

Eventos de risco associados ao comportamento suicida

Daniel Augusto da Silva¹ , João Fernando Marcolan¹ 

RESUMO

Objetivo: Analisar eventos de risco associados ao comportamento suicida em indivíduos atendidos em emergência geral. **Métodos:** Pesquisa exploratória, descritiva, abordagem qualitativa. Coleta de dados entre dezembro de 2017 e novembro de 2019, com pessoas que tentaram o suicídio, por meio de entrevista com questionário semiestruturado. Dados analisados com Análise de Conteúdo temático. **Resultados:** Entrevistados 113 participantes, 86 (76,1%) do sexo feminino, 57 (50,4%) na faixa etária entre 18 e 30 anos, 103 (91,2%) heterossexuais, 49 (43,4%) solteiros. Conforme a análise dos dados, o conteúdo foi agrupado em uma categoria com quatro unidades temáticas que deram ênfase às relações familiares traumáticas, presença de histórico de experiências traumáticas para além da família, condições socioeconômicas e comportamento impulsivo e a percepção de inexistência de fatores de proteção. Sabe-se que no comportamento suicida há interferência das relações com familiares, com amigos e com outras pessoas com as quais haja relacionamento afetivo importante, de forma que o bom vínculo familiar assume papel de proteção ao comportamento suicida, enquanto vínculos familiares conflituosos são potenciais fatores de risco. **Considerações finais:** Resultados revelaram a experiência da multiplicidade de eventos que influenciaram a decisão pelo suicídio, ênfase para relações afetivas e familiares prejudicadas e experiências traumáticas.

Descritores: Suicídio, Tentativa de suicídio, Fatores de risco, Associação, Pesquisa qualitativa.

INTRODUÇÃO

É devastador e de longo alcance, podendo durar muito tempo após o acontecimento, o impacto do suicídio sobre as famílias, amigos e comunidades. Estima-se que 804.000 pessoas morreram por suicídio em todo o mundo, no ano de 2016, com taxa mundial de mortalidade por suicídio de 10,6 por 100 mil habitantes¹.

Cerca de três mil pessoas se suicidam por dia e 60 mil tentam, mas não conseguem, quantitativo este que representa quase 50% do total de mortes violentas, porém, uma vez que o suicídio é um problema delicado, e até mesmo ilegal em alguns países, é muito provável que seja sub-relatado².

Não há uma simples razão ou causa que explique como ocorre o suicídio, pois a ocorrência do mesmo é decorrente de complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e relativos ao meio ambiente. Logo, o suicídio necessita de compreensão multidimensional. Pode-se então afirmar que, o

suicídio é causado pelo elo final de uma cadeia de fatores, que serão variados a cada indivíduo³.

Quanto à complexidade dos comportamentos suicidas, são vários os fatores que contribuem e vários caminhos podem ser percorridos levando ao suicídio, além de existir série de ações para a sua prevenção. Geralmente, o suicídio não ocorre por causa única ou único estressor, entretanto, cumulativamente, vários fatores de risco proporcionam maior vulnerabilidade do indivíduo ao comportamento suicida².

Contudo, mesmo nessa situação de variação significativa de fatores e situações de risco para o comportamento suicida, existem aqueles que frequentemente estão associados a ocorrência do mesmo, e a base para qualquer resposta eficaz na prevenção do suicídio é a identificação desses fatores de risco, que propiciam intervenções apropriadas²⁻⁴.

A Organização Mundial da Saúde apresenta três categorias para os fatores de risco para o suicídio: os fatores sociodemográficos, que contém o sexo masculino, faixa etária entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos, estratos

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



econômicos extremos, solteiros ou separados, migrante, isolamento social, residentes em áreas urbanas, desempregados; os fatores psiquiátricos, que citam depressão, o transtorno bipolar, a esquizofrenia e o transtorno de ansiedade; e os fatores psicológicos, que apontam para perda recente, as datas importantes e a personalidade com traços de impulsividade e agressividade⁵.

Neste contexto, esta pesquisa tem por objetivo analisar os eventos de risco associados ao comportamento suicida em indivíduos atendidos em emergência geral.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, norteada pela ferramenta COREQ⁷ da rede Equator, realizada no período de dezembro de 2017 a novembro de 2019, em uma Unidade de Pronto Atendimento de cidade do centro-oeste do estado de São Paulo.

Cenário do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Pronto Atendimento, componente da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde. É nesta unidade de saúde onde se realiza atendimentos de urgência e emergência psiquiátrica, incluindo as tentativas de suicídio, no município de Assis/SP.

Fonte de dados

A pesquisa foi realizada com indivíduos que apresentaram tentativa de suicídio e compreendeu os que estiveram em atendimento na Unidade de Pronto Atendimento do município de Assis/SP.

Foram entrevistados 113 pacientes que se conseguiu abordar, que caracteriza uma amostra não probabilística aleatória por conveniência, e todos aceitaram participar da pesquisa dentre os que deram entrada para atendimento na Unidade de Pronto Atendimento, durante o período proposto para coleta dos dados assinalado acima.

