

Caracterização de adolescentes com comportamento suicida e suas famílias

Characterization of adolescents with suicidal behavior and their families

Caracterización de adolescentes con conducta suicida y sus familias

Raysa Abreu Fonseca¹  <https://orcid.org/0009-0005-3869-3417>

Luísa Bottoni Corrêa¹  <https://orcid.org/0000-0003-1189-2473>

Sheila Cavalcante Caetano²  <https://orcid.org/0000-0001-8403-7078>

Elson de Miranda Asevedo²  <https://orcid.org/0000-0002-3109-2695>

Andréia Cascaes Cruz¹  <https://orcid.org/0000-0003-2264-0140>

Lucía Silva¹  <https://orcid.org/0000-0002-6353-7580>

Resumo

Objetivo: Caracterizar o perfil de famílias e adolescentes com comportamento suicida.

Métodos: Estudo descritivo, quantitativo, desenvolvido em dois ambulatórios do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de consulta aos prontuários, aplicação de instrumentos elaborados pelos pesquisadores para coleta de dados sociodemográficos e construção de genograma e ecomapa. A análise foi por estatística descritiva.

Resultados: Participaram do estudo 25 pessoas (12 mães e 13 adolescentes). As mães tinham idade entre 30 e 59 anos, das quais 38,46% referiu ter depressão e 8,33% relatou comportamento suicida dos pais dos adolescentes. Em relação aos adolescentes, 53,85% tinham entre 16 e 17 anos, 69,23% eram do sexo feminino, 92,31% haviam planejado atentar contra a própria vida e 53,85% haviam tentado o suicídio.

Conclusão: Metade dos adolescentes deste estudo realizou uma tentativa de suicídio e colocou sua vida em risco. Metade das mães não tinha alguém que se responsabilizasse pelo cuidado do adolescente.

Abstract

Objective: To characterize the profile of families and adolescents with suicidal behavior.

Methods: This was a descriptive, quantitative study carried out in two outpatient clinics of the Department of Psychiatry at the Federal University of São Paulo. Data was collected by consulting medical records, application of instruments developed by researchers to collect sociodemographic data and constructing genogram and ecomap. The data was analyzed using descriptive statistics.

Results: 25 people took part in the study (12 mothers and 13 adolescents). The mothers were aged between 30 and 59, of whom 38.46% reported having depression and 8.33% reported suicidal behavior by the adolescents' fathers. With regard to the adolescents, 53.85% were aged between 16 and 17, 69.23% were female, 92.31% had planned to attempt their own lives and 53.85% had attempted suicide.

Conclusion: Half of the adolescents in this study had attempted suicide and put their lives at risk. Half of the mothers did not have someone who was co-responsible for caring for the adolescent.

Resumen

Objetivo: Caracterizar el perfil de familias y adolescentes con comportamiento suicida.

Métodos: Estudio descriptivo, cuantitativo, realizado en dos ambulatorios del Departamento de Psiquiatria de la Universidad Federal de São Paulo. Los datos fueron recolectados por medio de consulta de historias clínicas, aplicación de instrumentos desarrollados por los investigadores para recopilar datos sociodemográficos y construcción de genograma y ecomapa. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva.

Resultados: Participaron del estudio 25 personas (12 madres y 13 adolescentes). Las madres tenían entre 30 y 59 años, de las cuales 38,46% relataron tener depresión y 8,33%, comportamiento suicida por parte de los padres de los adolescentes. En cuanto a los adolescentes, 53,85% tenían entre 16 y 17 años, 69,23% eran mujeres, 92,31% habían planeado atentar contra su vida y 53,85% habían intentado suicidarse.

Conclusión: La mitad de los adolescentes de este estudio había intentado suicidarse y había puesto su vida en riesgo. La mitad de las madres no tenía quien se responsabilizase del cuidado del adolescente.

Descritores

Enfermagem pediátrica; Suicídio; Tentativa de suicídio; Família; Adolescente; Saúde mental

Keywords

Pediatric nursing; Suicide; Suicide attempt; Family; Adolescent; Mental health

Descriptores

Enfermería pediátrica; Suicidio; Intento de suicidio; Familia; Adolescente; Salud mental

Como citar:

Fonseca RA, Corrêa LB, Caetano SC, Asevedo EM, Cruz AC, Silva L. Caracterização de famílias e adolescentes com comportamento suicida. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2024;24:eSOBEP202416.

