessoas, de diferentes idades e é possível vê-los por longas horas, junto delas, apenas conversando. Estudos mostram que o estabelecimento de pelo menos um vínculo social adequado pode protegê-los de comportamentos desviantes e, certamente não é casual o fato de que uma das suas principais queixas seja a de não serem ouvidos. Wagner, Falcke, Silveira e Mosmann (2002) confirmam este dado em pesquisa sobre comunicação familiar e informam sobre a intensa demanda do adolescente por ser ouvido. Em seus estudos, a mãe, dentre os familiares, foi a mais requisitada (96%).

A administração do comportamento suicida no adolescente não é simples (Beyaert e Erlicher, 1999), pois, 70 % dos pacientes que tentam suicídio não têm um transtorno mental apropriadamente diagnosticado, embora necessitem de cuidados nessa esfera (Pommereau, 1998). Foram encontrados, na literatura pesquisada, programas de promoção de saúde mental, no entanto, identifica-se carência de programas específicos de prevenção ao suicídio. Alguns autores sugerem intervenções tanto nas famílias como nas escolas, visto que são contextos promotores tanto de risco como de proteção a este fenômeno (Teixeira, 2003; Sukiennik, Segal, Salle et al, 2000).

## **OBJETIVOS**

Os objetivos deste estudo foram investigar, entre adolescentes, a percepção do risco de suicídio durante este período da vida; identificar o que relatam como fatores de risco e; compreender o que consideram fatores de proteção ao refletir sobre o tema.

## MÉTODO

### Sujeitos

Os 32 sujeitos deste estudo foram selecionados segundo os critérios de idade, sexo e classe social. A idade variou de 14 a 18 anos, sendo 16 do sexo feminino e 16 do sexo masculino. Metade da amostra pertenceu à classe social A e metade à classe D, segundo especificações do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). O número de participantes foi definido pelo critério de oito participantes por grupo focal, sugerido por Osório (2000). A opção pelas classes sociais A e D deveu-se ao interesse por identificar a percepção deste risco nas extremidades sociais, excluindo-se a classe E, porque esta faixa etária está freqüentemente ausente das escolas. Foram realizadas três sessões com cada grupo e o papel do coordenador foi de facilitar e incentivar as discussões sobre o tema.

### Material

Foi realizado um estudo exploratório e de natureza qualitativa, com o emprego do Grupo Focal. Carlini-Contrim (1996, p.286) descreve o Grupo Focal como “*um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço*”. Acrescenta que “*a essência do grupo focal consiste em se apoiar na interação entre seus participantes para colher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador (moderador do grupo)*”. O material obtido, segundo esta autora, é a “*transcrição de uma discussão em grupo, focada em um tópico específico.*”

O roteiro adotado para investigar o tema incluiu as seguintes questões: “Vocês acham que suicídio é um risco na adolescência? Como o adolescente se expõe a este risco? Por que desta exposição? Como é possível se proteger deste risco?” Antes do início da atividade, foram definidas as regras de participação: a) uma pessoa falar de cada vez; b) evitar discussões paralelas para que todos participem; c) ninguém pode dominar a discussão; d) todos têm o direito de dizer o que pensam; e) todos se comprometeram com o respeito e o sigilo sobre os diversos pontos de vista manifestados na atividade.

### Procedimento

Pelo critério de conveniência foram selecionadas, três escolas de ensino médio e fundamental, de duas cidades da região sudeste do Brasil. Duas escolas estão localizadas na cidade de São Paulo e uma escola de uma cidade média do interior de Santa Catarina. A inclusão de distintas regiões geográficas objetivou contemplar diferenciações sociodemográficas, na formação da amostra. As localizadas na região metropolitana de São Paulo foram: uma particular, de um bairro nobre da cidade, que disponibilizou sujeitos da

classe A; outra pública, localizada na periferia da cidade, que disponibilizou os sujeitos da Classe D. A terceira escola, localizada no interior o estado de Santa Catarina disponibilizou dois grupos: indivíduos de classe A que estudavam pela manhã e indivíduos de classe D que estudavam a noite. As determinações de classes A e D dos participantes dos grupos foram delineadas segundo as normas do IBGE.