Foram incluídos os que estavam em atendimento de saúde, devido tentativa de suicídio, com condições

cognitivas para participar da entrevista e maiores de 14 anos, sendo que os pacientes com idade a partir de 14 até 18 anos incompletos somente participaram com autorização também do responsável. A avaliação da condição cognitiva foi realizada pelo pesquisador por meio de entrevista com análise da atenção, concentração, memória, julgamento, raciocínio e compreensão, com objetivo de busca de alteração do estado de consciência lúcida a impossibilitar a participação; foi embasada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Como critério de não inclusão, adotou-se a situação de o paciente ter recebido alta hospitalar antes do pesquisador chegar à unidade e convidá-lo para participação na pesquisa.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados se deu por meio de entrevista, realizada pelos autores deste artigo, ambos enfermeiros, pós-graduados, com expertise na temática do comportamento suicida, com utilização de questionário semiestruturado elaborado pelos autores. As entrevistas ocorreram em ambiente privativo, de forma que manteve a privacidade das informações fornecidas pelos participantes. No intuito de proporcionar fluidez à entrevista, foi utilizado gravador de voz, com transcrição do conteúdo na íntegra.

O questionário semiestruturado continha informações sociodemográficas: sexo, idade, orientação sexual, cor de pele, estado civil, número de filhos, escolaridade, religião, condição de moradia, fonte de renda, participação em grupos sociais, diagnóstico de patologia física, diagnóstico de transtorno mental e uso de substâncias psicoativas, e informações sobre os eventos que culminaram na tentativa de suicídio, no contexto de vida do participante.

Análises dos dados

Para processamento e análise dos dados qualitativos, empregou-se o referencial metodológico de Análise de Conteúdo, em acordo com os passos propostos por Bardin, trabalhando a fala, especificamente a prática da língua, procurando conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais expressa, num momento determinado. É a busca de outras realidades por meio das mensagens. Três polos cronológicos norteiam as diferentes fases da análise de conteúdo: a pré-análise; a exploração

do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação⁸.

Desta forma, as falas foram agrupadas em uma Categoria: Eventos de risco para comportamento suicida; com quatro Unidades Temáticas: 1- As relações familiares traumáticas; 2 - O histórico de experiências traumáticas; 3 - As condições socioeconômicas; 4 - O comportamento impulsivo e a percepção de inexistência de fatores de proteção.

Aspectos éticos

As normas que regulamentam a ética em pesquisa com seres humanos, dispostas na Resolução n.º 466/2012⁹ do Conselho Nacional de Saúde, foram asseguradas. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, com parecer n.º 2.314.347, no ano de 2017.

Após a abordagem, identificação do possível participante, explicações sobre a pesquisa, seus objetivos, formas de participação e consentimento na participação, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado em duas vias pelo pesquisador e pelo participante, e posse de uma via para cada.

RESULTADOS

O total de participantes foi de 113 (100,0%), com maioria do sexo feminino 86 (76,1%), na faixa etária entre 18 e 30 anos 57 (50,4%), heterossexuais 103 (91,2%), com cor de pele branca 62 (54,9%), solteiros 49 (43,4%) e com ensino médio 71 (62,8%).

Conforme o referencial metodológico da Análise de Conteúdo, os dados foram agrupados em uma categoria e com quatro unidades temáticas que serão apresentadas a seguir.

Categoria 1 – Eventos de risco para comportamento suicida

Unidade temática 1- As relações familiares traumáticas

Nesta pesquisa, as relações familiares negativas eclodem em brigas, violência familiar,

isolamento e traição. As falas a seguir demonstram esse ambiente familiar:

A família não ajuda em nada. Não ajuda em apoio moral e nem financeiro. Atrapalha. Me sinto muito sozinha. Falo da minha mãe, das minhas irmãs. Moro com meu marido. A gente briga bastante, ele gosta de me bater sabe? Mas quando ele sai eu fico sozinha e me dá desespero (E1).

Não tenho família nenhuma moro sozinha (E3).

É bem difícil, bem complicada. Na verdade, sou solteira, mas tenho um relacionamento, atualmente estou com uma pessoa, mas essa pessoa já foi namorado meu no passado. A gente não deu certo no começo, depois voltamos e deu tudo errado, ele traiu eu com minha filha (E12).

... o meu problema é mais familiar, eu sinto muita indiferença de certas coisas, até que tomo os remédios e tudo (E17).

Meu esposo bebe, me maltrata... ah, eu cuido da minha cunhada, minha cunhada tem problema, me xinga, me maltrata muito. É... Meu filho também é muito bravo. É casado. Está morando dentro de casa. Eu tenho um outro sobrinho que tá com câncer e eu tenho que cuidar... então é muito cansativo pra mim (E21).

É que meus pais foi que desencadeou tudo né? Porque... Eu sou muito apegada a meu pai... meu pai foi aquele cara que sempre traiu minha mãe, e minha mãe naquele relacionamento abusivo desde sempre (E23).

É... A gente tem bastante desavenças, bastante brigas. No geral. (E25).