¹Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Submetido: 12 de Novembro de 2024 | **Aceito:** 18 de Dezembro de 2024

Autor correspondente: Lucía Silva | E-mail: silva.lucia@unifesp.br

DOI: 10.31508/1676-3793202416

Introdução

O comportamento suicida engloba a ideação suicida, tentativa de suicídio e o suicídio propriamente dito. A ideação refere-se ao pensar em tirar a própria vida; a tentativa, à prática de violência autoinfligida com o mesmo intuito, mas sem ocasionar a própria morte. O suicídio em si é o comportamento suicida com desfecho fatal.⁽¹⁾ Entretanto, estes fenômenos que compõem o comportamento suicida não se caracterizam por fases definitivas, ou seja, um adolescente que tentou suicídio pode, por exemplo, após período de melhora ou estabilidade, voltar a apresentar ideação suicida posteriormente.

O suicídio é um dos principais problemas de saúde pública: a cada quarenta segundos ocorre uma morte por suicídio e, anualmente, atinge mais de 800 mil pessoas no mundo.⁽²⁾ Estima-se também que, para cada morte, tem-se entre dez e vinte vezes mais tentativas; entretanto, estes dados são subestimados. Existem barreiras relacionadas à notificação apenas dos casos que chegaram a algum serviço de saúde, à dificuldade em discernir entre um acidente e um evento intencional e à desinformação acerca do assunto entre profissionais de saúde e familiares.⁽³⁾

Em relação aos jovens, o suicídio é a segunda causa de morte mais frequente entre pessoas de 15 a 29 anos de ambos os sexos e a terceira causa de morte principal entre 15 e 19 anos no mundo.⁽²⁾ No Brasil, nessa faixa etária, registrou-se 21.790 óbitos por suicídio entre 2011 e 2017 e houve aumento de 24% das taxas entre 2004 e 2015 na faixa etária de 10 a 19 anos em seis grandes capitais.^(4,5) Quanto às tentativas de suicídio, foram registradas 48.204 ocorrências de 2011 a 2016 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).⁽⁶⁾

Na adolescência, o indivíduo enfrenta mudanças internas e externas e está aprendendo a compreender seu papel em suas relações, bem como a lidar com suas emoções. Todo este processo pode se dar de maneira intensa, fazendo com que os adolescentes tomem atitudes impetuosas.^(1,7)

A família é espaço de desenvolvimento integral do indivíduo, onde são estabelecidos os primeiros relacionamentos e traços da personalidade. A dinâmica familiar, sua estrutura e processo saúde-doença podem influenciar o comportamento apresentado. Além

disso, fatores individuais, socioeconômicos e a presença ou ausência de laços sociais podem ser fatores de risco ou proteção ao comportamento suicida.^(1,5,8-12)

Dentre os fatores de risco para o comportamento suicida, pode-se citar a presença de transtornos mentais, personalidade, situação de violência no contexto familiar, histórico de suicídio na família, estressores familiares, socioeconômicos, psicossociais e escolares, entre outros.^(1,9,10,12,13)

Este estudo tem como foco o comportamento suicida em adolescentes, sendo necessário considerar também a família em que esses indivíduos estão inseridos. Caracterizar adolescentes com comportamento suicida e suas famílias, compreendendo o ambiente que estão inseridos, possibilita melhor conhecimento sobre essa população e planejamento para direcionar políticas públicas de prevenção e intervenção. Ao mesmo tempo, entende-se que reconhecer precocemente fatores de risco e elementos de influência negativa ou protetiva, pode evitar que diagnósticos e intervenções sejam realizadas tardiamente.

Assim, este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil de famílias e adolescentes com comportamento suicida.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo. A pesquisa foi conduzida inicialmente no Ambulatório de Desenvolvimento Integral da Criança e do Adolescente, vinculado ao Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Este ambulatório localiza-se no Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) Vila Mariana, que presta atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), integrado à Rede de Atenção Psicossocial. A partir de setembro/2020, os adolescentes elegíveis para o estudo passaram a ser acompanhados pelo ambulatório: *Conversas de Vida: centro de promoção de esperança e prevenção de suicídio*.

Os participantes do estudo foram 25 pessoas, distribuídos entre familiares e adolescentes. Os familiares elegíveis deveriam preencher aos seguintes critérios de inclusão: ser familiar e responsável que tivesse revelado o comportamento suicida (ideação, planejamento ou tentativa de suicídio) e fosse diagnosticado e

tratado pelo psiquiatra vinculado aos locais do estudo, ter idade a partir de 18 anos e aceitar participar da pesquisa, concedendo consentimento por escrito.

Os adolescentes elegíveis deveriam preencher aos seguintes critérios de inclusão: apresentar comportamento suicida prévio ou atual identificado pelo psiquiatra responsável por seu acompanhamento, concordar em participar e ter a autorização de seus responsáveis para tal.

De acordo com o Ministério da Saúde, a adolescência compreende o período da segunda década da vida (de 10 a 19 anos)⁽¹⁴⁾ e utilizou-se esse critério na realização do presente estudo.