Selecionaram-se, em cada escola, 12 adolescentes com as características de idade e classe social estabelecidas para este estudo. Apresentaram-se a proposta e datas. O número de oito participantes foi atingido para cada grupo, respeitados os critérios estabelecidos pelos próprios adolescentes, sob a coordenação da pesquisadora, a partir do interesse em participar desta atividade e a disponibilidade no horário proposto. Adotou-se a mesma sistemática nos demais grupos para homogeneizar a composição numérica de participantes. Os adolescentes e seus responsáveis assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Os grupos foram considerados: “Grupo1” (G1), pertencente à classe social A, realizado em Santa Catarina; “Grupo 2” (G2), pertencente à classe A, realizado em São Paulo; “Grupo 3” (G3), pertencente à classe D, realizado em São Paulo e; “Grupo 4”, pertencente à classe D, realizado em Santa Catarina.

Foram realizadas duas sessões de 90 minutos com cada um dos grupos. Todas as sessões foram filmadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. A análise iniciou-se com uma codificação dos dados, extraindo-se três categorias: 1. Fatores de Risco para suicídio; 2. Conseqüências deste risco e 3. Fatores de Proteção para este risco. A partir destas categorias estabeleceram-se subcategorias que foram organizadas com citações literais dos participantes dos grupos. Elaborou-se, então, um memorando, para cada categoria do material, que contemplasse as percepções dos adolescentes. Estes resultados foram discutidos à luz de artigos encontrados sobre o tema.

## **RESULTADOS**

Serão apresentados nos resultados exemplos de trechos das verbalizações de participantes dos grupos, para exemplificar a categorização dos dados, com a indicação do grupo ao qual pertenciam.

### **I. Fatores de risco**

#### **a. Briga ou problemas dos pais**

“Pra mim, o que me deixa mais triste mesmo é quando meus pais brigam e eu não sei o que fazer” (G1).

“As coisas que acontecem em casa, com a família, com quem você gosta deixam a gente triste” (G2).

“Minha mãe, por exemplo, quando me vê triste pergunta o que *tá* acontecendo. Só que eu não vou falar pra ela. Eu sei que ela não vai entender. Se eu estiver triste, porque ela e meu pai estão brigando sem parar, e disser isso pra ela, ela vai brigar comigo” (G2).

“Foi uma vez que eu briguei com a minha mãe e ela disse que tava decepcionada comigo. Fiquei chorando no quarto e me sentindo a última” (G3).

“O que me deixa mais triste mesmo é quando meus pais brigam. É como se eu tivesse que ficar do lado de um deles e o outro fica bravo comigo. Sempre acontece isso e eu não sei o que fazer” (G3).

“Mas tem também de você ver seus pais tristes, porque não tem dinheiro pra nada. Isso é pior do que namorada” (G4) .

**b. Não ser escutado(a)**

“É muito ruim não ser escutada, dá muita raiva, você fica brava. Eu grito, começo a gritar, não adianta, tem que me ouvir como eu tenho que ouvir” (G1).

“Me sinto irritado e também não escuto” (G1).

“É, uma vez eu falei pra minha mãe, quando ela perguntou porque eu estava triste, que era porque minha namorada tinha terminado comigo. Ela disse que passava e eu nunca mais falei. Eu sei que passa. *Tá* vendo, passou, mas não era o que eu queria ouvir” (G2).

“Há pouco tempo meu pai me perguntou porque eu tava com aquela cara. Eu disse que tava de *saco cheio* e cansado de escola e tudo. Ele riu da minha cara como se eu não tivesse motivo nenhum pra estar cansado” (G2).

“Mas amigo é assim mesmo, você tem que confiar, desconfiando sempre. Amigo *brother* de verdade é coisa rara. Às vezes, nem é coisa de trair. Mas, às vezes, quando você *tá* precisando é que você vai ver que o *cara* não *tá* pronto pra conversar com você” (G3).

---

c. **Sentir-se invadido(a)**

“Por exemplo, se eu *tô* com algum problema e quero ficar sozinha, eu não suporto que minha mãe venha o tempo todo perguntar: o que é que você tem? Porque que você *tá* assim? Nossa! Isso me enche *o saco*, é a pior coisa que tem. É a pior coisa alguém ficar perguntando o que é que *deu* quando *tu* não quer falar, se eu quiser falar eu vou lá e falo, mas é um *saco* ficarem te perguntando” (G1).

