

# O Comportamento Suicida Na Perspectiva De Familiares De Adolescentes

Suicide From the Perspective Of Family Of Teenager Behavior

La Conducta Suicida Desde La Perspectiva De Familires De Adolescentes

**Igor Sastro Nunes**

**Gabrieli Machado**

Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), Porto Alegre, RS, Brasil.

---

## Resumo:

O presente trabalho buscou compreender como os familiares de adolescente com comportamento suicida atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial da região metropolitana de Porto Alegre/RS lidam com este fenômeno. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem descritiva e exploratória a partir de entrevistas semi-estruturadas. Teve como resultados a compreensão sobre o entendimento dos familiares em relação ao fenômeno do comportamento suicida vem atravessado por fatores culturais, políticos e econômicos, sendo a vigilância do adolescente como principal ferramenta de cuidado e tendo grande produção de sofrimento dos familiares devido a sobrecarga de realizar o cuidado do adolescente. É preciso que os serviços de saúde estejam mais próximos e preparados para acompanhar e atender os familiares de adolescentes com comportamento suicida, orientado e disponibilizando suporte, bem como o fomento de estudos sobre o comportamento suicida na adolescência e o impacto gerado nos familiares.

**Palavras-chave:** Comportamento Suicida; Família; Adolescência.

## Resumen:

El presente trabajo buscó comprender cómo los familiares de adolescentes con comportamiento suicida atendidos en un Centro de Atención Psicossocial de la región metropolitana de Porto Alegre/RS lidian con este fenómeno. Se trata de una investigación cualitativa con enfoque descriptivo y exploratorio basada en entrevistas semiestructuradas. Los resultados fueron la comprensión de que la comprensión de los familiares sobre el fenómeno de la conducta suicida está atravesada por factores culturales, políticos y económicos, la vigilancia del adolescente como principal herramienta de cuidado y un gran desarrollo del sufrimiento familiar por la sobrecarga de realizar el cuidado de los mismos. el niño adolescente Es necesario que los servicios de salud estén más cerca y preparados para acompañar y asistir a los familiares de adolescentes con conducta suicida, orientarlos y brindarles apoyo, así como la promoción de estudios sobre la conducta suicida en la adolescencia y el impacto que genera en los familiares.

**Palabras clave:** Conducta suicida; Familia; Adolescencia.

### **Abstract**

This study sought to understand how family members of teenager with suicidal behavior assisted at a Psychosocial Care Center in the metropolitan region of Porto Alegre/RS deal with this phenomenon. This is a qualitative research with a descriptive and exploratory approach based on semi-structured interviews. The result was the understanding that the understanding of family members about the phenomenon of suicidal behavior has been crossed by cultural, political and economic factors, teenager surveillance as the main care tool and great development of family members' suffering due to the burden of carrying out care. adolescent. It is necessary that health services are closer and prepared to monitor and assist the families of teenager with suicidal behavior, oriented and providing support, as well as the promotion of studies on suicidal behavior in adolescence and the impact it generates on family members

**Keywords:** Suicide Behavior; Family; Teenager.

---

### **Introdução**

O comportamento de risco suicida é um fenômeno complexo, envolvendo também múltiplas questões e dimensões psíquicas, além de relações com os contextos sociais, culturais e reações intrínsecas do próprio indivíduo. O suicídio apresenta-se, na atualidade, como um grave problema de saúde pública, podendo ser definido como um ato decidido e executado pela própria pessoa, de forma

consciente ou inconsciente, usando um meio ou forma que ela acredita ser letal (CASSORLA, 2017).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 800 mil pessoas por ano cometem suicídio, o que significa uma morte a cada 35 segundos no mundo, sendo o Brasil o oitavo país em números absolutos de suicídios, registrando, em média, 11 mil casos por ano (WHO, 2014).

Entre os anos de 2011 a 2015 cerca de 55.650 mil pessoas tiraram a própria vida no Brasil, sendo essa a oitava maior causa entre as mulheres, e a terceira entre os homens (BRASIL, 2017). Sendo a tentativa de suicídio o principal motivo de atendimento psiquiátrico de emergência em adolescentes no Brasil (SCIVOLETTO; BOARATI; TURKIEWICZ, 2010).

O Rio Grande do Sul (RS) tem um número expressivo de suicídios comparado às outras regiões, concentrando-se 23% dos suicídios do Brasil (BRASIL, 2017). Em 2016, foram registrados 1.166 casos de suicídios no estado, que corresponde a uma taxa de 11,0 por 100.000 habitantes (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Entre os jovens de 15 a 29 anos,

o suicídio é a segunda maior causa de morte, Neste período, o comportamento suicida tem crescido significativamente, especialmente a partir dos 15 anos de idade (Brasil, 2016; ABP, 2014; BOTEAGA, 2015).