A coleta dos dados referente à caracterização das famílias se iniciou em janeiro de 2020, foi interrompida de março a agosto de 2020 em função da pandemia da COVID-19 e foi retomada no período entre setembro de 2020 e junho de 2021. A coleta de dados relacionada aos adolescentes foi realizada entre agosto de 2019 e junho de 2020.

A etapa de coleta de dados foi realizada por duas alunas de iniciação científica e a pesquisadora responsável. O convite para participação da pesquisa aconteceu no dia em que os participantes elegíveis tinham consulta agendada.

Após terem sido fornecidas as informações acerca dos procedimentos da pesquisa, aqueles que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os adolescentes firmaram seu nome no Termo de Assentimento.

Os dados para caracterização dos participantes foram obtidos pelos prontuários e informações coletadas junto ao adolescente e família, tendo como guia instrumento pré-elaborado pelas pesquisadoras para levantamento de dados sociodemográficos e construção do genograma e ecomapa. O genograma e o ecomapa foram elaborados de acordo com o Modelo Calgary de Avaliação na Família, visando compreender a estrutura e as relações familiares, sua interação com a comunidade na qual estão inseridos, rede de apoio e como se dispõe o vínculo com outros grupos, caracterizando-os como vínculos muito fortes, fortes, moderados, fracos, conflituosos ou cortados, com amigos próximos, instituição religiosa e serviços de saúde.⁽¹⁵⁾

Após coletados, os dados foram dispostos no programa Excel e explorados por meio de estatística descritiva. O cálculo e a apresentação foram feitos por

meio das frequências absoluta e relativa de cada uma das variáveis.

A pesquisa possui parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição proponente 3.165.699 (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 04289218.0.0000.5505) e foram seguidos os preceitos éticos contidos na Resolução número 466 de 2012.

Resultados

Participaram do estudo 13 adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 10 e 18 anos. A média de idade foi de 14,38 anos e a mediana de 16 anos. A amostra do grupo de familiares foi composta 12 mães de adolescentes. Elas tinham idade entre 30 e 59 anos, sendo que a média era de 42,58 anos e a mediana, de 42 anos. Este grupo se apresenta em menor número pois uma das participantes era mãe de dois adolescentes (gêmeos). A tabela 1 mostra as características sociodemográficas do grupo de adolescentes e familiares participantes do estudo.

A tabela 2 mostra dados referentes à caracterização do perfil de saúde mental dos adolescentes.

A partir do genograma, mapeou-se a presença paterna na vida da família: sete (58,33%) eram ausentes. Destes, dois (16,67%) foram cortados por morte paterna e outros dois (16,67%) não possuem nenhum contato, sendo que um dos pais (8,33%) cometeu abuso sexual do adolescente.

Sobre os diagnósticos psiquiátricos, estes mostram-se em maior número que o total de participantes: alguns adolescentes apresentaram mais de um diagnóstico. Na tabela 3, apresenta-se os aspectos relacionais e informações do histórico familiar dos adolescentes.

A partir do genograma, mapeou-se a presença paterna na vida da família: sete (58,33%) a negaram. Destes, dois (16,67%) foram interrompidos por morte paterna e outros dois (16,67%) não possuem nenhum contato, sendo que um dos pais (8,33%) cometeu abuso sexual do adolescente. No ecomapa, destaca-se que seis (46,15%) participantes relataram vínculo com a escola, sendo quatro (30,77%) deles com vínculo fraco e dois (15,38%) forte. Pontuou-se que seis (46,15%) participantes relataram amigos e oito (61,54%) mencionaram lazer. Desses oito, três (37,5%) utilizavam eletroeletrônicos, três (37,5%) saíam com amigos, dois

Tabela 1. Características sociodemográficas do grupo de adolescentes e familiares

