

QUANDO O VIVER NÃO VALE MAIS A PENA: A PERCEPÇÃO DO PACIENTE SUICIDA

Jaqueline Ferrari¹
Jorgiana Baú Mena Barreto²

RESUMO

A cada ano, aproximadamente um milhão de pessoas morrem em razão do suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos. Cada suicídio é uma tragédia que afeta não somente o membro que interrompeu sua vida, mas, também, toda a família, a comunidade pertencente e países inteiros, atribuindo efeitos duradouros sobre as pessoas deixadas para trás. Com a presente pesquisa teve-se como objetivos investigar a concepção de vida e morte de pacientes que tentaram suicídio, além de caracterizar as informações referentes ao perfil sociodemográfico e histórico dos pacientes que tentaram suicídio e identificar os fatores motivadores da tentativa de suicídio. Teve-se como objetivo, igualmente, investigar o histórico de psicopatologia existente no sujeito e em sua extensão familiar e avaliar o nível de desesperança, de resiliência e de ideação suicida dos sujeitos que tentaram suicídio, por meio da Escala Beck de Desesperança (BHS), Escala dos Pilares da Resiliência (EPR) e Escala Beck de Ideação Suicida (BSI). A coleta de dados se caracterizou pela aplicação de uma entrevista semiestruturada, com o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico dos participantes, bem como coletar informações a respeito da tentativa de suicídio e suas atribuições, o nível de desesperança, ideação suicida e resiliência dos envolvidos por intermédio das Escalas BHS, BSI e EPR. Os participantes desta pesquisa foram 10 indivíduos adultos, do sexo masculino, que se encontram internados em uma Comunidade Terapêutica e em uma Sociedade Beneficente, ambas do Meio-Oeste catarinense. Os resultados apontam que os sujeitos apresentaram, em sua maioria, resultados sugestivos de psicopatologia associada à tentativa de suicídio, ao baixo nível de resiliência e desesperança e propensão a novas tentativas. A história familiar conflituosa destacou-se como o maior fator desencadeante da tentativa de suicídio, bem como o ponto de referência para buscar a resiliência. Destaca-se a importância de falar sobre suicídio como maneira de disseminar informações à comunidade civil e científica, a fim de conscientizar as pessoas de que suicídio é algo sério e precisa ser visto com a importância que merece, diminuindo, assim, seu índice alarmante.

Palavras-chave: Saúde mental. Suicídio. Tentativa de suicídio. Resiliência. Ideação suicida.

1 INTRODUÇÃO

A morte é temida por muitos e almejada antagonicamente como desejo por indivíduos que a escolhem como meio de cessar o sofrimento vivenciado. O suicídio constitui uma importante questão de saúde pública no mundo inteiro, sendo conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um ato intencional de um indivíduo para extinguir sua própria vida. As tentativas de suicídio ocasionam impactos familiares e sociais, provocando estranheza naqueles que convivem e se relacionam com as vítimas.

Tratar do assunto tentativa de suicídio ainda causa displicência por parte da sociedade. O desconhecimento sobre o assunto limita a interpretação da causalidade diante de um enredado de mitos, restrições e preconceitos em torno da tentativa e do sujeito que tentou o suicídio. Percebe-se que grande parte da população e as políticas públicas tratam com desmazelo a importância de falar, pensar e agir em relação ao suicídio. Por ser um tema ainda considerado tabu na atualidade, pouco se discute em relação às condições de saúde pública que o suicídio carece.

¹ Graduanda no Curso de Psicologia na Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; jaquelineferrari2801@gmail.com

² Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina; Professora no Curso de Psicologia na Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; jorgiana.bau@unoesc.edu.br

Diversos são os fatores que circundam o ato suicida, como os psicológicos, atribuídos aos quadros de psicopatologia; os culturais, pelas crenças incumbidas ao sujeito; os sociais, entre outros, os quais podem suscitar no indivíduo comportamento suicida, porém, em razão do estigma social dos transtornos mentais e, também, do suicídio, muitos se sentem oprimidos a pedir ajuda, o que resulta na opção por cessar a vida em busca de solução ou de alívio ao sofrimento por eles vivenciado. Apesar de os dados científicos indicarem que muitas mortes são evitáveis, o suicídio, ainda, não tem a devida prioridade no que se refere às políticas públicas, contribuindo, assim, para um aumento significativo de mortes autoinduzidas, logo, de tentativas de suicídio.

A cada ano, aproximadamente um milhão de pessoas morrem em razão do suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos. O índice mundial de suicídio é estimado em torno de 16 a cada 100 mil habitantes, variando de acordo com o sexo, a idade e o país. Nos últimos 45 anos as taxas de suicídio aumentaram cerca de 60% em todo o mundo. Cada suicídio é uma tragédia que afeta não somente o membro que interrompeu sua vida, mas, também, toda a família, a comunidade pertencente e países inteiros, atribuindo efeitos duradouros sobre as pessoas deixadas para trás. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010), o suicídio constitui-se, atualmente, um problema de saúde pública mundial, pois se encontra, em muitos países, entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos e é a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos. No Brasil, no ano 2005 foram registrados oficialmente 8.550 suicídios, o que representa uma morte a cada hora diariamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 35).

A relevância científica da presente pesquisa se baseia no estudo científico do fenômeno suicídio e suas atribuições. Torna-se, assim, de suma importância para o desenvolvimento de novos conhecimentos acerca das causas e consequências acarretadas pelo ato, ademais, por ser uma maneira de disseminar as informações à população civil e à comunidade científica.

Nesta pesquisa teve-se como objetivos investigar a concepção de vida e morte de pacientes que tentaram suicídio, além de caracterizar as informações referentes ao perfil sociodemográfico e histórico dos pacientes que tentaram suicídio, a identificar os fatores motivadores da tentativa de suicídio. Também, investigar o histórico de psicopatologia existente no sujeito e em sua extensão familiar e avaliar o nível de desesperança, de resiliência e de ideação suicida dos sujeitos que tentaram suicídio, por meio da Escala Beck de Desesperança (BHS), da Escala dos Pilares da Resiliência (EPR) e da Escala Beck de Ideação Suicida (BSI).

Acredita-se que este estudo possa oferecer subsídios para políticas públicas e/ou iniciativas da sociedade, a fim de auxiliar os pacientes e as famílias que sofrem em decorrência da tentativa de suicídio, e, também, como instrumento de expansão do conhecimento à população em relação ao tema proposto.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O ato suicida está associado a um incontrolável tormento interior e é buscado como um meio de comunicação por parte de quem sente um profundo desespero e não vislumbra outra maneira de pedir ajuda a não ser tentando contra a própria vida.

Correa e Barrero (2006) descrevem a palavra suicídio derivada etimologicamente do latim (*sui* – si mesmo e *caedes* – ação de matar) e significa uma morte intencional autoinfligida. Relatos apontam que o comportamento suicida existe desde os tempos mais antigos da humanidade, tendo mudado apenas a forma como é encarado.

Sob o ponto de vista da sociologia, o suicídio, assim como as mortes por acidentes, crimes, alcoolismo e drogadição, advêm da pressão e tensão social. Durkheim (1996) cita o suicídio como um

fato social, é algo que a coletividade impõe aos indivíduos, que possui força própria e independente. Durkheim, com um olhar mais voltado à modernidade, acrescenta que, após a Revolução Industrial, a Família, o Estado e a Igreja deixaram de funcionar como fatores de coesão sociais e que nada foi encontrado para substituí-los. Da combinação desses fatores, destaca, de modo mais enfático, três tipos de suicídio que constituem o ponto central de sua pesquisa: o suicídio egoísta, o suicídio altruísta e o suicídio anômico.

O suicídio egoísta acontece entre indivíduos pouco ou nada integrados a um grupo social, que não se encontram mais sob a influência da sociedade, da família e da religião. É o suicídio por falta de integração. Haveria, aqui, um individualismo mórbido levando ao ato, com relaxamento das forças de integração social, isolamento e falta de sentido.

O egoísmo não é simplesmente um fator auxiliar; é a causa geradora. Nesse caso, se o vínculo que liga o homem à vida se distende, é que o vínculo que o liga a sociedade também se distendeu. Quanto aos incidentes da vida privada que parecem inspirar diretamente o suicídio e que são considerados condições determinantes, são, na realidade, apenas causas ocasionais. Se o indivíduo cede à mais pequena contrariedade da vida, é porque o estado em que se encontra a sociedade fez dele uma vítima do suicídio. (DURKHEIM, 2000, p. 266-267).

No suicídio altruísta, há o sacrifício da própria vida pelo bem do outro ou do grupo. O ato reflete a influência da integração social a encorajar o suicídio: “o homem mata-se facilmente quando está desligado da sociedade, mas também se mata caso esteja demasiadamente integrado nela.”

Para que o indivíduo ocupe um lugar de pouca importância na vida coletiva, é necessário que esteja totalmente absorvido pelo grupo, significando que está fortemente integrado. Para que as partes tenham uma existência própria tão exígua o todo forma uma massa compacta e contínua. (DURKHEIM, 2000, p. 274).

Já o suicídio anômico é observado entre os indivíduos que vivem em uma sociedade em crise econômica, quando há grandes conflitos entre as classes sociais, com alteração da ordem coletiva. Para Durkheim (2000), esse é o sentido da anomia, algo que ocorre em tempos de ausência ou enfraquecimento das normas de integração social, com diminuição da solidariedade. Os que se suicidam tendem a ser os que sofrem perdas e frustrações diante das expectativas pessoais.

Para as crises industriais ou financeiras fazem aumentar os suicídios, não é porque elas nos empobrecem, já que as crises de prosperidade têm o mesmo resultado; é porque a ruptura de equilíbrio, ainda que dele resulte o bem-estar e vitalidade geral maiores, incita à morte voluntária. (DURKHEIM, 2000, p. 311).

Contra-pondo-se à visão de Durkheim, Camus (2004) retoma o suicídio em seu caráter mais íntimo e pessoal e questiona-se por que, afinal, não seria o suicídio a melhor saída.

Sempre se tratou o suicídio apenas como um fenômeno social. Aqui, pelo contrário, trata-se, para começar, do pensamento individual e do suicídio. Um gesto desses se prepara no silêncio do coração, da mesma maneira que uma grande obra. O próprio homem ignora. [...] começar a pensar é começar a se atormentar. A sociedade não tem muito a ver com esses começos. O verme se encontra no coração do homem. Lá é que se deve procurá-lo. [...] matar-se, em certo sentido, como melodrama, é confessar. Confessar que fomos superados pela vida ou que se reconheceu, mesmo instintivamente, [...] a ausência de qualquer motivo para viver, o caráter insensato da agitação cotidiana e a inutilidade do sofrimento. (CAMUS, 2004, p. 8-9).

Qualquer ato por meio do qual o indivíduo cause lesão a si próprio, com ou sem letalidade, é considerado comportamento suicida. Werlang, Borges e Fensterseifer (2005) apontam que o

comportamento suicida se categoriza em três classificações: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado.

Para Prieto e Tavares (2005), a ideação destaca-se por pensamentos suicidas desenvolvidos pelo indivíduo, por razões diversas, como motivações religiosas, culturais ou financeiras, condições médicas e psicológicas, entre outras. Esses pensamentos autodestrutivos e as ideias suicidas compõem-se não somente pelos desejos de morte, mas, também, pelas atitudes e planos que o indivíduo tem para o fim da sua própria vida.