“Acho que todo mundo fica triste por vários motivos. Principalmente quando as pessoas não respeitam a gente, criticam quem a gente é e o que a gente faz, fica se metendo na sua vida. Isso acontece em todos os lugares, em casa também” (G2).

“Mas também me deixa triste quando ela não dá valor pra mim. Nem espaço em casa tem pra eu ficar sozinha e, quando eu fico na minha, ela começa a me *encher*” (G3).

d. **Solidão**

“Eu falo pra minha mãe que não *tô a fim* de falar e, quando tiver, eu procuro. O pior é que você vai, às vezes, procurar e não acha, *daí também é mal*”(G1).

“Eu tinha um amigo, amigo mesmo, de verdade, agora eu não tenho amigos. Até vai gente lá em casa. mas eu não tenho” (G1).

“Eu sinto falta de alguma pessoa pra isso, chegar assim e dizer: *bah, tal*, ontem à noite..., mas eu não tenho com quem falar... quer dizer, até tenho com quem falar mas amigo, amigo de verdade, acho difícil”(G1).

“Mas o contrário também é ruim. Quando você percebe que as pessoas não estão muito preocupadas com você e que você *tá* mais sozinha do que você pensa” (G2).

“O duro é você ter com quem. Eu não tenho, então não converso com ninguém.”

“Quando eu *tô mal* eu não falo pra ninguém, principalmente se é por causa de mina. Aí que eu não falo mesmo” (G3).



“O problema é que é difícil confiar em alguém. A gente tem que pensar muito antes de contar alguma coisa. A maioria das pessoas que eu conheço, eu conheço desde que eu nasci e não confio” (G4).

**e. Traição de amigos, namorados**

“Quem acha que todo mundo é amigo *tá* perdido” (G1).

“É mais fácil você ter amigos que te traiam, que sejam desleais a *ti* do que aqueles que, independente do momento que *tu* tiver, eles estejam contigo, mesmo sabendo que tu fez alguma coisa errada, sei lá, independente do que tu faz e de qualquer outra coisa. Por *ti*, pela amizade, por esse sentimento que é tão nobre, né?” (G1).

“Por exemplo, você faz alguma coisa errada ou acontece alguma coisa contigo, você pode ter certeza que os amigos que *tu* tem vão sair fora e vai sobrar tudo pra *ti* e só as pessoas que falaram que aquilo era errado, que não deveria fazer, que são os pais. São as únicas pessoas que vão te defender, quando precisa, e aqueles que disseram: *ah* isso é *legal*, *vai aí*, vão tudo cair fora. E aqueles que vão te defender são os únicos que tu nunca ouviu” (G1).

“Isso acontece mesmo. Às vezes você confia muito em alguém, acha que é sua melhor amiga e depois ela te trai, conta suas coisas. Não tem como não *ficar mal*” (G2).

“O que me deixa muito brava e às vezes triste é traição de amiga. Quando você confia em alguém e aí ela te trai” (G3).

“É a pior coisa, quando você conta um segredo pra uma amiga, e, quando você vai ver, ela já contou pra outro, que contou pra outro e no fim *tá* todo mundo sabendo do que era pra ser um segredo” (G3).

“Por exemplo, se sua namorada te troca por outro e você gosta muito dela. Você pode não agüentar de decepção” (G4).

“O pior é, quando sua melhor amiga rouba seu namorado. Parece que seu mundo caiu. Você não sabe mais em quem confiar. As duas pessoas que você mais confia te traem. E juntas” (G4).

---

**f. Sentimento de desproteção**

“É muito mais difícil você ter um amigo que te fale o que *tu* fez de errado do que ter aquele que te apóia. ... No caso que a gente *tá* falando de estar numa festa e tu *tá* mal, é muito mais fácil um cara que te ajude a ficar pior do que aquele que diga *deu*, vamos parar e corre o risco de arrumar uma briga contigo mas que faça o papel dele de amigo e diga: ó, cara, num dá assim” (G1).