Variáveis	Adolescentes n(%)	Mães n(%)
Idade		
10-11 anos	3(23,08)	0
12-13 anos	1(7,69)	0
14-15 anos	2(15,38)	0
16-17 anos	7(53,85)	0
30-59 anos	0	12(100)
Sexo		
Feminino	9(69,23)	12(100)
Masculino	4(30,77)	0
Estado Civil		
Solteiro	13(100)	0
Casado	0	3(25)
Em união estável	0	1(8,33)
Divorciado ou separado	0	6(50)
Viúvo	0	2(16,67)
Escolaridade		
5º-6º ano do EF	3(23,08)	0
7º-8º ano do EF	2(15,38)	0
9º ano do EF- 1º do EM	5(38,46)	0
2º-3º do EM	3(23,08)	0
Ensino Fundamental I completo	0	1(8,33)
Ensino Fundamental II completo	0	1(8,33)
Ensino Médio incompleto	0	2(16,67)
Ensino Médio completo	0	4(33,33)
Ensino Superior incompleto	0	1(8,33)
Ensino Superior completo	0	3(25)
Ocupação		
Estudante	13(100)	0
Profissional das ciências e das artes	0	5(41,67)
Trabalhador dos serviços, vendedores de comércio em lojas e mercados	0	3(25)
Técnico de nível médio	0	2(16,67)
Dona de casa	0	2(16,67)
Renda Familiar		
Até dois salários mínimos	0	7(58,34)
Entre dois e quatro salários mínimos	0	4(33,33)
Entre cinco e oito salários mínimos	0	1(8,33)
Participação em benefícios governamentais	0	2(16,67)
Religiosidade		
Evangélico	6(46,15)	4(33,33)
Católico	4(30,77)	5(41,67)
Cristão	1(7,69)	1(8,33)
Ordem RosaCruz	1(7,69)	1(8,33)
Umbanda	0	1(8,33)
Sem religião	1(7,69)	0
Prática Religiosa		
Praticante	8(61,54)	9(75)
Não praticante	5(38,46)	3(25)

(25%) jogavam bola, um (12,5%) tocava instrumentos e um (12,5%) ia ao parque. Referente à rede de apoio, quatro (33,33%) mães declararam contar com familiares. Nove (75%) das participantes relataram a instituição religiosa, duas (16,67%) afirmaram ter amigos próximos e uma (8,33%) relatou serviços de saúde. Evidenciou-se ausência de meios de lazer por parte de nove (75%) das participantes. Apenas uma (8,33%) referiu os ter, sendo este ouvir música. Duas das par-

Tabela 2. Caracterização dos aspectos de saúde mental dos adolescentes*

Variáveis	Adolescentes n(%)
Diagnóstico	
Depressão	8(61,54)
Transtorno bipolar	4(30,77)
Transtorno de ansiedade generalizada	3(23,08)
Transtorno do déficit de atenção	1(7,69)
Transtorno de personalidade borderline	1(7,69)
Transtorno de estresse pós-traumático	1(7,69)
Transtorno desafiador de oposição	1(7,69)
Idade do diagnóstico	
6-8 anos	2(15,38)
9-12 anos	4(30,77)
13-15 anos	4(30,77)
16-17 anos	3(23,08)
Tratamento medicamentoso	
Antidepressivos	9(69,23)
Antipsicóticos	7(53,85)
Estabilizadores de humor	3(23,08)
Benzodiazepínicos	2(15,38)
Melatoninérgico	1(7,69)
Medidas não-farmacológicas	
Psicoterapia individual	6(46,15)
Grupos terapêuticos	2(15,38)
Acupuntura e homeopatia	1(7,69)
Comportamento suicida	
Ideação	13(100)
Planejamento	12(92,31)
Tentativa	7(53,85)
Quantidade de tentativas	
Uma vez	2(28,57)
Duas vezes	1(14,29)
Três vezes	4(57,14)
Sexo dos tentantes	
Sexo feminino	6(85,71)
Sexo masculino	1(14,29)
Histórico de violência	
Automutilação	5(38,46)
Heteroagressão	5(38,46)
Abuso sexual	2(15,38)
Bullying	4(30,77)
Agressão física na escola	2(15,38)
Exposição à violência doméstica	1(7,69)
Histórico de morte recente/impactante para o adolescente	
Sim	6(46,2)
Não	7(53,8)
Uso de substâncias lícitas e ilícitas	
Sim	3(23,08)
Álcool	1(7,69)
Álcool e tabaco	1(7,69)
Maconha	1(7,69)
Não	10(76,92)
Interações Psiquiátricas	
Sim	2(15,38)
Não	11(84,62)

*O adolescente poderia se encaixar em mais de uma categoria

ticipantes não os mencionaram. É importante ressaltar que quatro (33,33%) participantes afirmaram ter animais de estimação, enquanto duas (16,67%) afirmaram não os ter e seis (50%) não os mencionaram.

Tabela 3. Aspectos relacionais e de saúde mental do histórico familiar materno e paterno dos adolescentes