De acordo com Nock et al. (2008), a tentativa de suicídio se refere à ação de um indivíduo que pretende acabar com sua vida, mas cujo desfecho não resulta em óbito, o que é chamado por suicídio negativo. A tentativa de suicídio engloba todo ato ou gesto não fatal de automutilação, autoenvenenamento, e também enforcamento. A gravidade do gesto suicida poderá relacionar-se como o “ponto sem retorno”, ligado a maior ou menor rapidez do método utilizado e a sua reversibilidade, bem como tendo em atenção a possibilidade de uma intervenção salvadora (SAMPAIO, 1991, p. 40).

Conforme o Ministério da Saúde (2006), há inóipia de registros oficiais sobre tentativas de suicídio; quando comparados aos registros de suicídio, o número de tentativas pode superar, em pelo menos 10 vezes os números de casos de suicídio.

Já o suicídio é denominado como autodestruição por um ato deliberadamente realizado para conseguir esse fim. Por vezes, para distinguir as situações de efetivo suicídio das tentativas de suicídio quase mortais, utiliza-se a expressão suicídio consumado (SAMPAIO, 1991, p. 31).

Lovisi et al. (2009) citam como os principais fatores associados ao suicídio as tentativas anteriores de suicídio, doenças mentais, como depressão e abuso e dependência de álcool e drogas, ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, eventos estressores e características sociodemográficas, como desemprego, pobreza e baixo nível de escolaridade.

Entretanto, Araújo, Vieira e Coutinho (2010) compreendem que não há definição única aceitável, o suicídio implica um desejo consciente de morrer e a noção clara do que o ato executado pode resultar, embora não seja este o objetivo do sujeito.

Durkheim (1982), em um estudo sociológico do suicídio no século XIX, pela análise das estatísticas de mortalidade, caracterizou esse fenômeno como um evento coletivo e potencializando as suas causas sociais, com maior prevalência nas regiões protestantes, nas áreas urbanas e entre as pessoas de maior escolaridade.

Salienta Bebbington (1976) que a saúde do indivíduo é um dos fatores determinantes para o acometimento de suicídio, e indica que as doenças podem desenvolver estados depressivos, principalmente, em indivíduos de alta sensibilidade a estímulos internos, que, por sua vez, podem desencadear o comportamento suicida. Bebbington (1976) aponta, ainda, que em indivíduos cronicamente doentes a cura pode levar ao suicídio.

Por outro lado, a vida pode ser compreendida como o desenvolvimento individual caracterizado por transações orgânicas e biopsicossociais do ser humano. O desenvolvimento do sujeito

Se dá no interior de uma determinada situação histórico-cultural, que fornece aos sujeitos, e com eles constantemente reelabora, conteúdos culturais, artefatos materiais e simbólicos, interpretações, significados, modos de agir, de pensar, de sentir. Assim, o bebê, que permanece deitado nos meses iniciais de sua vida e precisa dos cuidados do adulto, dadas certas características peculiares da espécie humana e próprias de sua fase de desenvolvimento, será acalentado, banhado, alimentado, vestido, de muitas maneiras diferentes, conforme as práticas culturais de seu grupo social. As características da espécie e das várias fases de desenvolvimento ontogenético serão interpretadas de acordo com as visões de mundo e as formas de significação próprias de cada cultura. A puberdade, por exemplo, conjunto de transformações fisiológicas ligadas à maturação sexual do indivíduo, é interpretada e tratada de formas diversas em diferentes culturas. Pode levar ao casamento e procriação imediatos, ao isolamento do jovem em casas separadas para pessoas dos sexos masculino e feminino, à criação de categorias socialmente reconhecidas

denominadas “adolescentes” e “pré-adolescentes”, a práticas de iniciação ligadas à religião, etc. Do mesmo modo, outros fenômenos do desenvolvimento, originalmente provenientes de características da espécie ou das fases de desenvolvimento individual (por exemplo, o treino para controle das funções excretoras, a aquisição da linguagem, a velhice), recebem significação e tratamento peculiar dentro de cada cultura. (OLIVEIRA, 1997, p. 55).

O significado da vida pode ser conferido de distintas maneiras, oriundas das experiências vividas pelo indivíduo. Sentimentos ambivalentes podem estar presentes quando os dois extremos ficam fragilizados; vida e morte; viver e morrer; início e fim da vida. Essa ambiguidade pode entoar no nível de resiliência desempenhado por ele.

Resiliência tem a ver com a qualidade de resistência e de perseverança do ser humano em face das dificuldades da vida. Expressada pela primeira vez por Flach (1991), a resiliência funcionaria como um conjunto de forças psicológicas e biológicas exigidas para atravessar com sucesso as mudanças num processo contínuo de aprendizado, desaprendizado. Para tanto, faz-se necessário que os processos fisiológicos, ativados pelo estresse, funcionem de tal forma que o indivíduo se torne resiliente por meio da habilidade de reconhecer a dor, de perceber seu sentido e de tolerá-la até resolver os conflitos de forma construtiva.

Nessa mesma linha, Zimmerman e Arunkumar (1994, p. 4) referem que resiliência e invulnerabilidade não são termos equivalentes e que a resiliência se refere a uma “habilidade de superar adversidades, o que não significa sair ileso, como implica o termo invulnerabilidade.”

Ser resiliente não depende unicamente do entendimento da dor, é necessário ir além, tomar consciência de como poderá seguir o curso de vida de maneira a enfrentar as marcas da situação dolorosa para que possa se empoderar e dar novo sentido à vida.

A desesperança configura-se por pensamentos autoderrotistas e uma visão pessimista e negativa diante do futuro, e está interligada à depressão (BECK et al., 1997). Segundo Cruz (2006), a desesperança inclui não somente o estado de desespero a si subjacente, mas também o pessimismo, como traço de personalidade. Nessa perspectiva, o sujeito apresenta alto nível de desesperança, tende a perceber-se como impotente, incapacitado de encontrar uma solução futura dos seus problemas, o que o conduz, muitas vezes, a considerar o suicídio como sua única alternativa.

De acordo com Cruz (2006), a desesperança é ainda encarada como um fator mediador entre a depressão e a conduta suicida, uma vez que, ao projetar o estado deprimido no futuro, o sujeito perpetua esse seu estado no tempo, não apenas em nível de existência, mas também de intensidade. Nesse sentido, para Beck et al. (1985 apud SARAIVA, 1999), a desesperança parece estar intimamente relacionada com a ideação suicida, constituindo-se como um provável índice de intenção suicida, mesmo que a depressão esteja controlada.

3 MÉTODO

A pesquisa se configura do tipo qualitativa e de caráter descritivo, a fim de melhor descrever as causas de um fenômeno e as possíveis relações entre variáveis que aparecerem no estudo (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). A opção pela pesquisa qualitativa ocorre em virtude de favorecer a compreensão particular daquilo que se estuda, buscando o significado das ações, das situações, das representações dos indivíduos, enfim, daquilo que pode ser manifestado.

Os pesquisadores qualitativos contestam a neutralidade científica do discurso positivista e afirmam a vinculação da investigação com os problemas ético-políticos e sociais, declaram-se comprometidos com a prática, com a emancipação humana e a transformação social. (CHIZZOTTI, 2006, p. 53).

A coleta de dados se caracterizou pela aplicação de uma entrevista semiestruturada, com os objetivos de traçar o perfil sociodemográfico dos participantes, bem como de coletar informações a respeito da tentativa de suicídio e suas atribuições, e, também, o nível de desesperança, ideação suicida e resiliência dos envolvidos por meio da Escala Beck de Desesperança (BHS), da Escala Beck de Ideação Suicida (BSI) e da Escala dos Pilares da Resiliência (EPR).

De acordo com Lüdke e André (2003, p. 33-34),

Especialmente nas entrevistas não totalmente estruturadas, onde não há a imposição de uma ordem rígida de questões, o entrevistador discorre a respeito da razão da entrevista, o que permite uma abertura para o entrevistado ou mesmo ao entrevistador abordar assuntos que se apresentam paralelamente no momento da oralização do pensamento.

Assim, as entrevistas possibilitaram a compreensão de sentidos das relações no contexto da pesquisa, como resultado dos processos de interlocução dialógica nas vozes dos pesquisados e do pesquisador, sem os limites rígidos de perguntas e respostas previamente determinadas. Para Mello (1980), é preciso que o pensamento trabalhe e vá além do observável, seja capaz de permitir abstrações como resultado de quem se tornou capaz de pensar e de ser o autor de seu próprio desvelamento.

Busca-se a participação ativa e em profundidade dos sujeitos que têm oportunidade de dizer e de refletir. Nessa relação, o contato presencial estabelece uma relação emocional e intelectual.

Conforme Richardson (1999, p. 207),

A melhor situação para participar na mente de outro ser humano é a interação face a face, pois tem o caráter, inquestionável da proximidade entre as pessoas, que proporciona as melhores possibilidades de penetrar na mente, vida e definição dos indivíduos. Esse tipo de interação entre as pessoas é um elemento fundamental na pesquisa [...]

As entrevistas foram realizadas em horário e local agendados com os participantes; ocorreram de forma oral, e as respostas foram gravadas e transcritas com o objetivo de obter dados subjetivos em relação ao objeto de estudo.

A Escala de Desesperança Beck (BHS) é uma medida de pessimismo e oferece indícios sugestivos de risco de suicídio em sujeitos deprimidos ou que tenham históricos de tentativa de suicídio.

A BHS é uma escala dicotômica, que engloba 20 itens, consistindo em afirmações que envolvem cognições sobre desesperança. Ao concordar (certo) ou discordar (errado) com cada uma delas, o sujeito descreve sua atitude, permitindo que seja possível “avaliar a extensão das expectativas negativas a respeito do futuro imediato e remoto”. (BECK; STEER, 1993, p. 2).

A BHS, portanto, é um instrumento adequado como indicador psicométrico de risco de suicídio, mostrando-se mais útil em pacientes com sintomatologia depressiva ou histórico de tentativa de suicídio.

A Escala de Ideação Suicida (BSI) é um instrumento para medir a extensão das ideias de suicídio do paciente, a extensão do seu desejo de morrer e do seu desejo de realmente tentar o suicídio.

A BSI é constituída por 21 itens. Os primeiros 19 itens, apresentados com três alternativas de respostas, que refletem “gradações da gravidade de desejos, atitudes e planos suicidas”, subentendem os seguintes conteúdos: 1) “Desejo de viver”; 2) “Desejo de morrer”; 3) “Razões para viver ou morrer”; 4) “Tentativa de suicídio ativa”; 5) “Tentativa de suicídio passiva”; 6) “Duração das ideias de suicídio”; 7) “Frequência da ideação”; 8) “Atitude em relação à ideação”; 9) “Controle sobre os atos suicidas”; 10) “Inibições para a tentativa”; 11) “Razões para a tentativa”; 12) “Especificidade do planejamento”; 13) “Acessibilidade ou oportunidade do método”; 14) “Capacidade de realizar a tentativa”; 15) “Probabilidade de tentativa real”; 16) “Extensão da preparação verdadeira”; 17) “Bilhete suicida”; 18) “Atos finais”; 19) “Despistamento e segredo”. (BECK; STEER, 1993, p. 4).