“Acho que todo mundo quer isso, alguém que não te deixe se expor tanto” (G1).

“Amigo que você pode confiar é aquele que, quando *tá* na balada, mesmo que ele não esteja com você, de vez em quando ele vai lá só pra ver como você está. Cuida de você e você cuida dele. Mas nem sempre você tem isso” (G2).

**g. Questões financeiras**

“Por muita coisa. Pode ficar triste, porque a *Sadia* deixou de comprar porco dele ou do pai dele e ele não sabe mais o que fazer. Isso já aconteceu. Não com adolescente, mas já aconteceu de suicidar por isso” (G4).

“Mesmo se você trabalha, você não tem como sustentar todo mundo. Ai você não sabe o que fazer” (G4).

**II. Conseqüências**

**a. Suicídio**

“Bom, se você é alemão, suicidar é fácil” (G1).

“Um amigo meu encontrou a mãe dele com um tiro na cabeça e a *vó* com o pulso cortado na casa dele... Ele ficou muito mal. Muito mal mesmo” (G2).

“Já tentei me matar, mas não me corto mais pra me matar, só porque me sinto melhor quando faço isso” (G3).

“Eu também fico triste. Já até passou pela minha cabeça me matar. Mas nunca pensei de verdade nisso” (G3).

“Ah, passar pela cabeça assim: como seria se eu me matasse, isso já passou na cabeça de todo mundo eu acho. Na minha também, mas nunca pensei

em ir lá e me matar” (G3).

“Nossa! E como. Teve uma época que tinha muito. Hoje até que tem menos” (G4).

“Mas aqui quem que suicida, normalmente, é gente mais velha” (G4).

“Mas já aconteceu de gente da nossa idade se suicidar” (G4).

“Se a pessoa ficar muito triste pode acontecer sim” (G4).

**b. Depressão, prolongamento da tristeza**

“É, tem hora que o emocional tá tão carregado que você tem que falar com alguém, mas têm coisas que eu guardo só pra mim” (G1).

“Minha mãe estava com depressão esses dias. A depressão é muito ruim para quem está ao seu lado e para você que tá mal, é pior ainda” (G2).

“Eu acho que depressão é comum, todo mundo sente” (G2).

“As pessoas ficam tristes com as coisas e isso é normal. Agora, ficar em depressão mesmo. É que você não viu, mas é um sufoco pra todo mundo. Você não sabe o que fazer pra ajudar. E tudo que você faz ainda é pouco. Você fica até culpado por não conseguir ajudar” (G2).

“Ninguém consegue entender a depressão. Você não está sendo egoísta. Só não sabe o que fazer pra melhorar. Parece que ninguém se importa com o que você está fazendo e o que quer. Parece que você se sente sozinho, sem ninguém, mesmo que toda família, que te ama, esteja do seu lado. Agora, o suicida é diferente. O suicida é egoísta. Não se importa com a família. Não se importa em ver todo mundo sofrer” (G2).

“Ah, passar pela cabeça assim: como seria se eu me matasse, isso já passou na cabeça de todo mundo eu acho. Principalmente quando a gente tá triste, a tristeza não passa e a gente não sabe o que fazer. Na minha também passou como seria se eu me suicidasse, mas nunca pensei em ir lá e me matar” (G3).

“Daí, a tristeza aumenta, às vezes e você não pensa em coisas boas” (G4).

**c. Isolamento**

“É, tem coisa que é melhor você não contar pra ninguém, guardar pra você. Nem pra pais nem pra amigos” (G1).

“Às vezes, acho que é melhor ficar sozinho, não contar as coisas pra ninguém. Sei que seria mais *legal* falar, mas sei que não dá” (G2).

“Pode parecer bobo pros nossos pais, mas eu fico triste de verdade, quando eles brigam e todo mundo fica triste, quando leva um *pé na bunda*. Só que o lance é se conformar que não tem pra quem falar. Guarda pra você” (G3).

“Acaba que a gente se vira sozinho mesmo” (G4).

**d. Auto-agressão**

“Eu, quando fico triste, eu me corto. Eu corto a perna também... Me sinto melhor assim. Pelo menos deixo de ficar triste” (G3).