Aspectos relacionais	Materno n(%)	Paterno n(%)
Presença na vida do adolescente		
Sim	12(100)	5(41,67)
Não	0	7(58,33)
Vínculo com o adolescente		
Muito forte	7(58,33)	2(16,67)
Fraco	2(16,67)	2(16,67)
Fraco e conflituoso	0	1(8,33)
Cortado	3(25)	7(58,33)
Histórico pessoal de doenças psiquiátricas		
Depressão	4(33,33)	1(8,33)
Transtorno de ansiedade generalizada	3(25)	1(8,33)
Transtorno bipolar	1(8,33)	3(25)
Depressão pós-parto	1(8,33)	0
Esquizofrenia	0	1(8,33)
Abuso de múltiplas drogas lícitas e ilícitas	1(8,33)	1(8,33)
Nenhum	5(41,67)	5(41,67)
Desconhecido	1(8,33)	3(25)
Uso de substâncias lícitas e ilícitas		
Não	5(41,67)	0
Maconha	1(8,33)	0
Desconhecido	6(50)	12(100)
Comportamento suicida		
Sim	2(16,67)	1(8,33)
Desconhecido	10(83,33)	11(91,67)
Histórico familiar de doenças psiquiátricas		
Depressão	2(16,67)	3(25)
Transtorno bipolar	0	1(8,33)
Esquizofrenia	1(8,33)	1(8,33)
Transtorno de ansiedade generalizada	1(8,33)	0
Depressão pós-parto	1(8,33)	0
Comportamento suicida na família		
Presente	1(8,33)	0
Desconhecido ou ausente	11(91,67)	12(100)

Discussão

Os adolescentes que compuseram a amostra desta pesquisa desejaram a morte, sendo que a maioria a planejou e ao menos metade realizou tentativas contra a própria vida. Esta realidade pode chocar familiares, profissionais de saúde e de educação, visto que o “natural” seria que crianças e adolescentes estivessem brincando, descobrindo e planejando o futuro. No entanto, admitir que o sofrimento mental e o comportamento suicida podem ocorrer na adolescência é fundamental para delinear estratégias de prevenção.⁽⁷⁾

Nesse sentido, mesmo diante de fatores familiares, socioeconômicos, culturais e individuais que podem predizer risco para o comportamento suicida, deve-se sempre considerar o suicídio como evitável.

O apoio, a escuta e o acolhimento desses adolescentes fazem toda a diferença para que criem meios para lidar com as adversidades e obter acesso à ajuda

profissional em tempo oportuno. Julgamentos, menosprezo e tabu em relação ao sofrimento alheio não devem ter espaço.

Com os resultados apresentados, evidencia-se que adolescentes que pensam e verbalizam seu desejo de morte realizam tentativas. Tentativas anteriores representam grande fator de risco para suicídio e as tentativas futuras podem possuir maior letalidade, aumentando a chance de efetividade futura.⁽⁹⁾

A prevalência do sexo feminino neste estudo também é observada na literatura, como em pesquisa que associou a predominância de ideação suicida em adolescentes do Piauí ao sexo feminino.⁽¹⁶⁾ A taxa de 85,71% de prevalência entre os que realizaram tentativas no presente estudo pode ser conferenciada com outros estudos, que apresentam uma frequência maior entre adolescentes do sexo feminino, mas também em outras faixas etárias.⁽¹⁷⁾ As questões de gênero têm inúmeros fatores que podem desencadear sofrimento. Em uma pesquisa que reuniu dados de 87 países de 2006 a 2016, o aumento da igualdade de gênero foi associado a uma redução significativa das taxas de suicídio entre mulheres.⁽¹⁸⁾

Ter um diagnóstico psiquiátrico prévio associa-se fortemente ao comportamento suicida na infância e adolescência.⁽⁹⁾ É importante salientar que ter um diagnóstico dá a oportunidade de nomear o transtorno e ter a possibilidade de tratamento para o seu sofrimento.

A presente investigação revelou que mais da metade da amostra possuía depressão, sendo um dos principais fatores associados ao fenômeno do suicídio e a um risco cinco vezes maior de tentativas nessa população.⁽⁹⁾

No presente estudo, dois adolescentes sofreram abuso sexual, que é um dos fatores de risco para comportamento suicida.⁽¹⁰⁾ Já é sabido que, na maioria dos casos, o autor da violência são pessoas conhecidas da vítima, incluindo familiares.⁽¹⁹⁾ Nesse sentido, é importante reforçar o apoio da educação sexual no ambiente escolar, para que mais adolescentes tenham recursos para reportar as violências sofridas e, conseqüentemente, prevenir o comportamento suicida.