Eu me afasto de todos... Moro com meu esposo. Meus filhos não, moram com o pai deles, meu primeiro marido (E33).

Muita briga com a mãe e com o marido, que são as causas para o suicídio (E38).

... eu sinto que ninguém gosta de mim. Filho usuário de drogas há 14 anos, marido me traiu com a empregada e casou com ela (E53).

Eu brigo muito com minha mãe (E84).

Eu e minha mãe, a gente não se dá bem. Eu sai de casa com 16 anos. Eu quero estar certa e ela também. A gente não se dava bem, eu quis fugir, sai de casa com 16 anos

pra morar com um ex-namorado meu, não deu certo. Aí me juntei com esse que estou agora, pai do meu filho, e sei lá... Ele me traiu, me fez sofrer muito no começo sabe? Mas, mesmo assim, eu gostava dele e quando você gosta, você não pensa, você perdoa. É como se tudo que tivesse passado lá atrás, como falei pra minha mãe, tem coisas que aconteceram comigo que ela não sabe. Meu vô tentou mexer comigo, o pai dela, e ela não sabe. Só que eu não tenho coragem de contar isso pra ela, ele teve câncer, sofreu muito, e eu perdoei ele. Minha mãe bebia, meu pai bebia, viviam brigando. Meus irmãos eram alcoólatras também, sabe? Acho que aconteceu um monte de coisa (E100).

Com minha filha não está bom não (E112).

Aos conflitos familiares, foi acrescentado o abuso sexual, um evento significativamente frequente na vida dos entrevistados. As falas podem ser consultadas a seguir.

... abuso sexual... e meu pai tava junto, dando apoio. Eu não sabia o que era... Era um senhor, mais velho que meu pai... Meu pai me levou naquele lugar por causa de dinheiro. Eu tinha 14 anos, eu não consigo perdoar meu pai, vivi com essa pessoa até os 33 anos de idade... ele era muito estúpido, muito cruel... Eu não fui casada com ele, eu não fui casada, a gente só morava junto... Meu pai judiava da minha mãe. Eu pedi pra minha mãe pra não ver ela morta, eu falei: "Mãe, vai embora. Eu prefiro ficar sem a senhora, mas saber que a senhora está viva" (E9).

Abuso sexual faz tempo, eu prefiro não falar disso, posso? Porque machuca bastante. Abuso emocional me afeta bastante, é como se a pessoa me julga muito, porque eu sou muito emotiva, me critica, eu que sou errada, e é isso me machuca muito... (E41).

Assédio moral. A família do meu ex-marido vive me perturbando... Violência física de parente, meu tio. Abuso sexual com ele mesmo, eu tinha 13 anos. Na época não fizeram nada. Eu era nova, ele tinha filho pequeno e eu me dava super bem com a mulher dele então, eu ajudava ele a cuidar dos meus primos, aí no dia

que ela saiu, e ficou só eu e meu primo mais velho, meu primo dormiu e ele veio pra cima de mim (muito choro). Eu não suporto olhar na cara dele... (E42).

Na casa da minha mãe a gente passou fome. Processo judicial estou tendo por causa da minha ex-mulher. Abuso sexual, por um homem quando eu era pequeno, depois de uns anos, agora, eu resolvi falar com minha mãe. Acho que a única coisa que me afetou foi isso... fico lembrando. Maus tratos sim, do marido da minha mãe, sempre envolve briga (E45).

Abuso sexual aos cinco, aos seis, aos 13 anos, por pessoas diferentes. Foram homens, morava perto, era da família, pessoa bem próxima. Cada vez um. Um foi um primo de segundo grau. nunca falei nada pra ninguém. Mas na época eu não entendia direito. isso me afetou. Teve maus tratos pelo meu padrasto. Na época ele... eu acredito que ele abusava sexualmente da minha irmã. Enquanto ele ia transar com ela na sala, ele me batia e me colocava de castigo no quarto. Isso ficou bem exposto quando ela ficou grávida e fugiu com ele. Mas minha mãe está de volta com ele... aos cinco anos eu passei a conviver com uma série de tipos de violência diferente (E65).

Bullying. Eu era bem baixinho, e todo mundo me batia... Eu tinha um padrasto que batia na minha mãe, transava com o cachorro, com homens, isso em casa. Já vi isso. Minha mãe, depois de um tempo, ela separou dele. Tive problema judicial com tráfico de drogas. Fui preso por dois meses... Abuso sexual sim, quando eu era criança. Nós morávamos na mesma rua. Foram várias vezes, não sei dizer. Eu tinha uns oito anos... ah, com certeza isso me afetou. Ninguém sabe disso até hoje. Nunca mais vi esse cara... (E76).

Unidade temática 2 - O histórico de experiências traumáticas

A grande maioria dos participantes vivenciaram múltiplas experiências de situações traumáticas. A presença de violência física, psicológica e sexual, para além da vida familiar foi citada como marcante para os entrevistados. As falas estão a seguir.

Sofri bullying com exposição de imagem, com 15 anos na escola. Fui agredida, filmaram, e viralizou, e me afeta ainda (E11).