Os dois últimos itens (20 e 21) são de caráter informativo, fornecem importantes subsídios sobre o paciente, a respeito do número de tentativas prévias de suicídio e quanto à seriedade da intenção de morrer na última delas.

A Escala dos Pilares da Resiliência (EPR) auxilia na identificação das características comportamentais que tornam as pessoas capazes de enfrentar com sucesso as adversidades e que lhes proporciona condutas flexíveis diante das atribuições da vida. Tais características, segundo Cardoso e Martins (2013), foram chamadas de “pilares”. A palavra pilar significa, de acordo com o Dicionário Aulete (2018), “1. Coluna que tem função de sustentação em uma construção. 2. Apoio, esteio, suporte. Exemplo: um pilar da moralidade e da ética.” Dessa forma, acredita-se que as características internas das pessoas servem de suporte e apoio para que tenham condutas resilientes diante das adversidades.

A escala conta com 90 itens subdivididos em 11 subtestes, a saber: Aceitação Positiva de Mudança, Autoconfiança, Autoeficácia, Bom Humor, Controle Emocional, Empatia, Independência, Orientação Positiva para o Futuro, Reflexão, Sociabilidade e Valores Positivos.

A amostra teve como critério de seleção participantes que possuem vínculo com alguma instituição de saúde ou social, as quais possam amparar os envolvidos, caso necessário. Foram admitidos para a pesquisa indivíduos do Meio-Oeste catarinense, acima de 18 anos, de gênero masculino, em acompanhamento médico e/ou psicológico, sem definição de escolaridade, de todas as classes econômicas, sem distinção de cor e raça. A análise dos dados foi realizada a partir das entrevistas à luz do referencial teórico. De acordo com Gatti (2002), no momento da análise dos dados é preciso estabelecer relações entre a teoria escolhida e os dados obtidos, sem deixar de registrar as dificuldades encontradas no processo de execução do projeto e na capacidade relacional teoria-dados-análise.

O projeto de pesquisa foi submetido, no dia 05 de abril de 2018, à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc), conforme condições propostas na Resolução n. 196/96, e devidamente aprovado pelo Parecer n. 2.619.286, em 25 de abril de 2018.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os participantes desta pesquisa foram 10 indivíduos adultos, do sexo masculino, que se encontram internados em uma comunidade terapêutica e em uma sociedade beneficente, ambas do Meio-Oeste catarinense. Os dados referentes ao perfil sociodemográfico dos participantes podem ser conferidos no Quadro 1:

Quadro 1 – Caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes

| Participante | Faixa etária | Estado civil | Filho | Escolaridade | Profissão | Religião | Medicação |
|--------------|--------------|---------------|-------|------------------------|---------------------------|------------|---|
| P1 | 53 | Solteiro | 1 | Fundamental incompleto | Agricultor | Evangélica | Antidepressivo |
| P2 | 36 | Casado | 3 | Superior incompleto | Vendedor | Católica | Frontal, Bup, Reira |
| P3 | 36 | Divorciado | 1 | Médio completo | Aplicador de Resina Epóxi | Evangélica | Antidepressivo |
| P4 | 31 | União estável | 2 | Fundamental completo | Pintor | Espírita | Amplictil, Carbamazepina, Diazepam |
| P5 | 37 | Solteiro | 1 | Fundamental incompleto | Marmorista | Católica | Amplictil, Bup, Carbamazepina, Diazepam |

| Participante | Faixa etária | Estado civil | Filho | Escolaridade | Profissão | Religião | Medicação |
|--------------|--------------|--------------|-------|------------------------|---------------------|------------|--------------------------------------|
| P6 | 39 | Casado | 0 | Fundamental incompleto | Prático de Produção | Evangélica | Amplictil Clonazepam, Fenergam |
| P7 | 18 | Solteiro | 0 | Fundamental incompleto | Não | Espírita | Lítio |
| P8 | 56 | Casado | 1 | Médio completo | Monitor | Católica | Não |
| P9 | 44 | Solteiro | 1 | Fundamental incompleto | Pintor de Prédios | Umbanda | Carbamazepina, Diazepam, Rivotril |
| P10 | 27 | Solteiro | 0 | Médio incompleto | Autônomo | Católica | Ansiolítico |

Fonte: os autores.

3.2 HISTÓRICO DE PSICOPATOLOGIA EXISTENTE NOS PARTICIPANTES E EM SUA EXTENSÃO FAMILIAR

Conforme os relatos dos participantes desta pesquisa, é possível perceber a presença de psicopatologias associadas à tentativa de suicídio. Muitos se referiam ao processo de adoecimento como comorbidade ao uso abusivo de substâncias químicas, como drogas e álcool. O Quadro 2 possibilita a caracterização de tais dados de maneira individual.

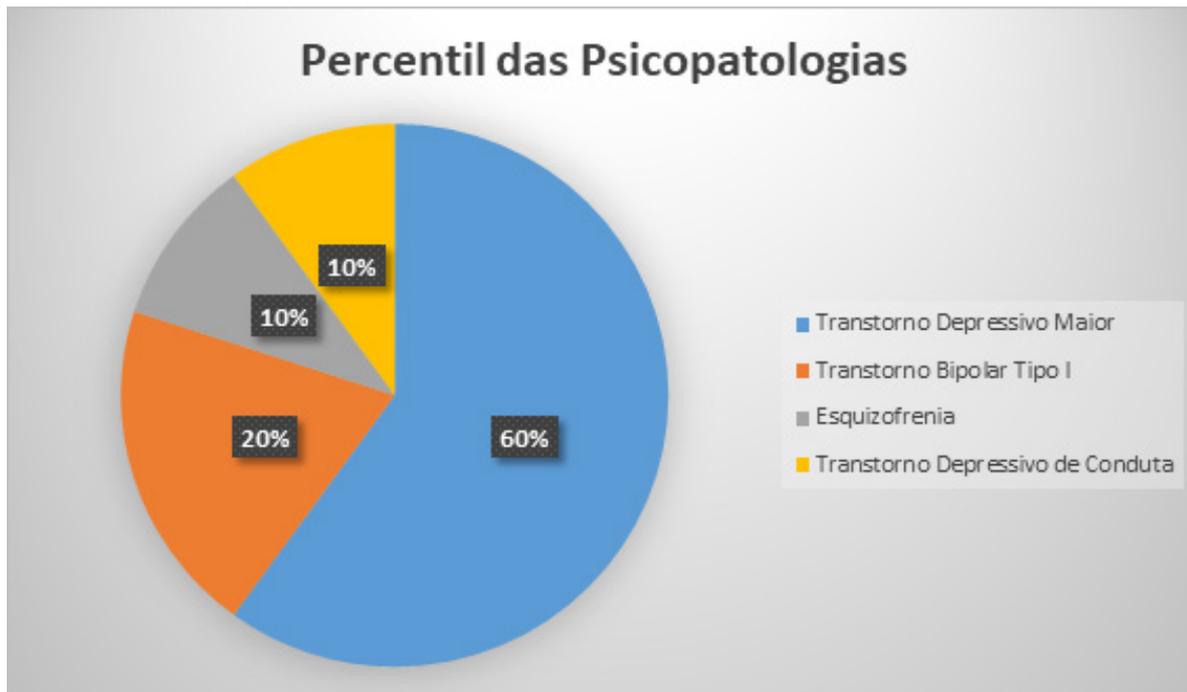
Quadro 2 – Caracterização de psicopatologia por participante

| Participantes | Psicopatologia | Classificação segundo CID-10 |
|---------------|---|------------------------------|
| P1 | Transtorno Depressivo Maior | F33.9 |
| P2 | Não apresenta | - |
| P3 | Transtorno Depressivo de Conduta | F92.0 |
| P4 | Transtorno Bipolar Tipo I | F31.9 |
| P5 | Transtorno Depressivo Maior | F33.9 |
| P6 | Transtorno Depressivo Maior | F33.9 |
| P7 | Transtorno Bipolar Tipo I e Esquizofrenia | F31.9 e F20.9 |
| P8 | Transtorno Depressivo Maior | F33.9 |
| P9 | Transtorno Depressivo Maior | F33.9 |
| P10 | Transtorno Depressivo Maior | F33.9 |

Fonte: os autores.

O percentual de psicopatologia presente nos dados coletados demonstra o índice de incidência de psicopatologia na amostragem desta pesquisa. O Gráfico 1 possibilita melhor compreensão das psicopatologias de forma coletiva.

Gráfico 1 – Psicopatologias presentes nos indivíduos pesquisados



Fonte: os autores.

As psicopatologias acometidas nos participantes entrevistados apresentam risco considerável de suicídio. Observa-se que 60% dos participantes possuem diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, ou seja, segundo DSM-5, há possibilidade de comportamento suicida permanentemente durante os episódios depressivos maiores. O fator de risco descrito com mais consistência é a história prévia de tentativas ou ameaças de suicídio. “Outras características associadas a risco aumentado de suicídio contemplado incluem sexo masculino, ser solteiro ou viver sozinho e ter sentimentos proeminentemente de desesperança.” (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2014, p. 167).

Percebe-se também que 20% dos participantes entrevistados apresentam diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo I, uma psicopatologia que eleva em, pelo menos, 15 vezes o risco de suicídio ao longo da vida quando comparado à população geral. O transtorno bipolar pode responder por um quarto de todos os suicídios (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2014, p. 131).

Também, faz-se presente na amostra a Esquizofrenia, correspondendo a 10% dos participantes. De acordo com o DSM – 5, cerca de 5 a 6% dos indivíduos com esquizofrenia morrem por suicídio; em torno de 20% tentam suicídio em uma ou mais ocasiões, e muitos têm ideação suicida significativa.

Um comportamento suicida ocorre por vezes em resposta ao comando das alucinações para prejudicar a si mesmo ou a outros. O risco de suicídio permanece elevado durante o ciclo de vida para ambos os sexos, embora possa ser especialmente alto em indivíduos do sexo masculino mais jovens com uso de substância comórbida. Outros fatores de riscos incluem ter sintomas depressivos ou sentimentos de desesperança e estar desempregado. O risco é maior também no período após um episódio psicótico ou alta hospitalar. (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2014, p. 104).

No que se refere ao Transtorno de Conduta Depressivo, requer a combinação de transtorno de conduta na infância com persistente e acentuada depressão do humor, evidenciada por sintomas, como sofrimento excessivo, perda de interesse e prazer em atividades usuais, autorrecriminação e desesperança, sintomas que corroboram para o desencadeamento do desejo de morrer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Por outro lado, além do indivíduo, há na história familiar a presença de psicopatologias, o que aumenta o risco de suicídio. O Quadro 3 exemplifica os dados dos participantes de maneira individual.

Quadro 3 – Caracterização de psicopatologias presentes na extensão familiar

| Participantes | Psicopatologia |
|---------------|--|
| P1 | “Meu irmão que tem problema na cabeça por causa de uma injeção que tomou errada.” |
| P2 | “Não.” |
| P3 | “Não.” |
| P4 | “Eu não sei porque eu sou adotado. Meu pai sempre me contou isso, desde o primeiro dia de vida, mas daí não tenho como saber. E os de criação ninguém tem.” |
| P5 | “Sim, o alcoolismo, meus dois irmãos que tenho e meu pai.” |
| P6 | “Não, na minha família o único mesmo sou eu.” |
| P7 | “Minha mãe, ela tem depressão.” |
| P8 | “Na minha família, eu e minha esposa. Na verdade, ela teve depressão por causa de mim mesmo eu imagino que ela ficou tão dependente que ela pegou minha doença.” |
| P9 | “Não, que eu saiba não.” |
| P10 | “A minha mãe tinha depressão, eu lembro dela apesar de ser muito novo. Ela foi usuária de drogas também. A minha tia também era usuária de drogas.” |

Fonte: os autores.