No que concerne aos familiares, os participantes do presente estudo eram mulheres, mães de adolescentes com comportamento suicida. Eram elas que acompanhavam seus filhos nos atendimentos, além de serem as principais responsáveis pela família. Em

geral, esse papel social de cuidadora é incumbido às mães, sendo o cuidado de toda a família visto como designado às mulheres. Essa divisão de papéis é culturalmente disseminada e socialmente presente, além de descrita na literatura.⁽²⁰⁾

Ressalta-se que duas das participantes eram donas de casa e apenas uma relatou possuir meios de lazer; presume-se que a maioria delas está submetida a uma rotina exaustiva. Em amostra de cinco mães de adolescentes com sofrimento mental, observou-se que o estresse físico e psicológico tornou-se inerente à sua rotina, sendo este maior quando comparado aos pais. O estudo também ressalta como o lazer pode reduzir os prejuízos relacionados à sobrecarga.⁽²¹⁾

Durante a construção do genograma e ecomapa, quatro participantes afirmaram contar com familiares em sua rede de apoio, sendo predominantemente do sexo feminino. Metade das participantes era separada ou divorciada e, para a maioria delas, o pai não estava presente. Essas mulheres são as chefes de suas famílias e vivenciam sobrecarga emocional por todas as suas atribuições. Isso predispõe o adoecimento familiar, de modo que famílias monoparentais femininas estão mais suscetíveis a desenvolverem quadros de ansiedade e depressão.⁽²²⁾

Tratando-se especificamente do vínculo com os pais, um estudo realizado com 604 indivíduos de idade entre 15 e 18 anos revelou que adolescentes cujos laços emocionais parentais apresentam qualidade imprópria possuem predisposição a ideação suicida. Laços emocionais seguros são fatores protetivos, fazendo com que adolescentes se sintam mais amparados.⁽²³⁾

A ausência parental está relacionada com estados emocionais negativos, bem como a maior propensão a apresentar ideação suicida.⁽¹¹⁾ Isso relaciona-se com maior instabilidade emocional por parte dos filhos, além de representar um desfalque no que deveria ser sua rede de apoio.⁽²⁴⁾

Evidenciou-se a presença de doenças psiquiátricas no histórico familiar, sendo as de maior relevância depressão, transtorno de ansiedade e transtorno bipolar. Um estudo desenvolvido em Minas Gerais com dados de 2319 pacientes de até 21 anos revelou que 79% dos que apresentaram tentativa de suicídio possuíam histórico psiquiátrico familiar, o que consiste em um fator de risco para o desenvolvimento do comportamento suicida.⁽²⁵⁾

A presente pesquisa revelou a existência de comportamento suicida nos históricos parentais. Estes antecedentes possuem grande influência sobre os filhos, principalmente ao se considerar o quadro de adoecimento mental dos cuidadores e as consequências disso no ambiente familiar. A influência familiar é observada na literatura, ainda que não se tenha clareza do quanto desta relação se deve a fatores genéticos, sociais e/ou ambientais. Considerando que o adoecimento de um dos membros familiares pode impactar na saúde de todo o núcleo, é de extrema relevância rastrear o histórico psiquiátrico familiar.

Uma pesquisa conduzida na Coreia do Sul revelou significativa relação entre sintomas depressivos parentais e a ideação suicida dos filhos: o estresse e os sintomas depressivos foram os principais fatores de risco, de modo que, quando um dos pais apresentava ideação suicida, os filhos possuíam duas vezes mais chances de a desenvolverem.⁽²⁶⁾

Além disso, 46,2% das participantes referiram histórico de morte recente ou relevante na família, o que configura um evento estressante não só ao adolescente, mas a todos os membros da família. A perda é um fator comumente considerado negativo ao comportamento suicida por adolescentes.⁽¹²⁾

Acredita-se que a escola tenha papel importante no dia-a-dia de adolescentes, sendo muitas vezes o único lugar de interação social. Todos os participantes eram estudantes e, dentre os que apontaram a escola como um dos sistemas que compõem sua rotina, a maioria citou vínculo fraco, o que se mostra preocupante, visto que esta pode ser representada como local oportuno para amizades, realização de atividades físicas e desenvolvimento pessoal, cognitivo e pedagógico.

Na presente investigação, *bullying* foi relatado por 30,77% dos participantes pediátricos e 15,38% sofreu agressão física na escola. A escola deve ser uma comunidade onde todos devem se sentir pertencentes e seguros, sentimento que também protege as pessoas contra o comportamento suicida.⁽²⁷⁾ Em uma amostra de 674 estudantes em Teresina/Piauí, houve maior relato de ideação suicida entre estudantes que sofreram violência física e foi três vezes mais prevalente entre estudantes que sofreram violência sexual.⁽¹⁶⁾

A religiosidade pode ser um fator protetor para o comportamento suicida entre adolescentes e 61,54% desta amostra eram praticantes de alguma religião. O

envolvimento com a prática religiosa pode oferecer suporte, adoção de estilos de vida saudáveis, motivação e orientação em momentos difíceis.^(1,28) Em outra amostra brasileira que compôs estudo com o objetivo de analisar prevalência e fatores associados de ideação suicida entre adolescentes, foi constatado que as maiores prevalências de comportamento suicida estavam entre os estudantes sem religião.⁽¹⁶⁾