Bullying e violência física. Bullying na escola, mas eu sempre enfrentei isso na brincadeira, mas isso foi me afetando bastante, foi ficando forte (E15).

... assédio sexual, eu tinha 13 anos, um rapaz me abusou, tentou só, eu fugi. Todo mundo me zuava, os vizinhos. Acho que me afetou um pouco. Processo judicial tenho por desacato. Problema no trabalho, vários. Cidade pequena, todo mundo sabia e apontava: "aquele ali foi abusado". Na minha cabeça é vingança (E20).

Bullying a vida toda, por excesso de peso. Eu sempre me senti inferior às outras pessoas, às outras crianças... Tinha umas amigas, mas, as que você achava que eram amigas, você descobre que elas falavam também... E sempre foi a luta com a balança, sabe? Ou do cabelo duro. Sempre teve... isso me... a noite me prejudicava. Eu dormi muitas vezes chorando por isso. Hoje ainda me afeta sim, com certeza (choro). Problema financeiro tive. Passei fome na infância. Na época que meu pai ficou desempregado, a gente pedia dinheiro pros outros pra comer. isso também afeta, né? Não esquece... Minha mãe é falecida, faz quatro anos, e meu pivô tá aí. Meu pai é vivo e já está em outra família, sabe? Meu "B.O." maior começou aí, depois que minha mãe faleceu... tudo era minha mãe, e meu pior problema é esse, porque era o chão, era tudo minha mãe... e eu não consigo desprender. É o que mais me prejudica (choro) (E48).

Bullying na escola, na rua, por causa do meu nome, cabelo cumprido, alta, magrela. Problema financeiro sempre tive. Assédio moral, todo dia passo por isso. Um monte de gente fala que não sirvo pra nada. As pessoas não percebem, mas isso machuca (E62).

Bullying eu fui, mas não tinha esse nome. Me afetou. Eu fui expulso da escola... Eu sempre fui uma pessoa equilibrada e desequilibrada (faço questão que você coloque isso aí). Quando alguém me ofendia, eu não me importava quantos iam me esperar lá fora, pouco me importava. o que importava pra mim

era acertar o primeiro. Problema no trabalho já tive bastante, tendo em vista... uma parte me afeta, o alcoolismo foi em grande parte por conta do trabalho. (E64).

Abuso sexual, eu trabalhava com um cara lá, ele me pegou a força e estuprou eu, eu não gostei não. Ninguém viu. Eu me senti rebaixado, sabe? Triste (E74).

Abuso sexual sim. Eu estava dormindo, mexeram lá embaixo de mim. Não gosto de falar sobre isso. Perdi as contas. Quantas pessoas abusaram de mim? Bastante. Não quero falar (choro) (E78).

Bullying, abuso sexual e emocional... não quero falar. Eu era pequena (muito choro) (E81).

Bullying tive porque eu era magro. Problema financeiro tem em casa. Minha mãe se prostituiu pra cuidar da gente. Problema no trabalho, peguei dinheiro uma vez, fiquei com medo, o cara brigou comigo. Violência física teve, estupro também (E84).

Bullying na escola. Tinha dois moleques grandões que me esperavam na porta da escola e me batiam, batiam na minha cabeça... Problema financeiro, faltava dinheiro para pagar as contas, não tinha para comer comida, passava até fome às vezes... (E111).

Unidade temática 3 – As condições socioeconômicas

As condições socioeconômicas, com mudança no poder econômico, foram eventos associados ao comportamento suicida. Nesta pesquisa, 47 (41,6%) participantes afirmaram a vivência da situação de alteração negativa do poder econômico, como podemos ver nas transcrições a seguir:

Atrapalha um pouco, porque eu sou dependente e não gosto de pedir nada pra ninguém. Sinto coisa ruim (E1).

Bastante. Trabalhei no mercado e oficina. Ganhava bem, perdi o emprego (E4).

Com tratamento psiquiátrico, estava em afastamento pelo INSS e recebia. Depois foi cortado benefício pelo INSS, mas não consegui voltar ao serviço. Estou sem receber nada.

O sustento do lar é pelo salário dos outros membros da família (E13).

Mudou muito. Depois da morte dos meus pais mudou muito, questão de tudo, tudo, tudo (E17).

Bem representativo. Quatro anos de dificuldade (E19).

Por conta do desemprego. Faz falta. E como... (E25).

Perdi uns 100 mil. Tinha muito dinheiro, perdi tudo. Não tem um carro. Perdeu tudo. Negócio deu tudo errado. Tudo na droga, e os urubus vieram e cataram também (E34).

Perdi alguns bens materiais. Está um pouco difícil (E47).

Perdi tudo... Perdi meu trabalho (E49).

Perdi o carro, meu marido perdeu o serviço. A gente está morando de aluguel (E62).

Na verdade, eu nunca tive muito, só que eu perdi (E76).

Eu ganhava bem, podia comprar o que queria, fazer o que queria, mas agora não tenho mais isso. Não tenho nenhuma renda (E94).