História familiar de suicídio, doença mental (incluindo uso de substâncias) e ambiente familiar disfuncional estão, segundo Quevedo et al. (2008), relacionados a um maior risco de suicídio.

Assim, é preciso notar como se articula ao longo da vida o conjunto de fatos biológicos, psicológicos e sociais para a ocorrência ou não de sintomas ou transtornos mentais. Dalgarrondo (2008) considera que psicopatologias ao lado dos fatores genéticos, gestacionais e perinatais, que precedem o início propriamente dito da vida de relações de um sujeito e carregam consigo vulnerabilidade constitucional (hereditariedade, constituição) para distintos transtornos, os fatores predisponentes são aqueles que ocorrem no início da vida, entre os três e os cinco anos de idade, sobretudo no período escolar.

Esses fatores, associados à vulnerabilidade constitucional, sensibilizam o indivíduo para as diversas situações que a vida lhe colocará. Tais fatores predisponentes tornam as pessoas mais ou menos vulneráveis para os fatores precipitantes, eventos que ocorrem em proximidade temporal ao surgimento propriamente do transtorno mental. (DALGARRONDO, 2008, p. 294).

Além de mecanismos de identificação psicológica, é plausível que certas funções neuropsicológicas e traços de personalidades (como impulsividade, agressividade, neuroticismo e introversão) funcionem como fenótipos que intermedeiam a relação entre psicopatologia e comportamento suicida. Para Botega (2015), a combinação de predisposição genética, a impulsividade/agressividade, estressores na infância precoce e mau funcionamento familiar podem conduzir ao surgimento de psicopatologias e ao comportamento suicida.

Na análise das entrevistas foi possível identificar os métodos utilizados pelos participantes para cometer suicídio. Os métodos mais empregados variam conforme a cultura e o acesso que se tem a eles. A Tabela 1 expressa o método utilizado e o número de ocorrência por eles sinalizado, correspondentes ao percentual em relação ao número dos entrevistados.

Tabela 1 – Caracterização das categorias e percentuais dos métodos utilizados para a tentativa de suicídio

| Método | Número de ocorrências | % dos participantes |
|-------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Enforcamento | 4 | 25 |
| Armas de fogo | 3 | 18,75 |
| Ingesta de medicamentos controlados | 3 | 18,75 |
| Faca | 2 | 12,5 |
| Corte nos pulsos | 2 | 12,5 |
| Afogamento | 1 | 6,25 |
| Precipitação de altura | 1 | 6,25 |
| Total | 16 | 100 |

Fonte: os autores.

É perceptível que o meio mais procurado para tirar a própria vida foi por intermédio do enforcamento, totalizando 25% das ocorrências. Em seguida o uso de armas de fogo, com 18,75% correspondentes; percentual igualado à ingestão de medicamentos controlados, que também apresentam 18,75% das ocorrências. Utilização de faca e corte nos pulsos apresentam o mesmo percentual das ocorrências, com 12,5% cada, seguido pelo afogamento, com 6,25% e precipitação de altura, com 6,25%, conforme a Tabela 1.

Segundo levantamento estatístico em relação aos meios utilizados no Brasil para as tentativas de suicídio, segundo Lovisi, Santos e Valencia (2009 apud BOTEGA, 2015, p. 49), são:

enforcamento (47%), armas de fogo (19%), e envenenamento (14%). Predominantemente entre homens o enforcamento (58%), o uso de armas de fogo (17%) e o envenenamento por pesticidas (5%). Entre as mulheres, predomina enforcamento (49%), seguido por inalação de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%).

3.3 AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE RESILIÊNCIA DOS SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO POR MEIO DA ESCALA DOS PILARES DA RESILIÊNCIA

Os participantes desta pesquisa foram submetidos à Escala dos Pilares de Resiliência (EPR), como maneira de avaliar o nível de resiliência dos indivíduos após a tentativa de suicídio. Os Quadros 4 e 5 representam os pilares avaliados pela escala e suas respectivas classificações.

Quadro 4 – Classificação dos pilares de resiliência dos participantes

| Participantes | Aceitação Positiva de Mudança (APM) | Autoconfiança (AC) | Autoeficácia (AE) | Bom Humor (BH) | Controle Emocional (CE) | Empatia (E) |
|---------------|-------------------------------------|--------------------|-------------------|----------------|-------------------------|-------------|
| P1 | Alta | Baixa | Média | Alta | Alta | Muito baixa |
| P2 | Baixa | Baixa | Baixa | Baixa | Baixa | Muito alta |
| P3 | Média | Média | Baixa | Baixa | Média | Alta |
| P4 | Muito baixa | Muito baixa | Muito baixa | Muito baixa | Muito baixa | Alta |
| P5 | Muito baixa | Muito baixa | Baixa | Muito baixa | Muito baixa | Baixa |
| P6 | Média | Média | Alta | Alta | Muito alta | Alta |
| P7 | Média | Muito baixa | Baixa | Muito baixa | Muito baixa | Muito alta |
| P8 | Muito baixa | Muito baixa | Muito baixa | Alta | Muito baixa | Muito baixa |
| P9 | Média | Baixa | Muito baixa | Muito baixa | Muito baixa | Muito alta |
| P10 | Muito baixa | Muito baixa | Muito baixa | Muito baixa | Muito baixa | Baixa |

Fonte: os autores.

Segundo Martins, Siqueira e Emílio (2010), a aceitação positiva de mudanças (APM) refere-se ao reconhecimento de que as mudanças e as situações difíceis podem oferecer oportunidades de crescimento.

- a) classificação alta a muito alta: refere-se à capacidade de se adaptar positivamente diante de situações adversas que alterem de alguma forma a rotina, como perda de um emprego, doença que cause alguma seqüela e mudança de moradia para outro local ou para uma residência de menor padrão que o habitual. Escore relacionado ao participante da pesquisa P1;
- b) classificação média: indica capacidade regular de se adaptar positivamente a mudanças, podendo em algumas situações sofrer maior desgaste emocional que em outras. Classificação correspondente aos participantes P3, P6, P7 e P9;
- c) classificação baixa a muito baixa: reflete uma pessoa que não lida adequadamente com mudanças, podendo haver um desgaste emocional muito grande para se adaptar ao novo e ao desconhecido, pois tem dificuldade de aceitação. Classificação indicativa dos participantes P2, P4, P5, P8 e P10.

A autoconfiança (AC), pelas palavras de Souza e Puente-Palacios (2007), refere-se à pessoa que é segura, que acredita que pode se colocar diante de qualquer situação com uma postura forte e eficaz.

- a) classificação alta a muito alta: reflete uma pessoa que se coloca em diferentes situações com confiança e com convicção de suas ideias e pensamentos. Indica também uma pessoa que mantém sua autoconfiança mesmo diante de críticas pessoais, que acredita ser capaz de superar os problemas, consegue se colocar perante as pessoas e defende suas ideias, sem medo e sem se achar de menor valor que os outros. É confiante para fazer o que tem vontade, divertir-se, sem se deixar abater mesmo quando está passando por problemas. Nenhum participante obteve classificação alta no fator autoconfiança;
- b) classificação média: refere-se à pessoa que, em algumas situações, demonstra maior segurança do que em outras. Consegue assumir responsabilidade, cumprir tarefas e demonstrar sua opinião, no entanto, sem muita convicção. Os participantes P3 e P6 apresentaram essa classificação;
- c) classificação baixa a muito baixa: indica uma pessoa que se deixa abater quando alguém faz críticas em relação a ela, pois não é segura quanto às suas qualidades. Não tem iniciativa para resolver seus próprios problemas e desiste facilmente de cumprir uma tarefa quando a exigência se torna maior, além de ter tendência a não assumir responsabilidades por acreditar não ser capaz de cumprir as tarefas. Demonstra insegurança tanto na vida pessoal quanto na profissional. Os participantes P1, P2, P4, P5, P7, P8, P9 e P10 correspondem a essa classificação.

A autoeficácia (AE), segundo Bandura (1997), refere-se à crença e percepção do indivíduo a respeito de suas próprias capacidades. Refere-se à confiança da pessoa no poder que seus atos têm de gerar os resultados desejados. Não está relacionada às habilidades que o sujeito possui, mas ao seu julgamento sobre elas.

- a) classificação alta a muito alta: nessa subescala indica que a pessoa acredita ser capaz de trazer soluções para os problemas de forma criativa e inovadora. É confiante em sua maneira de colocar os planos em prática, a fim de atingir o objetivo final, além de sentir-se confiante para

ter iniciativa na resolução de problemas relacionados à família, ao trabalho e aos problemas pessoais. Apenas o participante P6 obteve essa classificação;

- b) classificação média: demonstra uma pessoa que acredita ter alguns recursos cognitivos necessários para a resolução da maioria dos problemas que lhe são apresentados, podendo acreditar em suas capacidades em algumas situações enquanto em outras não. Apenas o participante P1 obteve essa classificação;
- c) classificação baixa a muito baixa: indica descrédito em relação às próprias capacidades, revelando que a pessoa se sente incapaz de trazer soluções para os problemas, pois acredita não ter recursos cognitivos para isso. Classificação apresentada pelos participantes P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9 e P10.

O bom humor (BH) é a habilidade de usar a alegria para lidar com os problemas, não para negá-los, mas para possibilitar alívio e uma forma de enxergar a vida de maneira otimista (SILVEIRA; MAHFOUD, 2008).

- a) classificação alta a muito alta: indica que o respondente é uma pessoa que lida com os problemas de forma leve, com preocupação e esforço para tornar o ambiente agradável, mesmo ao se deparar com alguma discussão ou situação de conflito. Indica, ainda, uma pessoa que consegue relevar seus problemas pessoais, colocando-se de maneira alegre diante de dificuldades. Os participantes P1, P6 e P8 apresentaram essa classificação;
- b) classificação média: indica que na maioria das situações a pessoa lida de forma bem-humorada, leve e otimista, podendo esporadicamente agir de forma negativa diante da dificuldade. Nenhum participante apresentou essa classificação;
- c) classificação baixa a muito baixa: refere-se à pessoa que não tem tanta habilidade de usar desse artifício a fim de tornar uma situação problemática mais leve. Preocupa-se demasiadamente com os problemas e fica remoendo uma situação desagradável, podendo interferir de forma negativa em seus relacionamentos, pois é visto como uma pessoa mal-humorada. Classificação obtida pelos participantes P2, P3, P4, P5, P7, P9 e P10.

O controle emocional (CE) foi definido por Karoly (1993) como a capacidade de uma pessoa controlar suas emoções, evitando, assim, ter ataques de ira e condutas agressivas. Pessoas emocionalmente controladas apresentam um manejo adequado da expressão de seus sentimentos sem se mostrar imprevisíveis em suas expressões, ou seja, têm estabilidade de humor.