**III. Fatores de Proteção**

**a. Família próxima**

“Pode ter certeza que os amigos que *tu* tem vão sair fora e vai sobrar tudo pra ti e só as pessoas que falaram que aquilo era errado, que não deveria fazer, que são os pais, são as únicas pessoas que vão te defender quando precisa” (G1).

“Às vezes não dá pra falar coisas novas que você vive e podem não ter sido legais pra ela e ela não vai entender, eu sei que não vai. Claro que seria mais legal se eu pudesse contar, mas não dá” (G2).

**b. Alguém confiável para se abrir**

“Porque eu não considero as pessoas que tão comigo ou na minha sala como meus amigos. E eu sinto falta dele, a gente contava um do outro, o que a gente sentia, sempre *fechava* as idéias, a gente saía junto, a gente ia comer pizza junto, a gente contava um com o outro. É raro a gente ter dessas pessoas, mas, quando a gente tem é bom” (G1).

“Acho que o melhor jeito pra lidar com ela é falando, tendo alguém pra conversar sobre o que você pensa” (G1).

“Se você está mal mesmo não adianta. Você tem que desabafar com alguém. A melhor coisa é você procurar um amigo de verdade que te ouça. Que te dê conselhos” (G2).

“Toda vez que você conta coisas pra uma amiga você se sente melhor. Você se abre. Ela te entende, porque vive coisas parecidas com as suas. Sabe do que você tá falando, seja lá o que for” (G2).

“Sempre, a melhor coisa pra se sentir melhor é falar com alguém, que te escute, sem ficar te criticando, entende?” (G2).

“Mas o melhor mesmo é conversar com alguém mais velho. Não muito mais velho, mas um pouco mais velho. Te dão outra noção da coisa, te escutam. É bom” (G3).

“Bom mesmo é ter alguém pra te dar uns conselhos. Falar pra você o que você tem que fazer” (G4).

“Só de ter alguém pra falar já é bom. Alguém que entende você” (G4).

## DISCUSSÃO

O tema sugerido para discussão foi suicídio, no entanto, todos os grupos conduziram o debate para o tema “tristeza”, considerando este, o principal fator de risco para o suicídio. Esta proposta, assim que identificada pela coordenação, foi revelada aos grupos que, imediatamente apontaram o suicídio como uma consequência da tristeza. A pesquisadora acatou a proposta dos sujeitos da pesquisa, elegendo a tristeza como o risco a ser investigado.

Não foram apresentadas diferenças relevantes entre as Classes Sociais “A” e “D” quanto ao fenômeno “tristeza”. Identificou-se, no entanto, o fator de risco “sentimento de desproteção” como uma peculiaridade dos representantes da classe alta que demonstraram a importância de uma rede de apoio para evitar a tristeza, confirmando os resultados de Martins, Trindade e Almeida (2003). A rede de apoio, apontada pelos adolescentes deste estudo, envolve, inicialmente, amigos e namorados(as), porém, é estendida a familiares, quando apresentam como fator de proteção, também exclusivo da classe A, “família próxima”. Esta é vista, por um lado, como única fonte constante e fiel de apoio para o

futuro e, por outro, incapaz de tolerar o conhecimento sobre as vivências atuais dos adolescentes. Ao realizar estudo comparativo entre adolescentes de escolas particulares da zona urbana e adolescentes de escolas públicas da zona rural, Martins, Trindade e Almeida (2003) apontam resultados similares aos obtidos no presente estudo quanto às características da classe alta, enfatizando a necessidade de uma rede de suporte que aja no sentido de evitar sentimentos de tristeza.

Como fatores de risco comuns a todos os grupos foram encontrados: “briga dos pais”, “solidão” e “traição de amigos, namorado(a)”.

Quanto ao fator de risco “briga dos pais” relataram três formas distintas, mas que podem ocorrer simultaneamente. Em primeiro lugar, as brigas existentes entre os pais que podem estar relacionadas tanto a conflitos entre o casal quanto à falta de dinheiro, provocando sentimentos de insegurança e preocupação pela possível dissolução da família. Em segundo lugar, as brigas entre os pais que exigem posicionamento e apoio do filho, a um dos genitores, gerando sentimento de impotência e incompetência na resolução de conflitos. Por fim, as brigas dos pais com os filhos que, quando freqüentes, provocam sentimentos de culpa, inadequação e baixa auto-estima. Estes dados confirmaram o estudo realizado por Zamberlam, Freitas e Fukemori (1999); Lauridsen e Tanaka (1999).