Faz tempo... estou com muitos problemas e não consigo resolver (E105).

Fui roubada quando era casada. Roubaram todas as minhas coisas (E110).

queria mais, que não confiava mais em mim, eu peguei e falei: "Tá bom, então pra que que eu vou viver?" (E43).

Não. Foi uma discussão e começaram a zoar a minha cara, eu falei: "É agora!" (E83).

Não. Me deu na cabeça, vontade de ir lá, tomar remédio, e eu tomei. Eu não queria viver mais... (E94).

Outra forma de risco é a inexistência da percepção da proteção ao comportamento suicida. As falas a seguir expõem um ambiente de rigidez de pensamento que dificulta e até impede a notar algo que possa o proteger.

Nada, nada me segura a não fazer isso. E ainda não me saiu da minha cabeça, ainda tenho na minha cabeça. Se chegar a ponto de eu não aguentar mais, provavelmente vou tentar de novo (E11).

Nada pode me proteger, eu vou me matar (E69).

Não tem nada, porque muita gente se afastou. Muita gente que eu era ligado se afastou. Nem fé eu tenho. Há uns 5 anos, por opção, não tenho fé em nada (E76).

Não tem nada (E97).

Nada me protege (E111).

Unidade temática 4 - O comportamento impulsivo e a percepção de inexistência de fatores de proteção

Para os que não planejaram, percebe-se o comportamento impulsivo na execução da tentativa de suicídio, de forma que o pensamento sobre o suicídio como possibilidade resultou na tentativa de suicídio em curto espaço de tempo. A seguir os discursos expressam essa matéria.

Não planejei, foi na hora, foi do nada (E6).

Não. Eu falei: "Vou fazer". Fui e fiz (E13).

Nada, foi na hora, espontâneo (E14).

Não, não. Foi tudo do momento (E25).

Não. Fiquei muito triste e fui lá. Foi do momento (E34).

Não. Nunca quis isso na minha vida (E37).

Não planejei. Meu namorado começou a mandar um monte de mensagem, que não

DISCUSSÃO

Sabe-se que no comportamento suicida há interferência das relações com familiares, com amigos e com outras pessoas com as quais haja relacionamento afetivo importante, de forma que o bom vínculo familiar assume papel de proteção ao comportamento suicida, enquanto vínculos familiares conflituosos são potenciais fatores de risco^{2,9}.

A família, compreendidas as alterações estruturais e funcionais ocorridas nos últimos anos, mantém a característica de ser a principal base de segurança e bem-estar de seus membros, de forma que pode ser definida como um grupo social especial, no qual a intimidade, a afetividade e a intergeracionalidade sustentam os vínculos¹⁰.

É no ambiente familiar que se concebe relações profundas e duradouras, que integram comunicação positiva, regras coerentes e flexíveis, liderança democrática, autoestima e preservação da individualidade de seus membros, de forma que,

a partir dessas relações, ocorre o desenvolvimento saudável dos seus membros e o aprendizado para conviver em grupos, com vistas à interação social e manutenção da integridade física e psicológica. É nesse contexto que a família é classificada como um sistema de suporte¹¹.

Entretanto, é importante observar a ambiguidade da posição da família como fator de risco e fator de proteção ao suicídio. Sabe-se que no comportamento suicida há interferência das relações com familiares, com amigos e com outras pessoas com as quais haja relacionamento afetivo importante, de forma que o bom vínculo familiar assume papel de proteção ao comportamento suicida, enquanto vínculos familiares conflituosos são potenciais fatores de risco^{2,9}.

Em outras palavras, se por um lado a família é entendida como fator protetivo ao comportamento suicida, por outro, quando as relações familiares são desajustadas e não saudáveis, ela assume posição de fator de risco. A falta de apoio familiar, com precariedade das relações sociais, torna o ambiente familiar desagradável e intolerável¹².

Com destaque às relações entre os membros da família e a estrutura familiar, verifica-se a associação em relação ao comportamento suicida. Na percepção negativa destas variáveis, há vulnerabilidade relacionada ao suporte social, que, quando escasso, pode exacerbar comportamentos de risco nas atividades diárias¹³.

Relacionamentos familiares desajustados e conflitantes são descritos como constituídos por dificuldades de relacionamento e de comunicação, ausência de afeto e falta de apoio. É uma situação promotora do comportamento suicida em adolescentes, jovens e idosos, que passam a vivenciar o deslocamento e sensação de não pertencimento ao contexto familiar¹⁴.

Essa situação foi observada em pesquisa realizada com adolescentes, de forma que, quando expostos a um ambiente de baixa coesão e desestruturação familiar, caracterizado por incapacidade de desenvolvimento da promoção de apoio e sustentação emocional, notou-se incremento ao comportamento suicida¹³.

Em complemento ao cuidado com adolescentes e jovens, deve-se salientar que a proximidade dos pais e filhos, com comunicação aberta e frequentemente presente, e promoção da formação educativa, incluindo ações de proteção, determinação de

obrigações e controle do comportamento assumem papel preventivo ao comportamento suicida, pois resultam em crescimento e amadurecimento saudável e responsável. Na outra ponta, há prejuízos nesse crescimento e desenvolvimento de adolescentes e jovens que vivem em ambiente de negligência de cuidado pelos pais, com excedida permissividade¹⁵⁻¹⁶.