Constatou-se uma parcela de participantes que possuíam animais de estimação. Estes podem desempenhar um papel importante na saúde mental dos indivíduos e o bem-estar que proporcionam é evidenciado na literatura. Ainda que não sejam diretamente responsáveis por nenhum processo de cura, sua presença no ambiente familiar representa influência positiva durante o comportamento suicida e está associada à redução de ações autolesivas.⁽²⁹⁾

É extremamente relevante ressaltar que 8,33% da amostra afirmaram contar com os serviços de saúde em sua rede de apoio, o que configura um grande desafio às equipes de saúde, principalmente na atenção primária à saúde (APS). A literatura aponta a necessidade do atendimento aos indivíduos com comportamento suicida ser integral e com atenção aos aspectos biopsicossociais, compreendendo-o enquanto parte de um grupo social.⁽³⁰⁾

Nesse âmbito, também podemos destacar o modelo de Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF), onde os cuidados fornecem amparo à família e os incluem como parte integrante nas tomadas de decisão e assistência à saúde. O envolvimento ajuda a entender as necessidades e contexto em que a família está inserida, estabelecendo uma relação de confiança, respeito e parceria.

Como limitação do estudo, destacamos que encontramos adicionais para tornar o genograma e o ecomapa mais completos, trazendo mais dados sobre aspectos relacionais e de saúde mental dos pais dos adolescentes. Como o genograma e o ecomapa não fazem parte da rotina do cuidado a essas famílias e foram elaborados estritamente para a finalidade da pesquisa, foram construídos em um único encontro e, por vezes, são necessárias novas oportunidades para que as famílias possam se abrir para relatar mais informações sobre a sua dinâmica. Diante disso, alguns dados foram caracterizados como “desconhecidos” por esse motivo ou pelo fato de a mãe não saber relatar, no momento, algumas informações. Ademais, tanto o genograma como o ecomapa foram construídos manualmente, o

que, embora eficaz para a assistência, demandou tempo e recurso de pessoas e espaço físico no ambulatório. A adoção de um software específico poderia otimizar sua elaboração para pesquisas, além de facilitar sua utilização em publicações e atividades acadêmicas.

Com base no perfil encontrado, destacamos alguns pontos para as estratégias de prevenção de suicídio nesta população: acesso aos serviços de saúde diante de suspeita de adoecimento mental ou comportamento suicida, promoção da equidade de gênero, orientação quanto ao uso de álcool e drogas, estímulo da não-violência, bom relacionamento nas escolas e educação sexual. De modo geral, ressalta-se a potencialidade e a responsabilidade das equipes multiprofissionais, inclusive da APS, para notificar adequadamente a violência autoprovocada. Dados mais fidedignos nos amparam para qualificar nossas ações e pressionar o poder público para o investimento em políticas públicas relacionadas ao tema.

Ressalta-se que, durante a coleta de dados, estabeleceu-se um espaço para acolhimento e escuta terapêutica para os adolescentes e familiares, surgindo diversas demandas multissetoriais e multidisciplinares que puderam ser encaminhadas para outros serviços.

Conclusão

O perfil sociodemográfico das famílias de adolescentes com comportamento suicida caracterizou-se por mães, metade sem companheiro ou alguém que se responsabilizasse pelo cuidado dos filhos. A igreja foi indicada como única fonte de suporte social e esta de rede suporte, com recursos restritos, se configura como um desafio às equipes de cuidado profissional, sobretudo no âmbito da atenção primária à saúde (APS). O perfil de saúde dos familiares indicou a presença de transtornos mentais e comportamento suicida nos históricos familiares. A maior parte das mães possui problemas de saúde. Já o perfil dos adolescentes, indicou que a metade deles realizou uma tentativa de suicídio e colocou sua vida em risco.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

lógico – CNPq, por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal de São Paulo (processos nº 126814/2019-8 e nº144116/2020-0).

Contribuições

Fonseca RA, Corrêa LB, Caetano SC, Asevedo EM, Cruz AC e Silva L contribuíram com a concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