Os sentimentos apresentados pelos adolescentes no fator de risco “briga dos pais” geram, segundo os próprios sujeitos, outro fator de risco para a tristeza: a “solidão”. Esta, é explicada pela ausência de pessoas disponíveis e confiáveis para ouvi-los e ajudá-los, provocando outros sentimentos negativos apontados como: abandono, rejeição e vazio. Estes resultados ratificam os obtidos por Dutra (2001) e Alves (1990).

O último fator de risco apontado por todos os grupos pesquisados foi “traição de amigo(a) ou namorado(a)”. Este tema foi recorrente nas discussões e envolvia: ser abandonado pelos pares em situações difíceis; traição de amigos(as), que contam seus segredos a outros; traição de amigos(as), que roubam namorados(as) e traição de namorados(as). Concordaram que estas ocorrências são de difícil superação e são potencializadoras dos sentimentos negativos apresentados pelos outros fatores de risco. Estes resultados confirmam os encontrados por Alves (1990); Zamberlam, Freitas e Fukemori (1999); Bahls (2002) e Dutra (2001).

Quanto às conseqüências comuns a todos os grupos estudados, identificaram-se: “suicídio”, “depressão, prolongamento da tristeza” e “isolamento”.

Ao discutir o suicídio como consequência da tristeza, os adolescentes de Santa Catarina (G1 e G4) trataram o tema com tal naturalidade, que conduziu a coordenadora a questionar sobre esta postura. Explicaram que esta é uma região que foi colonizada por alemães e houve um período em que a frequência de suicídio era alta. Os sujeitos de descendência alemã relataram a existência de pelo menos um episódio de suicídio entre seus familiares. Esta informação não obteve correspondência nos registros policiais e hospitalares da região, confirmando a afirmação de Cassorla (1987) de que estas estatísticas são falhas e subestimadas.

Dois adolescentes relataram tentativas reais, enquanto houve unanimidade no relato de que estes pensamentos estiveram presentes em pelo menos um momento da vida. A alta frequência de pensamentos suicidas e tentativas reais encontradas neste estudo confirmou os relatos de Cassorla (1987) e de Dutra (2001). Bahls (2002) acrescenta que o alto grau de morbidade e mortalidade, especialmente através do suicídio, constitui-se em uma das principais preocupações da saúde pública e a maioria dos casos não é identificada, nem encaminhada para tratamento.

A segunda consequência apontada pelos adolescentes foi “depressão, prolongamento da tristeza”. Foi unânime o relato de episódios de depressão clínica entre os adolescentes e/ou seus familiares. Os sujeitos discutiram sobre profissionais e medicamentos associados a essa patologia, demonstrando intimidade com o tema. Reconheceram como natural a experiência de momentos de tristeza e apontaram a depressão como uma consequência do fracasso na elaboração de tais momentos. Estes resultados confirmam os apresentados por Bahls (2002) e Dutra (2001).

O “isolamento” foi a última consequência apontada pelos sujeitos e foi considerada uma reação à solidão. Relataram que a falta de pessoas confiáveis os levam a assumir este isolamento como uma realidade, confirmando os resultados de Melo et al. (2005)

Apenas um fator de proteção foi identificado por todos os grupos: “alguém confiável para conversar”. Relataram que a experiência de falar com alguém sobre as dificuldades diárias e seus sentimentos facilita a superação dos mesmos. Informaram que estão abertos a expor sua intimidade e a receber conselhos, mas não aceitam bem as soluções prontas. Apontaram que encontrar alguém disponível para ouvi-los e entendê-los os distancia das consequências “prolongamento da tristeza” e “isolamento”. Este resultado confirma os obtidos por Melo et al. (2005) e Wagner et al. (2002).