Aos idosos, a sensação de não pertencimento, perda de autonomia e de identidade, geradas por tentativas recorrentes de controlar suas ações e comportamentos por parte dos filhos, são narrativas frequentes associadas aos conflitos familiares e consequente desenvolvimento do comportamento suicida¹⁷.

Neste ponto, é importante ressaltar que ao analisar o comportamento familiar e suas relações, produto do vínculo funcional ou disfuncional entre os membros, em nada se relaciona a inexistência de problemas pessoais ou coletivos ou existência exclusiva de situações agradáveis ou ambas, pois seria utopia, mas o ponto-chave está contido na capacidade de entendimento, reação e enfrentamento das situações vividas¹⁸.

São perceptíveis os efeitos patológicos causados nas estruturas psíquicas dos indivíduos que convivem com vínculos disfuncionais, pela forma negativa, com intensidade para influenciar a manifestação de sentimentos negativos como respostas aos eventos, considerados traumáticos em suas vidas, com vistas à ocorrência desses eventos em qualquer tempo componente dos ciclos vitais: infantil, jovem adulto e idoso¹⁹.

A reação frente a um evento traumático é marcada pelas sensações de incapacidade e impossibilidade para resolução e superação do mesmo, de forma que se torna uma perturbação ao indivíduo. Outras características marcantes são as experiências de morte ou perigo de morte e risco para a integridade física, seja do próprio indivíduo, seja de outros, desde que a situação tenha envolvido medo, horror e impotência²⁰.

Entre os eventos traumáticos associados ao comportamento suicida, um estudo realizado em Porto Rico elencou a violência psicológica, os maus tratos físicos e a agressão sexual como eventos com maior ocorrência em estudantes universitários com histórico de comportamento suicida, quando comparados a amostra total. Destaca-se que um quinto desses eventos se referia à violência

doméstica, portanto ocorrida no âmbito da residência pessoal e realizada por familiares²¹.

A violência sexual também foi uma experiência frequente apontada pelos entrevistados. É um problema de saúde pública, uma violação de direitos humanos. É compreendida como, a partir da coerção, realiza-se ato ou tentativa do ato sexual, ou comentários não desejáveis contra a sexualidade de uma pessoa²².

A violência sexual é presente e tem associação com o comportamento suicida²³⁻²⁴. Estudo que se dedicou a estimar a prevalência de comportamento sexual de risco e agressão sexual e medir sua associação com o suicídio de adolescentes, revelou que o sexo forçado foi fator de risco para depressão e para o suicídio. Além disso, quanto mais precoce se iniciava a atividade sexual, e a multiplicidade de parceiros, aumentou o risco de desenvolver o comportamento suicida²⁵.

Na infância e adolescência, situações como a negligência, manifestada pela privação de alimentos, roupas, abrigo, proteção, e a realização do abuso sexual são eventos presentes nos históricos de vida de pessoas com comportamento suicida²⁶.

No abuso sexual, muito frequente nas falas dos participantes desta pesquisa, a maior parte dos abusadores foi composta por familiares ou pessoas do círculo dos familiares. A literatura afirma forte associação entre o abuso sexual e o comportamento suicida, em decorrência dos distúrbios psicológicos provocados por esta violência²⁷.

No Brasil, a violência sexual intrafamiliar é uma infeliz realidade. As pessoas que teriam a função social de protetores assumem a posição de violentadores²⁸. Análise epidemiológica com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação revelou que 58,7% das violências sexuais cometidas entre 2011 e 2017 tiveram as residências como local de ocorrência²⁹.

O *bullying* foi citado como evento que influencia para o desenvolvimento do comportamento suicida e cabe destacar que é uma correlação difundida na literatura³⁰.

A relação entre o *bullying* e o comportamento suicida se dá em decorrência dos impactos negativos na saúde mental da vítima, impactos esses que podem desenvolver outros sintomas como dores de cabeça, dores abdominais, diminuição da performance escolar, depressão, ansiedade e absenteísmo escolar. Além do comportamento suicida, vítimas de *bullying*

tendem a apresentar outros comportamentos de risco à saúde, como a relação sexual descuidada e desprotegida e o uso de tabaco³¹.

Além das experiências traumáticas, o desemprego, condição observada entre os participantes, pode ocasionar pobreza, diminuição do nível social, dificuldades domésticas e desesperança, e desta forma é fortemente associado ao suicídio. De acordo a Organização Mundial da Saúde, taxas de desemprego e taxas de suicídio perfazem complexa associação³².

Também, nota-se a mudança do *status* econômico que é apresentada como fator de risco para o comportamento suicida de forma significativa, como integrante da multifatorialidade para o mesmo³³.

A essa situação de dificuldade financeira atrela-se a sensação de falta de controle do ambiente no qual se vive e a impotência para mudar a própria realidade. É marcada pela interferência, e até interrupção, da realização de projetos de vida³⁴.