- a) classificação alta a muito alta: refere-se à capacidade de equilíbrio emocional mesmo diante de situações estressantes, como problemas familiares ou problemas do dia a dia. Indica que o indivíduo não deixa que os problemas externos ou conflitos com outras pessoas interfiram no modo de sentir ou agir, mantendo o equilíbrio interno. Essa classificação corresponde aos participantes P1 e P6;
- b) classificação média: indica que na maioria das vezes o sujeito demonstra controle das emoções. Eventualmente, pode deixar se influenciar por sentimentos negativos, que podem interferir em seus relacionamentos, mas se esforça para contornar a situação. Classificação apresentada apenas pelo participante P3;
- c) classificação baixa a muito baixa: indica falta de capacidade de controlar as emoções diante de eventos estressores. A pessoa perde facilmente a concentração e fica irritada pensando nos

problemas do dia a dia. Sente-se nervosa quando alguém discorda com seus pensamentos e quando está com raiva em razão de algum problema pessoal pode ser rude com as pessoas do seu convívio. Os participantes P2, P4, P5, P7, P8, P9 e P10 obtiveram essa classificação.

A empatia (E), segundo Oliveira e Lipp (2009), é a habilidade de se colocar no “lugar do outro”, perceber o estado emocional, os pensamentos e sentimentos de outra pessoa, sem que necessariamente seja dito, e compreender as razões que a levam a se comportar de determinada maneira. Pode ser praticada por meio da observação e interpretação de comportamentos não verbais, como expressões faciais, tons de voz e postura corporal.

- a) classificação alta a muito alta: indica que a pessoa consegue perceber quando uma pessoa está triste, se está passando por algum problema, se está nervosa, etc., e é capaz de compreender as razões que a deixou de tal modo. Classificação apresentada pelos participantes P2, P3, P4, P6, P7 e P9;
- b) classificação média: indica capacidade média de perceber o estado emocional de outras pessoas, podendo interpretar o comportamento alheio de forma errônea algumas vezes. Nenhum participante apresentou essa classificação;
- c) classificação baixa a muito baixa: está relacionada à dificuldade de perceber o estado emocional de outras pessoas. Podem interpretar mal o comportamento dos outros, não compreendem as razões as quais as levaram a agir de determinado modo. Não têm muita habilidade de perceber se as pessoas ao seu redor estão passando por algum problema. Os participantes P1, P5 P8 e P10 correspondem a essa classificação.

Quadro 5 – Continuação: classificação dos pilares de resiliência dos participantes

| Participantes | Independência (I) | Orientação Positiva para o Futuro (OPF) | Reflexão (R) | Sociabilidade (S) | Valores Positivos (VP) |
|---------------|-------------------|---|--------------|-------------------|------------------------|
| P1 | Baixa | Alta | Muito baixa | Alta | Alta |
| P2 | Alta | Baixa | Média | Alta | Média |
| P3 | Média | Baixa | Baixa | Baixa | Alta |
| P4 | Muito baixa | Muito baixa | Muito baixa | Muito baixa | Média |
| P5 | Baixa | Muito baixa | Muito baixa | Média | Baixa |
| P6 | Muito alta | Alta | Alta | Alta | Alta |
| P7 | Alta | Baixa | Muito baixa | Muito baixa | Média |
| P8 | Baixa | Muito baixa | Muito baixa | Alta | Média |
| P9 | Alta | Muito baixa | Muito baixa | Muito baixa | Média |
| P10 | Média | Muito baixa | Muito baixa | Muito baixa | Média |

Fonte: os autores.

A independência (I) diz respeito à capacidade de manter distância emocional e física de outras pessoas, sem cair no isolamento (WOLIN; WOLIN, 1993). Refere-se à habilidade de participar da vida econômica e social e decidir o que deseja fazer com seus recursos, sem ajuda de terceiros.

- a) classificação alta a muito alta: refere-se à pessoa que é capaz de buscar seus próprios recursos sem, necessariamente, depender de outras pessoas. Embora goste de ter amigos para fazer algo, não depende deles para fazê-lo. Classificação corresponde aos participantes P2, P6, P7 e P9;
- b) classificação média: refere-se à pessoa que, na maioria das vezes, consegue resolver problemas de forma independente. Embora não dependa de outras pessoas para se divertir, pode sentir-se isolada eventualmente. Essa classificação está relacionada aos participantes P3 e P10;
- c) classificação baixa a muito baixa: indica dependência física e emocional de outras pessoas, podendo, muitas vezes, sentir-se isolado, não saber lidar positivamente com a solidão. Os participantes P1, P4, P5 e P8 apresentam essa classificação.

A orientação positiva para o futuro (OPF) refere-se à pessoa que pensa positivamente em relação aos acontecimentos de sua vida, seja no campo profissional, familiar ou pessoal, e que, além disso, tem objetivos claros e luta para concretizá-los, por acreditar que irá vencer (OSHIO et al., 2003).

- a) classificação alta a muito alta: indica, além das características já mencionadas, capacidade para manter a positividade mesmo quando um evento ruim acontece. Indica, também, a crença de que os esforços trarão algo bom para o futuro. Essa classificação foi resultada pelos participantes P1 e P6;
- b) classificação média: em algumas situações se mantém mais otimista que em outras, podendo perder a crença de que seus esforços trarão resultados positivos quando o evento se torna demasiadamente adverso. Nenhum participante apresentou tal classificação;
- c) classificação baixa a muito baixa: reflete pessimismo em relação ao futuro. Eventos negativos tendem a ser um motivo para que a pessoa perca a esperança de que dias melhores virão. Não enxerga muito sentido em fazer esforços no presente para atingir um objetivo, por acreditar que não trará resultados. Classificação correspondente aos participantes P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9 e P10.

A reflexão (R) está ligada à capacidade de a pessoa manter o autodistanciamento diante de um problema para poder refletir sobre a melhor solução com sabedoria, inteligência e crítica. Refere-se, ainda, à capacidade de compreender as qualidades de si mesmo e dos outros e poder refletir de forma ativa e pessoal sobre as experiências vividas (WOLIN; WOLIN, 1993).

- a) classificação alta a muito alta: reflete uma pessoa que consegue parar e pensar em uma solução para seus problemas, considerando seus atos e suas consequências, sem tomar decisões precipitadas. Consegue refletir sobre as razões que levam alguém a agir de determinado modo. Apenas o participante P6 obteve essa classificação;
- b) classificação média: demonstra uma pessoa que nem sempre consegue entrar em contato com seus problemas e refletir sobre seus atos e consequências, podendo esporadicamente tomar decisões impensadas. Essa classificação corresponde ao participante P2, apenas;
- c) classificação baixa a muito baixa: está ligada à pessoa que não entra em contato com seus pensamentos mais íntimos, não consegue fazer uma análise consciente de seus problemas e até mesmo de seus desejos. Toma decisões por impulso sem pensar nas consequências e não consegue identificar as causas dos problemas e adversidades. Os participantes P1, P3, P4, P5, P7, P8, P9 e P10 apresentam tal classificação.

Sociabilidade (S) refere-se à habilidade de se relacionar e de criar laços de intimidade com outras pessoas, com o intuito de equilibrar a própria necessidade de afeto (WOLIN; WOLIN, 1993).

- a) classificação alta a muito alta: refere-se ao gosto de se comunicar, dialogar e interagir com os demais. Demonstra habilidade social suficiente para buscar ajuda para resolver algum problema, pois tem confiança nas pessoas. Os participantes da pesquisa que correspondem a essa classificação são P1, P2, P6 e P8;
- b) classificação média: demonstra que a pessoa não tem necessidade de estar envolvida com outras pessoas, no entanto gosta da companhia dos demais. Pode apresentar, em algumas situações, dificuldade para buscar ajuda. Apenas o participante P5 apresenta essa classificação;
- c) classificação baixa a muito baixa: refere-se à pessoa mais reclusa, que não busca estabelecer interações com outras pessoas, nem mesmo em caso de necessitar ajuda. Classificação apresentada pelos participantes P3, P4, P7, P9 e P10.

Por fim, os valores positivos (VP) que, segundo Wolin e Wolin (1993), estão atrelados ao conceito de moralidade, que diz respeito à qualidade de se comprometer com valores e de estender o desejo pessoal de bem-estar a toda a humanidade, de diferenciar o bem do mal, além do anseio de viver uma vida pessoal satisfatória, ampla e com riqueza interior.

- a) classificação alta a muito alta: está relacionada a uma pessoa bem-intencionada em suas ações e honesta mesmo quando seu sucesso depende do contrário, pois prefere viver com dignidade e procura estender seus princípios às pessoas de seu convívio. Três participantes apresentaram essa classificação, P1, P3 e P6;
- b) classificação média: indica que, na maioria das vezes, a pessoa demonstra boas intenções em suas ações e capacidade média de diferenciar o bem do mal. Valoriza regularmente os bons princípios e os valores da sociedade. Os sujeitos P2, P4, P7, P8, P9 e P10 obtiveram essa classificação;
- c) classificação baixa a muito baixa: refere-se à falta de preocupação com os valores comuns a toda a sociedade e com o bem-estar de outras pessoas, falta de valorização dos bons princípios e da riqueza interior. Apenas P5 obteve tal classificação.

Não se pode entender que um indivíduo que experimenta um estressor volte à forma original, dado que a experiência do evento se soma às suas experiências anteriores, além de que o significado de uma experiência não é construído independentemente das demais experiências das pessoas. O diferencial é verificado após a retirada do estressor, quando o indivíduo poderá demonstrar sua vulnerabilidade ou sua resiliência (PALUDO; KOLLER, 2005).

Segundo Quevedo et al. (2008), aspectos da personalidade, como baixa autoestima, pouca tolerância a frustrações, pouca resiliência ao lidar com estressores físicos e psíquicos, costumam se relacionar a risco aumentado de suicídio.

3.4 AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DESESPERANÇA DOS SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO POR MEIO DA ESCALA BECK DE DESESPERANÇA (BHS)

Outro fator avaliado na pesquisa foi o nível de desesperança dos participantes por meio da escala BHS, o que ficou apresentado nos dados do Quadro 6, exposto a seguir.

Quadro 6 – Classificação do nível de desesperança dos participantes da pesquisa

| Participantes | Escore | Classificação |
|---------------|--------|---------------|
| P1 | 01 | Mínimo |
| P2 | 03 | Mínimo |
| P3 | 01 | Mínimo |
| P4 | 17 | Grave |
| P5 | 04 | Mínimo |
| P6 | 01 | Mínimo |
| P7 | 04 | Mínimo |
| P8 | 11 | Moderado |
| P9 | 15 | Grave |
| P10 | 10 | Moderado |

Fonte: os autores.

A desesperança abarca não somente o estado de desespero a si subjacente, mas, também, o pessimismo, como traço de personalidade (CRUZ, 2006). Nesse sentido, a pessoa que tem um nível elevado de desesperança tende a se perceber como impotente, sem conseguir encontrar uma solução futura para a resolução dos seus problemas, o que conduz muitas vezes a encarar o suicídio como a única saída. A desesperança é considerada o “nexo causal entre depressão e suicídio” e pode funcionar como um desencadeante de alguns comportamentos e transtornos psíquicos.