- Cardoso AS, Cecconello AM. Fatores de risco e proteção para o suicídio na adolescência: uma revisão de literatura. *Revista Perspectiva: Ciência e Saúde*. 2019; 4(2):101-17.
- World Health Organization. Suicide in the world: Global health estimates. World Health Organization .2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>
- Marcolan JF, Silva DA. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. *Revista M Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*. 2019; 4(7): 31–44. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.31-44>
- Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Estado do Rio Grande do Sul. Comissão da Criança e do/a Adolescente. Guia Intersetorial de Prevenção do Comportamento Suicida em Crianças e Adolescentes. 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201911/13155144-guia-intersetorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf>
- Jaen-Varas D, Mari JJ, Asevedo E, Borschmann R, Diniz E, Ziebold C, et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Braz J Psychiatry [Internet]*. 2019; 41(5):389-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223>
- Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico*. 2017. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
- Silva L. Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2019; 32(3):III-IVI. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900033>
- Tabares MM, Villa SR, Rendón SV. Relaciones parentofiliales en la infancia. *Prevención del comportamiento suicida*. Poésis. 2019; 36:147–63. Disponível em: <https://doi.org/10.21501/16920945.3195>
- Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2019; 29(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>
- Bhering NBV, Aquino MLA, Duarte AM, Vilela BP, Chiuso D, Lopes FM de M, et al. Análise dos fatores de risco relacionados ao comportamento suicida em crianças e adolescentes. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020; 3(4):10861–75. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-343>
- Fu M, Xue Y, Zhou W, Yuan TF. Parental absence predicts suicide ideation through emotional disorders. *PLOS ONE*. 2017; 12(12):e0188823. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188823>
- Kennebeck S, Bonin L. Suicidal behavior in children and adolescents: epidemiology and risk factors. *UpToDate*. 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-behavior-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-risk-factors>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. *Boletim Epidemiológico*. 2019; 50(24): 1-14. Disponível em: <https://www.ifen.com.br/site/files/198/Nucleo-Especifico---Atuacao-Clinica-Situacoes-Suicidio/247/BE-suic--dio-24-final.pdf>
- World Health Organization. Adolescent health. Genebra. 2009. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4.ed. São Paulo: Roca, 2008.
- Sousa CM de S, Mascarenhas MDM, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Miranda CES, Frota K de MG. Suicidal ideation and associated factors among high school adolescents. *Rev saúde pública*. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001637>
- Sousa GS de, Santos MSP dos, Silva ATP da, Perrelli JGA, Sougey EB. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(9):3099-110. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.14582017>
- Milner A, Scovelle AJ, Hewitt B, Maheen H, Ruppanner L, King TL. Shifts in gender equality and suicide: a panel study of changes over time in 87 countries. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 276:495–500. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.105>
- Araujo G de, Ramos M, Zaleski T, Rozin L, Sanches L da C. Determinantes da violência sexual infantil no estado do Paraná - Brasil. *Espac. Saude*. 2021; 20(2):42-54. Disponível em: <https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n2p42>
- Borsa JC, Nunes MLT. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicologia Argumento*. 2017; 29(64). Disponível em: <https://doi.org/10.7213/rpa.v29i64.19835>
- Silva JB, Soares CCD, Silva PM de C, Azevedo EB de, Saraiva AM, Filha M de OF. “Padecendo no paraíso”: as dificuldades encontradas pelas mães no cuidado à criança com sofrimento mental. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2015; 17(3). Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i3.25362>
- Basoni A, Siqueira AC, Silva AL de A. As famílias monoparentais femininas: um estudo sobre o nível de ansiedade e depressão. *Revista FAROL*. 2021; 12(12):117-31. Disponível em: <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/327/217>
- Nunes F, Mota CP. Vinculação aos pais, competências sociais e ideação suicida em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2017; 69(3):52-65. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000300005&lng=pt
- Santos D da S, Angonese AS. O impacto da figura paterna no desenvolvimento emocional e da personalidade dos filhos. *Unesc & Ciência – ACBS*. 2016; 7(1):97–104. Disponível em: <https://periodicos.unesc.edu.br/acbs/article/view/10066>
- Tostes JP, Cunha LR da, Chaves ACM, Gandra ALS, Campos AMFS, Machado MCL. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes atendidos por comportamento suicida em um serviço de urgência em psiquiatria da infância e adolescência de Belo Horizonte. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*. 2019; 3(2):23–9. Disponível em: <https://revista.fcmmg.br/index.php/RICM/article/view/82>
- Chae W, Park E-C, Jang S-I. Suicidal ideation from parents to their children: An association between parent's suicidal ideation and their children's suicidal ideation in South Korea. *Comprehensive Psychiatry*. 2020; 101:152181. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2020.152181>
- Olcofi K, Kim Y, Gulbas LE. Sense of Belonging and Youth Suicidal Behaviors: What Do Communities and Schools Have to Do with It? *Social Work in Public Health*. 2017; 32(7):432–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/19371918.2017.1344602>
- Gomes CFM, Silva DA da. Aspectos epidemiológicos do comportamento suicida em estudantes universitários. *Research, Society and Development*. 2020; 9(5):e38953106. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3106>
- Love HA. Best Friends Come in All Breeds: The Role of Pets in Suicidality. *Anthrozoös*. 2021; 34(2):175–86. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08927936.2021.1885144>
- Motta CCL da, Moré CLOO, Nunes CHS da S. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. *Ciênc saúde coletiva*. 2017; 22:911–20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.27982015>