## CONCLUSÕES

Foi percebido, portanto, entre os adolescentes, a falta de oportunidade para refletirem sobre todos os riscos aos quais estão expostos diariamente e, com isso, impossibilitados de reformularem suas opiniões, pensarem sobre seus hábitos e sobre possíveis soluções protetoras para tais riscos. Segundo os participantes deste estudo, os adultos se aproximam com discursos previamente elaborados e não permitem a elaboração espontânea de conceitos a respeito deste e de outros temas.

Os fatores de risco citados mostram a necessidade de desenvolvimento de estratégias de intervenção através de programas de promoção de saúde ou educação para a saúde voltados aos adolescentes. A oferta de um espaço de escuta foi uma das sugestões apontadas pelos sujeitos à coordenação deste projeto. Os participantes relataram que a falta de oportunidade para refletir sobre seus sentimentos, provavelmente, os expõe a mais riscos ou colaboram na intensificação de sentimentos ruins.

Esta atividade promoveu nos adolescentes a oportunidade de refletir sobre seus próprios comportamentos de risco. O objetivo deste estudo não envolvia alterar tais comportamentos, apenas a discuti-los caso fossem percebidos. Não foi possível, através deste estudo, avaliar se houve mudança de comportamento ou aplicação dos fatores apontados como protetores. No entanto, foi oferecida a oportunidade de reconhecerem alternativas de proteção aos riscos de “prolongamento da tristeza” e suicídio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, C.P. (1990). *Quem sou eu? O processo de identidade de um jovem adolescente*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Augusto, L.G.S.; Freitas, C.M. & Torres, J.P.M. (2002). Risco ambiental e implicações para a vigilância de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 11, 3, 155-158.
- Bahls, S.C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. *Jornal de Pediatria*, 78, 5, 359-366.
- Beyaert F & Erlicher P. (1999). Adolescence and suicidal tendencies, *Imago*, 6, 1, 5-12.



- Carlini-Contrim, B. (1996) Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, 30, 30, 285-293.
- Cassorla, R.M.S. (1987). Comportamentos suicidas na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36, 3, 137-144.
- Dutra, E.M.S. (2001). Depressão e suicídio em crianças e adolescentes. *Mudanças*, 9, 15, 27-35.
- 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.
- Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) e Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). (2000). Critério de Classificação Econômica no Brasil, 1-3 [http://www.abep.org/codigosguias/ABEP\\_CCEB.pdf#search=%22classifica%C3%A7%C3%A3o%20%22classes%20sociais%22%22](http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf#search=%22classifica%C3%A7%C3%A3o%20%22classes%20sociais%22%22)
- Lauridsen, E.P.P. & Tanaka, O.Y. (1999). Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. *Revista de Saúde Pública*, 33, 6, 586-592.
- Martins, P.O.; Trindade, Z.A. & Almeida, A.M.O. (2003). O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 16, 3, 555-568.
- Melo, E.M.; Faria, H.P.; Melo, M.A.M.; Chaves, A.B. & Machado, P. (2005). Projeto Meninos do Rio: mundo da vida, adolescência e riscos de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1, 39-48.
- Osório, L.C. (2000). *Grupos: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Pommereau, X (1998). Approaches in adolescent suicide. *Revue du Praticien*, 48, 13, 1435-1439.
- Silveira, J.M.; Silveiras, E.F.M. & Marton, S.A. (2003). Programas preventivos de comportamentos anti-sociais: dificuldades na pesquisa e na implementação. *Estudos de Psicologia, PUC-Campinas*, 20, 3, 59-67.

Sukiennik, P.B.; Segal, J.; Salle, E. et al. (2000). Implicações da depressão e do risco de suicídio na escola durante a adolescência. *Adolescência Latinoamericana*, 2, 1, 36-44.

Teixeira, C. M. F. S. (2003). *Tentativa de suicídio na adolescência: dos sinais de aviso às possibilidades de prevenção*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília.

Wagner, A.; Falcke, D.; Silveira, L.M.B.O. e Mosmann, C.P. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 7, 1, 75-80.

Zamberlam, M.A.T.; Freitas, M.G. & Fukamori, L. (1999). Relações pais e filhos adolescentes e estratégias de prevenção a riscos. *Paidéia Cadernos de Psicologia e Educação*, 9, 17, 35-49

Recebido em 23/03/06

Revisto em 14/09/06

Aceito em 15/09/06