Em um indivíduo que anda acompanhado do sentimento de desesperança e da falta de perspectiva de futuro, o desejo de suicídio é reforçado como solução ou o fim de algo insolúvel. É perceptível na fala dos participantes 4 e 9 um discurso de desesperança em relação aos problemas familiares e à história de vida.

P4: [...] hoje tenho meus filhos, são meus maiores motivos para viver, mas mesmo assim eu não tenho vontade de viver. Eu gosto muito da minha mulher também, faz 14 anos. Vida para mim seria se mudasse a minha família do meu pai e mãe, o resto está bom. Mas não vai mudar, porque sempre foi assim.

P9: Vida foi o que eu tive até agora, a que eu conheci, sem esperança, sem perspectiva, uma vida sofrida, como diria um pastor amigo meu “meu viver é bom mas dá trabalho” então pra mim a vida é isso, sabe, se eu morrer hoje de tarde ou amanhã de manhã, só vão lembrar hoje, eu não sonho eu não tenho aquela esperança, ah, vou reerguer, eu não tenho mais visão pra isso, sabe. (informações verbais).

Nesse sentido, a desesperança parece estar intimamente relacionada com a ideação suicida, constituindo-se como um provável índice de intenção suicida, mesmo que a depressão esteja controlada (BECK et al., 1985 apud SARAIVA, 1999).

3.5 AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE IDEIAÇÃO SUICIDA DOS SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO POR MEIO DA ESCALA BECK DE IDEIAÇÃO SUICIDA (BSI)

Com o intuito de avaliar a presença de ideação suicida nos participantes, tendo em vista as tentativas de suicídio por eles realizadas, foi mensurada, por meio da Escala de Ideação Suicida (BSI), a reincidência de planos para nova tentativa. O Quadro 7 esboça os resultados obtidos.

Quadro 7 – Probabilidade de nova tentativa de suicídio mensurada pela Escala de Ideação Suicida (BSI)

| Participantes | Escore total | Classificação |
|---------------|--------------|---------------|
| P1 | 0 | Mínimo |
| P2 | 0 | Mínimo |
| P3 | 0 | Mínimo |
| P4 | 20 | Grave |
| P5 | 0 | Mínimo |
| P6 | 0 | Mínimo |
| P7 | 11 | Moderado |
| P8 | 17 | Grave |
| P9 | 18 | Grave |
| P10 | 17 | Grave |

Fonte: os autores.

A ideação suicida envolve nuances que vão desde os pensamentos passageiros de que a vida não vale a pena ser vivida, até preocupações intensas sobre por que viver ou morrer.

P4: São as coisas que eu fiz que não tem como mudar. Que a gente aprende que, ah, “o que passou, passou”, mas para mim não passou e não vai passar. Não sei se vou conseguir conviver com isso. Com as coisas que fiz para minha mulher de roubar coisas de casa, de roubar meu pai. Meu pai sabendo que eu estava roubando ele, mesmo assim ele continuava me dando, fazendo de conta que nada tinha acontecido e até hoje faz... ele me dá tudo.

P9: [...] tem horas que eu sinto vontade de ir à corda de novo. Isso porque perdi minha família, perdi 95% do meu filho, perdi trabalho, perdi a esperança, tanto que estou numa clínica de reabilitação de novo, são 16 tratamentos e da desilusão da vida. Eu não tenho uma perspectiva para frente, já estou com 44 anos, então não vejo um futuro para mim, uma empresa jamais vai pegar um senhor para trabalhar, então são essas pequenas coisas que tem dias que dá vontade de me matar mesmo [...] (informações verbais).

A presença de ideação suicida e, principalmente, de uma história positiva de tentativas de suicídio têm sido vistas como importante valor preditivo na avaliação do risco para o suicídio (TURECKI, 1999, p. 18).

A tentativa de suicídio é desencadeada por fatores estressores da vida dos suicidas, variando de indivíduo para indivíduo. Com o intuito de verificar quais foram os fatores estressores responsáveis pela tentativa de suicídio dos participantes da pesquisa, a Tabela 2 apresenta os resultados obtidos na entrevista com os participantes.

Tabela 2 – Caracterização das categorias e percentuais dos fatores estressores que ocorreram na vida dos participantes que os levaram à tentativa de suicídio

| Fatores estressores | Número de ocorrências | % dos participantes |
|----------------------|-----------------------|---------------------|
| Conflitos familiares | 7 | 43,75 |
| Dependência química | 6 | 37,5 |
| Depressão | 1 | 6,25 |
| Transtorno paranoide | 1 | 6,25 |
| Abuso sexual | 1 | 6,25 |
| TOTAL | 16 | 100 |

Fonte: os autores.

Alguns fatores estressores costumam se relacionar a risco aumentado de suicídio, como a perda recente de apoio social, o que inclui separações e perdas afetivas, desemprego, declínio na condição socioeconômica, relação familiar conturbada, psicopatologias, abuso sexual na infância, uso de substâncias químicas, entre outros. Entretanto, para Quevedo et al. (2008), não se pode afirmar que exista uma relação causal entre esses estressores e o suicídio. “Muitas vezes, a ocorrência de eventos psicossociais críticos é secundária à deterioração por algum transtorno psiquiátrico de base, como o uso de substâncias, por exemplo.” (QUEVEDO et al., 2008, p. 190).

É importante analisar além dos fatores estressores, como o significado psicodinâmico da ideação suicida, entre o desejo de morrer e o sentimento de raiva, ódio e humilhação dirigidos contra algum objeto e/ou indivíduo significativo na vida do sujeito. Os conflitos familiares representam 43,75% da amostra, como o principal fator motivador da tentativa de suicídio. Assim, pelas palavras do Coêlho, Mello-Santos e Wang (2011, p. 1488),

[...] os conflitos interpessoais parecem ser um significativo fator precipitante em pelo menos 50% dos casos de pacientes que deliberadamente tentaram suicídio. Muitos outros fatores são comuns, mas em nível mais baixo como a preocupação com o desemprego e doenças físicas. Contudo, tais fatores podem ser os únicos problemas aos quais o paciente se refere.

Assim, no relato dos participantes P2, P4 e P9, exemplifica-se a relação entre os conflitos familiares e o fator motivador da tentativa de suicídio.

P2: Olha, foi um fim de relacionamento que foi uma tentativa só e foi após o término de um relacionamento, tenho uma filha com minha ex-mulher, e eu não aceitava, aquela obsessão, não aceitava o término, mas foi uma coisa bem louca. Eu que terminei, acabei não querendo mais o casamento, só que logo após eu me arrependi sabe. Fui embora pra Itajaí naquela época e quando retornei fui atrás dela novamente, e acabou que ela já estava com outra pessoa, e para mim a vida já não parecia ter mais sentido, já estava em uso de drogas há 22 anos, a cocaína. E aquilo pra mim já não tinha mais sentido, ficar longe da minha filha... Foi aí que busquei o suicídio.

P4: O fato de minha mãe ser alcoólatra até hoje. Ela me batia bastante. Ela batia na minha irmã, daí eu ia na frente para ela bater em mim ao invés da minha irmã. Eu tentei me cortar os pulsos, já fui para o hospital várias vezes por overdose de remédios, pois sou compulsivo por remédio, e meu pai nunca fez nada. Sempre me deixou livre de fazer o que eu queria, daí eu via ele trabalhando o dia todo e chegava em casa minha mãe bêbada e ainda brigava com ele, daí eu me sentia mal com isso. Ela pegava uma faca e corria no quarto dizendo que ia se matar, isso eu tinha uns quatro anos e eu corria atrás dela para não deixar, ela pegou corda para se enforcar. Ela dizia que meu pai estava aprontando enquanto ele estava trabalhando, mas meu pai era uma pessoa certa e isso não sai da minha cabeça. E até hoje é assim, só que eles não moram aqui.

P9: Na verdade foram vários, né. Eu sofri muito na minha infância, de pequeno né, Sempre queria ter as coisas, e é aquela história do papai e da mamãe “ah, não dou, não posso”, então, apesar de eu sempre tive uma infância até que divertida, mas vários fatores né, meu pai era um bêbado também né, então, surrava a gente bêbado aí comecei me atacar em drogas. (informações verbais).

Percebe-se que a dependência de substâncias químicas também representa um alto índice de motivador para a tentativa de suicídio, representando 37,5% dos participantes entrevistados. Segundo Kaplan e Sadock (2007), o uso de substâncias encontra um risco aumentado de suicídio. A taxa de suicídio para dependentes de heroína, por exemplo, é 20 vezes maior do que para a população em geral. Assim como a dependência de álcool, que acarreta em suicídio de até 15% de todas as pessoas que são dependentes dessa substância.

Os participantes P5 e P7 relatam a experiência com o uso de álcool e drogas.

P5: Foi um momento de... eu estava numa fase avançada do uso de substância, e teve uma época que eu vendi o carro para comprar minha substância, que era a cocaína, aí acabei gastando todo esse dinheiro. Eu era para eu vender uma parte para retirar e fazer mais dinheiro em cima e comprar um carro melhor, e eu acabei usando tudo em cocaína, o dinheiro do carro em 10 dias. Daí depois que acabou eu entrei em choque que tinha gastado, que tinha perdido, daí a depressão que veio, a sensação ruim que me atingiu e entrei em desespero e vim a querer fazer o suicídio.

P7: A bebida e familiares, briga com meu irmão e coisa e tal. Sempre assim era. Meu irmão era usuário de drogas também, chegava “noiado” em casa, brigava comigo e partia para “bordoada”. Mas era isso que me fez desistir. Quando tentava me matar eu pensava no sofrimento da minha mãe, era isso que pensava. Pensava nela, na vó e no vô, que deram a vida para mim quase [...] isso pela bebida e as brigas familiares, daí a polícia pegava sempre, tem essa, polícia me pegava, me marcaram em Catandubas também, estava f*** o negócio ultimamente lá. (informações verbais).

Outro fator desencadeante da tentativa de suicídio apresentado na Tabela 2 é a depressão, correspondendo a um percentil de 6,25%, indicada como o fator predominante na tentativa. De acordo com Botega (2015), um transtorno mental é um fator de risco para o suicídio, por diversas razões, como a condição clínica que dificulta a adaptação à sociedade, leva à estigmatização, diminui a adaptação funcional e a qualidade de vida, provoca, com frequência, sentimentos dolorosos, como ansiedade, raiva e frustração e representa também um ônus emocional e financeiro para o indivíduo e sua família, o que predispõe vários estresses situacionais. Percebe-se isso na fala do participante P8, que sinaliza a depressão como o fator desencadeante da tentativa de suicídio.

P8: Eu acredito que por uma depressão e devido meu uso de drogas, tudo assim, isso não faz muito tempo eu tive uma, eu não sei te explicar o que é porque eu sempre trabalhei, há quase 8 anos que trabalho na clínica, sou lá de Videira e trabalhava lá. E nessa época eu comecei não ter mais vontade de trabalhar, daí por final eu acabei recaindo e tomei uns medicamentos e eu fui me afastado, fui pra casa e me fechei num quarto e não saia mais do quarto, barba e cabelo tudo comprido e não falava com mais ninguém. E eu não sei dizer; é um sentimento de tristeza, angústia, aquela coisa que não tem explicação nenhuma e perdi a vontade de viver, tanto é que tentei tirar minha vida mesmo. (informação verbal).