Na sensação de falta de controle do ambiente no qual se vive, que contribuem para a vulnerabilidade psicológica para o comportamento suicida, cita-se a impulsividade/agressividade, uma situação caracterizada pela perda de controle comportamental, de forma espontânea ou reacional, frente a uma situação controversa³⁵.

Dessa forma, há a correlação entre a impulsividade e o comportamento suicida, no sentido de que, no comportamento impulsivo, a possibilidade de reação de autoextermínio frente ao desespero pelo sofrimento vivido, aliado a desesperança e o desamparo, é real².

A vulnerabilidade para o desenvolvimento do comportamento impulsivo e autolesivo pode estar relacionada à fragilidade, e até ausência, de habilidades para lidar com situações desconhecidas. Nesta falta de habilidade, adiciona-se a incapacidade de analisar e planejar as consequências dos seus atos. Com a experimentação de sensação de alívio, mesmo que momentâneo, pela ação da autolesão, a probabilidade da ação impulsiva com a auto lesão é alta³⁶.

Nesta conjuntura, a ação impulsiva é observada na ocorrência de situações do momento, como os conflitos interpessoais, de forma que a raiva frente ao momento vivido gera a reação impulsiva e agressiva³⁷.

Ainda, destacamos o grau de envolvimento com o comportamento suicida a ponto de a desesperança

dominar os pensamentos e não permite enxergar a possibilidade de resolução da situação causadora de sofrimento, situação essa percebida pela declaração dos participantes sobre a ausência de fatores de proteção ao comportamento suicida.

Destacamos que 15 participantes afirmaram não existir proteção ao comportamento suicida, fato que remete a agudização e pensamentos rígidos, além de planos futuros para o suicídio, e 21 não souberam identificar o que os protege deste comportamento.

Ao considerar a potencialidade de prevenção ao suicídio por parte dos fatores de proteção, deve-se empregar ações que melhorem e sustentem esses fatores, todavia, ao considerar a afirmação de alguns participantes desta pesquisa sobre a inexistência de fatores de proteção, e a dificuldade de identificar algum fator protetor, vivencia-se um quadro de risco de morte por suicídio, pela ausência de ajuda frente a situações difíceis de serem enfrentadas e suportadas³⁸.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Esta pesquisa se limita pelo recorte geográfico, que descreve uma situação local do comportamento suicida em um município de uma respectiva região administrativa do estado de São Paulo, impossibilitada a generalização dos dados apresentados.

Outra limitação encontrada se refere ao formato de coleta dos dados, de forma a atender os requisitos éticos aos participantes da pesquisa, que dificultaram a abordagem e entrevista da totalidade das pessoas atendidas por tentativa de suicídio no período de realização da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As entrevistas revelaram a experiência da multiplicidade de eventos apontados pelos participantes como influenciadores à decisão pelo suicídio. É importante salientar a frequência da vivência de situações como as relações afetivas e familiares prejudicadas e o histórico de experiências traumáticas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2019 [cited 2020 Nov 18]. 120 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324835>
2. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO; 2014 [cited 2020 Nov 18]. 92 p. Available from: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1
3. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO; 2002 [cited 2020 Nov 18]. 169 p. Available from: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
4. Teng CT, Pampanelli MB. O suicídio no contexto psiquiátrico. *Revista Brasileira de Psicologia*. 2015; 2(1): 42-51.
5. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002 [cited 2020 Nov 18]. 372 p. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf?ua=1
6. Ministério da Saúde (BR). Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*: 2012 [cited 2020 Nov 18] Dez 12. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
7. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6): 349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042Coreq>
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 7a ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
9. Oliveira FBS, Melo KCF, Aoyama EA, Lima RN. Suicídio na velhice como um fenômeno cada vez mais crescente e preocupante. *ReBIS [Internet]*. 2019; 1(4): 1-7.
10. Zappe JG, Dapper F. Drogadição na adolescência: família como fator de risco ou proteção. *Revista de Psicologia da IMED*. 2017; 9(1): 140-58. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i1.1616>
11. Souza MS, Baptista MN. Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicol. Argum*. 2008; 26(54): 207-15.
12. Silva RM, Mangas RMN, Figueiredo AEB, Vieira LIES, Sousa GS, Cavalcanti AMTS et al. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2015; 20(6): 1703-10. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.01952015>