Percebe-se, a seguir, na fala do participante P1, diagnosticado com depressão, a presença do transtorno paranoide em relação aos radares eletrônicos, que, para ele, foi motivo suficiente para que a vida deixasse de ser prazerosa. “Essas coisas destas câmeras, sabe, ultrapassar ali, ficava com medo de ter levado multa e “coisarada” e daí me preocupava, sabe? Chegava em casa das viagens que fazia e ia direto olhar na internet se eu tinha sido multado. E isso fugiu do controle.” (informação verbal).

Outro fator associado à tentativa de suicídio presente na pesquisa é em relação ao abuso sexual, correspondente a 6,25% da amostragem. Para Botega (2015), de maneira consciente os estudos científicos confirmam a associação de abusos na infância com várias psicopatologias, incluindo comportamento suicida. “O risco aumenta de acordo com a intensidade com que se sofreu o abuso.” (BOTEGA, 2015, p. 97).

P9: Fui abusado pelo meu irmão quando eu era menor, uma criança, isso também é outra coisa que carrego dentro de mim, então digo hoje, eu não me conformo, hoje sou um homem, queria tirar uma satisfação com ele peito a peito, eu acho que até mataria ele, não vou mentir para você, eu acho que mataria ele, então isso gera revolta, sabe pra mim me dói muito isso aí, eu lembrar disso; eu me sinto bem triste e bem revoltado mesmo, furioso mesmo, sabe. Só não fiz porque

ele está morando longe daqui, e porque hoje eu estou com 44 anos, se eu me aproximar dele provavelmente ou ele me mata ou eu vou matar ele. Foi muito doído, sabe foi minha infância né, [choro] uma coisa que não precisava ter acontecido, mas aconteceu né. (informação verbal).

3.6 CONCEPÇÃO DE VIDA E MORTE PELA PERSPECTIVA DO PARTICIPANTE

O indivíduo, ao se deparar com situações que confrontam sua estrutura psíquica, questiona-se entre viver e morrer. Afinal, o ser humano vive constantemente num conflito entre Eros e Tanatos, pulsões de vida e pulsões de morte. “Pulsões de vida levam o indivíduo ao crescimento, desenvolvimento, integração, reprodução, manutenção da vida. As pulsões de morte fazem o movimento inverso às de vida, como a desintegração, tentando levar o indivíduo para um estado inorgânico, a morte.” (KOVACS, 1992, p. 97).

Ainda segundo Kovacs (1992), esses dois grupos de pulsões estão unidos entre si, funcionando sempre juntos, completando-se e opondo-se, num processo dialético.

Da pulsão de morte, fertilizada pela vida, deriva a agressividade normal, que protege o indivíduo dos agravos e com ele possa lutar para conquistar mais espaço vital. Quando ocorre a desunião das pulsões, e a de morte se encontra livre, defrontando-se com situações de sofrimento, que podem manifestar-se nas áreas somática, mental e social ou em todas elas. Essa predominância em seu auge pode levar à morte emocional (na loucura) e à morte do corpo, através de somatizações graves ou atos suicidas, ou mesmo morte “naturais” precoces. (KOVACS, 1992, p. 97).

Camus (2004, p. 23) considera que “só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia.”

O sentimento ambivalente entre o desejo de morrer e de viver potencializa a vulnerabilidade do indivíduo em relação à busca pela morte como meio de cessar o sofrimento vivenciado, em acabar com a dor por meio do suicídio (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014). Percebe-se, pelas falas dos participantes, a necessidade de fuga por meio do suicídio negativo por eles vivenciados.

P6: Eu acredito que a morte seria, assim, hoje, eu acho que a morte seria acabar com o sofrimento, de, por exemplo, quando eu estava com aquele uso muito complicado, vendendo todas as minhas coisas, não tenho vergonha de falar, é verdade, sabe, vendi todas as minhas coisas, parei de trabalhar, sabe. Então morte para mim seria, se fosse naquele tempo, seria a solução para acabar com meus problemas, e hoje eu nem penso em morrer, está tão bom de viver.

P9: Para mim seria uma forma de descansar, entendeu, de acabar com o sofrimento, porque minha igreja ensina que a gente tem que passar por coisas para ser evoluído, para ter uma segunda vida, mas desta aqui eu ia descansar, até chegar na segunda vida, então para mim seria uma forma de recomeçar de novo.

P10: Pensando na morte hoje, seria um modo de conforto pra abduzir a dor que você sente no coração, pra parar de sofrer, pra parar de pensar nas pessoas que você magoou, nas pessoas que você ama e que nunca mais vai ver na frente para dar um abraço, pra dizer eu te amo. A morte pra mim seria muito especial se viesse hoje, sabe, eu aceitaria ela de braços abertos, eu pediria perdão antes de ir, não pra minha família, mas pra Deus, que eu rejeitei muito ele pedindo minha morte, na rua, saia na rua gritar e aceitaria a morte. (informações verbais).

Percebe-se também que a significação da morte compactua com a definição apresentada pelos participantes. O Quadro 8 reproduz a representatividade da morte na vida dos participantes.

Quadro 8 – Representação de morte pela perspectiva dos participantes

| Participantes | Representatividade da morte |
|---------------|--|
| P1 | “Não representa nada, não vai resolver em nada. O que a gente precisa é viver né, para cuidar da minha filha, da minha esposa, minhas coisas que temos lá, que é tudo nosso, cuida das nossas coisas.” |
| P2 | “Medo, medo da morte. Hoje eu vejo que eu tenho minhas filhas, eu sei que elas precisam de mim, eu tenho uma com autismo, e eu sei que vai ser para a vida inteira, que ela vai precisar de uma atenção especial, uma atenção diferenciada, então hoje tenho medo da morte.” |
| P3 | “Morte para mim é o início de que começa uma eternidade, que nós aqui estamos só de passagem, onde fica o corpo e a alma e o espírito que vai continuar a eternidade, e nós vamos ter que apresentar as obras boas e as obras ruins, assim eu acredito.” |
| P4 | “Para mim seria um recomeço, que eu acho que como sou espírita eu acredito que se eu me matar eu vou para um lugar que se sofre um tempo depois você reencarna de novo e vive de novo, então eu acreditaria que eu reencarnaria depois de um tempo e tentaria de novo, eu acho que assim que acabaria meus problemas.” |
| P5 | “Para mim acho que morreu, acabou, sei lá. Mas às vezes eu penso assim, às vezes eu, que a gente faz muita oração aqui, e bastante grupos de ajudas que vêm de várias religiões, eles tentam ajudar bastante gente assim falando que não é, que a morte tem um outro lado, mas tem vezes que a gente desvia isso da cabeça e fica pensando em outras coisas, que não é nada e que acaba aí, não sei te explicar direito.” |
| P6 | “Olha, o que ela representa para mim hoje? Seria partir para outra vida. Eu acredito que depois da morte, eu acredito sabe. Eu sou um cara assim que eu li muito a Bíblia, estudei muito a Deus, sou evangélico, não sei porque, mas eu acredito que depois que morrer a gente ainda vai viver outra vida. Então morte para mim seria viver outra vida em outro lugar, sei lá, a gente não sabe aonde, mas eu acredito nisso.” |
| P7 | “Antigamente a morte era a solução que eu ia ter, hoje a vida vale mais a pena. Ver agora a mãe sorrindo que eu estou me tratando e estou bem, é isso que eu penso.” |
| P8 | “Eu acho que seria um descanso.” |
| P9 | “Para mim é paz, para mim é trazer tranquilidade, para mim, eu ia ficar normal como estou falando contigo, não ia alterar fator nenhum, como te disse, ia ser lembrado 24 horas, ah mas era bom, era ruim, 24 horas depois ninguém mais ia lembrar, era isso.” |
| P10 | “Um vazio que vai ficar, se você é uma pessoa importante você é lembrado se fosse é uma simples pessoa, “quem vai lembrar de você?”, só sua família, os outros nunca vão lembrar de você, eu tenho muitos amigos meus que morreram, tenho um amigo meu que inclusive tinha meu nome, ele morreu ano passado de overdose, seria isso sabe.” |

Fonte: os autores.

Por outro lado, a vida se faz presente em diversos aspectos para os participantes. Cada um expressa e sente a vida de uma maneira. Segundo Frankl (1968), o suicida não espera mais nada da vida, dessa forma, não percebe o que a vida ainda espera dele. Apenas quando este muda de perspectiva é que ele pode encontrar uma razão para viver, que supere a sua razão para morrer. As falas dos participantes possibilitam a compreensão do que é vida para eles nos dias de hoje.

P2: Vida hoje é viver com dignidade, poder andar de cabeça erguida, é poder aproveitar os filhos, as coisas boas que existem. Antes na verdade eu vivia num mundo de isolamento, não tinha perspectiva de nada, tinha um trabalho, mas o que ganhava não sobrava praticamente nada, hoje vida para mim é poder aproveitar minhas filhas, poder ter dignidade, poder andar de cabeça erguida sem estar me escondendo das pessoas.

P3: Vida é poder ter felicidade, poder respirar, ver, caminhar, sentir o cheiro da terra molhada, o perfume das rosas, e ver os outros e ver que ali Deus fez o semelhante, tipo eu acho que é assim a vida para mim. Tudo que a gente olha ao redor parece que está a vida, tipo nas árvores, tudo.

P7: Vida seria um mar de rosas, uma alegria para mim, uma alegria que eu sonho em ter ainda. Ter uma casa no meio do mato, retirado. Aí é vida para mim, agora morar em cidade nunca foi vida para mim. Ter só amigo que não preste e “diabo quatro”. Isso aí para mim não é vida, vida é estar no meio do mato, tranquilo, ter meus bichos, eu que gosto de caçar, pescar também é bom, agora cidade não é para mim. Ainda quero se mudar, a vó falou que quer se mudar para Joinville para trabalhar com internet, mas é no meio da cidade, eu disse que não vou ir. (informações verbais).

Nesse sentido, é possível identificar por meio dos relatos dos participantes fatores que proporcionam prazer em viver, dando-lhes sentido à vida e ao desejo de continuar vivendo. A Tabela 3 expressa numericamente as categorias e os percentuais dos fatores que tornam a vida mais prazerosa aos participantes.

Tabela 3 – Caracterização das categorias e percentuais dos fatores que tornam a vida mais prazerosa aos participantes

| Fatores de prazer | Número de ocorrências | % dos participantes |
|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Família | 5 | 45,46 |
| Trabalho | 2 | 18,18 |
| Abstinência de álcool e drogas | 2 | 18,18 |
| Fé | 1 | 9,09 |
| Uso de álcool e drogas | 1 | 9,09 |
| TOTAL | 11 | 100 |

Fonte: os autores.

Nota-se que a família configura o maior percentual dos fatores geradores de prazer, atualmente, na vida dos participantes, com o total de 45,46% dos entrevistados. A estrutura familiar, além de prover um bom suporte social, demonstra ser uma excelente barreira contra possíveis comportamentos de risco presentes nas atividades de vida diária e nos estilos de vida, como também prova ser um eficiente meio de transmissão de informações relacionadas à saúde (TURAGABECI et al., 2007).

Em contrapartida, há fatores que proporcionam uma vida desgostosa pela perspectiva dos participantes. A Tabela 4 representa sinteticamente os fatores causadores de desgosto na vida dos participantes.

Tabela 4 – Classificação dos fatores que tornam a vida desgostosa pela perspectiva dos participantes

| Fatores de prazer | Número de ocorrências | % dos participantes |
|--------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Conflitos interpessoais | 4 | 40 |
| Lembrança do passado | 3 | 30 |
| Recaída | 2 | 20 |
| Falta de álcool e drogas | 1 | 10 |
| TOTAL | 10 | 100 |

Fonte: os autores.

Segundo Gonçalves et al. (2011), o apoio social mostra ter amplo impacto sobre a saúde física e mental, pois influencia a forma como a pessoa percebe as situações estressantes. O apoio social, juntamente com a autoestima, o senso de controle e o domínio sobre a própria vida, compõem os recursos sociais e individuais de enfrentamento, nos quais as pessoas baseiam suas respostas a situações estressantes, considerando esses aspectos como fatores protetivos e promotores de saúde, auxiliando o enfrentamento de situações específicas, como doenças crônicas ou agudas, estresse, crise desenvolvimental e vulnerabilidade social ou física. Porém, a rede de apoio social pode tanto ser um fator de risco quanto de proteção para o comportamento suicida.

As lembranças do passado estão associadas aos momentos destacados pelos participantes que os levaram a tentar o suicídio e que, ao lembrarem-se deles é desencadeado aborrecimento nos participantes, deixando-os vulneráveis a uma possível recaída, já que, para eles, o uso de álcool e drogas decorreu como uma válvula de escape da realidade em que viviam.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tentativa de suicídio é um fenômeno multicausal que impacta e afeta a todos os envolvidos nesse ato, desde o indivíduo a famílias e comunidade. A tentativa, como vista ao longo do artigo, é buscada muitas vezes como uma maneira de cessar o sofrimento vivenciado pelo indivíduo, a fim de acabar com os problemas ou situações que ele sozinho não conseguiria modificar.

A presença de psicopatologia associada ao ato suicida demonstra forte ligação com transtornos de humor, como depressivo e bipolar, presente também no transtorno esquizofrênico. Os maiores relatos foram de participantes depressivos, medicados com psicofármacos e que após a tentativa buscaram ou foram levados a procurar tratamento para os pensamentos suicidas.

Percebe-se que os conflitos familiares, que emergem tanto na família nuclear quanto na extensa, prevaleceram como fatores estressores que foram o estopim para a tentativa, desde divórcios, separações conjugais e, principalmente, histórias passadas na infância que perpetuam o sentimento de rancor, de abandono e violação por eles vivenciados.

Nota-se, também, que parte dos participantes apresenta baixo nível de resiliência após o ocorrido, o que pode ser um fator de risco para novas tentativas, já que a situação que lhe causou sofrimento ainda os deixa vulneráveis, tendo em vista o pouco aprendizado em relação ao que aconteceu e ao que poderá acontecer em suas vidas. A desesperança se fez marcante em falas de participantes poucos resilientes e que apresentaram alta classificação de desesperança, o que, conseqüentemente, resultou em uma propensão à ideação suicida obtida por meio da escala BSI.

Percebe-se a importância da rede de apoio social para esses indivíduos, pois, apesar de os conflitos familiares serem os precursores da tentativa, é na família que eles buscam incentivos para continuar a viver, seja pelos filhos, pelos pais ou avós, ou nos amigos mais íntimos, é na rede social que se evidencia o apoio para viver.

O ato suicida vai além da tentativa, está associado aos comportamentos autolesivos cometidos a si mesmos, como a ingestão de drogas e álcool, o isolamento social, muitas vezes como reflexo de um transtorno, e pela maneira de ressignificar a história pregressa de vida.

Destaca-se, desse modo, a importância do falar, de expressar, de promover a catarse dos sentimentos aprisionados na alma, com o apoio profissional que o ampare e o ajude a dar novo sentido à vida, fortalecendo sua autoconfiança, autonomia e resiliência. Suicídio é “papo sério” e deve ser discutido, debatido e disseminadas informações a seu respeito. Falar sempre foi a melhor maneira de conhecer a si mesmo e os assuntos que estão estritamente relacionados à psique humana. Tirar a própria vida não é brincadeira, não é uma maneira de chamar a atenção; é a forma que o indivíduo encontrou para resolver aquilo que está sendo pesado demais para “carregar” e não consegue enxergar outra maneira de descansar a não ser tirando a própria vida. Como a pesquisa evidenciou, nenhum participante relatou que a tentativa de suicídio cometida foi para morrer e sim para acabar com o sofrimento e, quem sabe, descansar de tudo o que estava lhe causando sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio**: informando para prevenir. Brasília, DF: CFM/ABP, 2014.

ARAÚJO, Luciene da Costa; VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psicologia – Universidade São Francisco**, v. 15, n. 1, p. 47-57, jan./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v15n1/06.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018.

- AULETE. **Aulete digital**: dicionário contemporâneo da língua portuguesa. 2018.
- BANDURA, Albert. **Self-efficacy**: The exercise of control. W.H. Nova York: Freeman & Company, 1997.
- BEBBINGTON, P. E. Neonosymptomatic hypochondriasis abnormal illness behaviour and suicide. **Brit. J. Psychiat.**, n. 128, p. 475-478, 1976.
- BECK, Aaron T. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BECK, Aaron T.; STEER, Robert A. Beck Hopelessness Scale. **Manual**. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1993.
- BOTEGA, Neury Jose. **Crise Suicida. Avaliação e Manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- CAMUS, Albert. **O mito do Sísifo**. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- CAPRON, Daniel W. et al. **Role of anxiety sensitivity subfactorin suicidal ideation and suicide attempt history**. *Depress anxiety*, 2012.
- CARDOSO, Tábata; MARTINS, Maria do Carmo Fernandes. **Escala dos pilares da resiliência (EPR)**. São Paulo: Vetor, 2013.
- CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.
- COELHO, Bruno Mendonça; MELLO-SANTO, Carolina de; WANG, Yuan-Pang. **Interconsulta no paciente com risco de suicídio**. Clínica Psiquiátrica. São Paulo: Manole, 2011.
- CORREA, Humberto; BARRERO, Sérgio Perez. O suicídio ao longo dos tempos. In: CORREA, Humberto; BARRERO, Sérgio Perez (Org.). **Suicídio uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CRUZ, J. P. **Memórias traumáticas, auto narrativas e conduta suicida**: um ensaio terapêutico. Stress Pós-Traumático – Modelos, Abordagens e Práticas. Portugal: ADF – Associação dos Deficientes das Forças Armadas, 2006.
- CUNHA, Jurema Alcides. **Escalas Beck**: Inventário de Depressão Beck (BDI), Inventário de Ansiedade Beck (BAI), Escala de Desesperança Beck (BHS), Escala de Ideação Suicida Beck (BSI). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo sociológico. Porto: Presença, 1996.
- DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: um estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- FLACH, Frederic. **Resiliência**: a arte de ser flexível. São Paulo, Saraiva, 1991.
- FRANKL, Viktor E. **O homem incondicionado**: Lições metaclínicas. Coimbra, Portugal: Armênio Amado, 1968.
- GATTI, Bernardete Angelina. **A construção da pesquisa em educação no Brasil**. Brasília, DF: Plano, 2002.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2011.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2009.

HAYES, Lindsay M. Suicide risk despite denial or when actions speak louder than words Jail Suicide. **Mental Health Update**, v. 10, i. 1, p. 1-6, 2000.

KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamim. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KAROLY, Paul. Mechanism of self-regulation: a systems view. **Annual a Review of Psychology**, 1993.

KOVACS, Maria Júlia. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LOVISI, Giovanni Marcos et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, Suplemento 2, p. S86-S93, 2009. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. Métodos de Coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2003.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. **DSM V**. American Psychiatric Association. 5. ed. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; revisão técnica Aristides Volpato Cor-dioli et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARTINS, Maria do Carmo Fernandes; SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias; EMÍLIO, Eduarla Resende Videira. **Construção e validação Escala para Avaliação de Resiliência (EAR)**. São Bernardo do Campo: UMESP, Relatório de pesquisa, 2010.

MELLO, Guiomar Namó de. Pesquisa em Educação: questões teóricas e questões de método. In: SEMINÁRIO SOBRE ALTERNATIVAS METODOLÓGICAS PARA A PESQUISA: CONHECIMENTO E REALIDADE. **Relatório Final**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1980.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: Manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica. Brasília, DF: OPAS/Unicamp, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf>. Acesso em: 09 set. 2017.

NOCK, Matthew K. et al. Suicide and Suicidal Behavior. **Epidemiol. Rev.**, n. 30, p. 133-154, 2008.

OLIVEIRA, Juliana Barros de; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Resiliência e controle de stress em juízes e servidores públicos. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**, 2009.

OLIVEIRA, Marta Kohl de. Sobre diferenças individuais e diferenças culturais: o lugar da abordagem histórico-cultural. In: AQUINO, Julio Groppa (Org.). **Erro e fracasso na escola: e fracasso na escola alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Transtornos mentais e comportamentais. Genebra: Departamento de Saúde Mental, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde 2001. **Saúde Mental**: Nova compreensão, Nova Esperança. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2002.
- OSHIO, Atsushi et al. Construct validity of the adolescent resilience scale. **Psychological Reports**, v. 93, n. 3, 1217-1222, 2003.
- PALUDO, Simone dos Santos; KOLLER, Silvia Helena. Resiliência na rua: um estudo de caso. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 2, p. 187-195, 2005.
- PRIETO, Daniela; TAVARES, Marcelo. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 2, p. 146-154, 2005.
- QUEVEDO, João et al. **Emergências Psiquiátricas**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2008.
- RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1999.
- SAMPAIO, Daniel. **Ninguém morre sozinho**: o adolescente e o suicídio. Lisboa, Portugal: Caminho, 1991.
- SARAIVA, Carlos Braz. **Para-suicídio**. Lisboa, Portugal: Quarteto, 1999.
- SILVEIRA, Daniel Rocha; MAHFOUD, Miguel. Contribuições de Viktor Emil Frank ao conceito de resiliência. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 25, n. 4, p. 567-576, out./dez. 2008.
- SOUZA, Maíra Gabriela Santos de; PUENTE-PALACIOS, Katia. Validação e testagem de uma escala de autoconhecimento profissional. **RPort**, v. 7, n. 2, p. 95-114, 2007.
- TURAGABECI, Amelia R. et al. Estrutura familiar e saúde, como o companheirismo atua como um amortecedor contra problemas de saúde. **Saúde Qual Vida**, v. 5, n. 61, 2007.
- TURECKI, Gustavo. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo agressivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, Suplemento 2, p. 18-22, 1999.
- WERLANG, Blanca Susana G.; BORGES, Vivian R.; FENSTERSEIFER, Liza. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 39, p. 259-266, 2005. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2988645>>. Acesso em: 10 maio 2018.
- WOLIN, S. Steven J.; WOLIN, Sybil. **The resilient self**: how survivors of troubled families risk above adversity. Nova York: Villard Books, 1993.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Participant manual – IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV**. Geneva, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018.
- ZIMMERMAN, Marc A.; ARUNKUMAR, Revathy. Resiliency research: implications for schools and policy. **Social Policy Report**: Society for research in Child Development, v. 8, i. 4, p. 1-18 1994.