13. Veras JLA, Silva TPS, Katz CT. Funcionamento familiar e tentativa de suicídio entre adolescentes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2017; 9(22): 70-82.
14. Fernandes-Eloi J, Lourenço JRC. Suicídio na Velhice – Um Estudo de Revisão Integrativa da Literatura. *CES Psicol* [online]. 2019; 12(1): 80-95. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.1.7>
15. Magnani RM, Staudt ACP. Estilos parentais e suicídio na adolescência: uma reflexão acerca dos fatores de proteção. *Pensando Famílias*. 2018; 22(1): 75-86.
16. Moreno-Carmona ND, Andrade-Palos P, Betancourt-Ocampo D. Fortalezas en adolescentes de Colombia y México que nunca han intentado suicidarse. *Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv*. 2018; 16(2): 797-807. <https://doi.org/10.11600/1692715x.16210>
17. Costa ALS, Souza MLP. Narrativas de familiares sobre o suicídio de idosos em uma metrópole amazônica. *Rev Saude Publica*. 2017; 51: 121. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007059>
18. Krüger LL, Werlang BSG. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*. 2010; 15(1): 59-70. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000100007>
19. Silva RM, Sousa GS, Vieira LJES, Caldas JMP, Minayo MCS. Suicidal ideation and attempt of older women in Northeastern Brazil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018; 71(suppl 2): 755-62. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0413>
20. LeBouthillier D, McMillan K, Thibodeau M, Asmundson G. Types and Number of Traumas Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in PTSD: Findings From a U.S. Nationally Representative Sample. *J Trauma Stress*. 2015; 28(1): 183–190. <https://doi.org/10.1002/jts.22010>
21. Marino-Nieto C, Jiménez-Chafey MI, Caraballo CP. Perfil de estudiantes universitarios/as que han tenido intentos suicidas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 2018; 29(2): 364-75.
22. Delzivo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EBS. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* (Online). 2017; 33(6): e00002716. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002716>
23. Rugema L, Mogren I, Ntaganira J, Krantz G. Traumatic episodes and mental health effects in young men and women in Rwanda, 17 years after the genocide. *BMJ Open*. 2015; 5(6): e006778. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006778>
24. Abreu PD, Santos ZC, Lúcio FPS, Cunha TN, Araújo EC, Santos CB et al. Análise espacial do estupro em adolescentes: características e impactos. *Cogitare enferm*. 2019; 24: e59743. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.59743>
25. Kindrick C, Gathright M, Cisler JM, Messias E. Sadness, suicide, and sexual behavior in Arkansas: results from the youth risk behavior survey 2011. *J Ark Med Soc*. 2013; 110(7): 134-6.
26. Magalhães LS, Andrade SMO. Depressão e comportamento suicida: atenção primária em saúde. *Revista Psicologia e Saúde*. 2019; 11(1): 99-107. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i1.592>
27. Sousa CMS, Mascarenhas MDM, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Miranda CES, Frota KMG. Ideação suicida e fatores associados entre escolares adolescentes. *Rev Saude Publica*. 2020; 54: 33. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001637>
28. Magalhães LS, Andrade SMO. Depressão e comportamento suicida: atenção primária em saúde. *Revista Psicologia e Saúde*. 2019; 11(1): 99-107. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i1.592>
29. Sandoval-Ato R, Vilela-Estrada MA, Mejia CR, Alvarado JC. Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria. *Rev. chil. pediatr*. 2018; 89(2): 208-15. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062018000100209>
30. Fuentes EA, Carvallo PR, Poblete SR. Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. *Rev chil pediatr*. 2020; 91(3): 1-8. <https://doi.org/10.32641/rchped.v91i3.1230>
31. Costa KMR, Miranda CES. Associação entre bullying escolar e suicídio: uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2020; 12(31): 289-304.
32. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS; 2000. Available from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf
33. Tadiello JM, Seixas CE. O perfil epidemiológico dos pacientes com risco suicida acolhidos no serviço de saúde santa maria acolhe. *Rev. Psicol Saúde Debate*. 2020; 6(1): 151-164. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V6N1A11>
34. Santos MSP, Silva TPS, Pires CMC, Ramos PGX, Sougey EB. Identificação de aspectos associados à tentativa de suicídio por envenenamento. *J Bras Psiquiatr*. 2017; 66(4): 197-202. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000171>
35. Baptista MN, Borges A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2015; 22(4): 425-31. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000400010>
36. Pacheco RP, Romanha R. Conduta autolesiva não suicida em pessoas sem psicopatologia: revisão de literatura. *Psicologia – Tubarão*. 2020.
37. Gomes ER, Iglesias A, Constantinidis TC. Revisão integrativa de produções científicas da psicologia sobre comportamento suicida. *Revista Psicologia e Saúde*. 2019; 11(2): 35-53. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.616>

38. Kim J, Lee KS, Kim DJ, Hong SC, Choi KH, Oh Y et al. Characteristic Risk factors associated with planned versus impulsive suicide attempters. Clin Psychopharmacol Neurosci. 2015; 13(3): 308-15. <https://doi.org/10.9758/cpn.2015.13.3.308>
39. World Health Organization. Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura. Geneva: World Health Organization; 2012 Available from: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>

Contribuições específicas de cada autor:

DAS, JFM: Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados;

DAS, JFM: Participação na redação da versão preliminar;

DAS, JFM: Participação na revisão e aprovação da versão final;

DAS, JFM: Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

Financiamento:

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

Declaração de Conflitos de Interesse:

Nada a declarar.

Autor Correspondente:

Daniel Augusto da Silva

daniel.augusto@unifesp.br

Editor:

Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido: 25/05/2022

Aprovado: 27/10/2022