Fenômenos e comportamentos que podem estar associados são questões de sofrimento psíquico e a hipótese de Transtornos Mentais, reações da própria transição entre a fase da infância para o tornar-se adulto e os sentimentos de se reconhecerem na sociedade e as cobranças familiares e sociais de adequações para a funcionalidade e expectativas do adolescente. Outro ponto que pode estar relacionado são o consumo de substâncias psicoativas e a era digital de comparação que traz o isolamento social, a desconexão com outros, o bullying virtual, além de fatores familiares, culturais e sociais.

Após busca científica na literatura, foi possível confirmar a dificuldade de dados epidemiológicos sobre comportamento suicida em adolescentes. Os documentos envolvendo essa temática, sendo pesquisas acadêmicas ou documentos oficiais do governo, apenas declaram que ao longo do tempo o índice de

comportamento suicida vem aumentando em adolescentes e crianças, não trazendo outras informações específicas do fenômeno para esta faixa etária em estudo, apenas tendo dados envolvendo a juventude, que compreende a faixa etária dos 12 aos 29 anos.

Em função do crescimento desse fenômeno, nos últimos anos, entre adolescentes, faz-se necessário compreender e identificar os fatores de proteção. O suporte familiar como um fator de proteção em casos de comportamento suicida, permite ao jovem ter alguém para contar em situações emergentes de sofrimento.

Segundo Werlang & Botega (2004), fazem parte também do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos mórbidos<sup>1</sup>, as lesões autoprovocadas sem intenção de morte<sup>2</sup>, as tentativas de suicídio<sup>3</sup>, além da ideiação<sup>4</sup> e o plano<sup>5</sup>.

Na adolescência, podem se emergir inúmeros conflitos internos e externos podendo fazer com que se crie um terreno fértil para o sofrimento psíquico, que muitas vezes podem acarretar comportamento autodestrutivo.

Compreendendo a adolescência como a fase da vida entre os 12 aos 18 anos, esta se constrói como um período marcado por diversas mudanças biológicas, psicológicas e sociais, sendo caracterizada pela construção de identidade, mudanças corporais, culturais e de valores (BRASIL, 1990). Corroborando com isso, entende-se que a adolescência se apresenta como uma etapa da vida na qual o sujeito está mais vulnerável ao sofrimento psíquico (BENETTI. et al., 2007). Quando pensamos nos estressores de vida, fatores de riscos como o estar em desenvolvimento e a falta de maturidade emocional estão ligados ao comportamento suicida, os adolescentes têm mais dificuldades de encontrar mecanismos de enfrentamento para lidar com conflitos familiares, conflitos escolares e sociais, pressões externas e sociais, sofrimento psíquico e perdas importantes. (BOTEGA, 2015). Esta pesquisa justificou-se pelo crescente número de jovens com comportamento suicida em atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que pode desafiar o sistema de saúde quanto às possibilidades de cuidado e à

participação da família no mesmo. Segundo Rosa (2011) existe um baixo interesse em se compreender como o cuidado é realizado pelos familiares, sendo assim, se torna tão necessário o estudo de como os familiares lidam com esse fenômeno e as dificuldades que enfrentam no cuidado dos jovens para que enquanto profissionais de saúde possamos auxiliá-los de forma mais efetiva nesse processo.

Considera-se, portanto, que conhecer como a família realiza o cuidado do adolescente com comportamento suicida auxilia na produção de conhecimento, contribuindo para promoção da vida e prevenção de suicídio, tendo em vista o aumento dos índices de suicídio na adolescência e o impacto que isso pode causar na família.

Este estudo teve como objetivo compreender como os familiares lidam com o comportamento suicida dos adolescentes, descrevendo a percepção e vivências dos familiares no que envolve a temática.

### **Aspectos Metodológicos**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritiva, sendo o cenário do estudo um serviço especializado de saúde mental que atende crianças e adolescentes em sofrimento psíquico de um município da região metropolitana de POA/RS.

Participaram do estudo 5 familiares de adolescentes com comportamento suicida, com idade de 12 a 18 anos, que estavam em atendimento assíduo e vinculados ao serviço CAPS. A escolha desse número de participantes levou em conta o tempo disponível para a aplicação e finalização da pesquisa, devido a mesma se constituir como parte da formação da especialização em saúde mental do programa de residência multiprofissional. Não foi necessário a ampliação do número de entrevistados devido ter sido alcançada a saturação dos dados coletados.

A análise das entrevistas foi realizada a partir da análise textual discursiva e interpretação dos dados, por meio da qual foi possível fazer o cruzamento dos dados obtidos pelos diferentes processos da pesquisa ligando com a bibliografia de referência.

**Suicídio Como Um Fato Dentro  
De Casa: A Percepção Das  
Familiares**

Compreender o que a família entende sobre o comportamento suicida pode auxiliar na construção de conhecimento sobre o fenômeno.

O comportamento suicida se constitui a partir de uma gama de pensamentos e comportamentos auto-agressivos cuja intenção é pôr um fim a vida (Werlang & Botega, 2004). Para Cassorla (2021) o suicídio é uma expressão individual de uma constituição de personalidade atravessada por fatores de um histórico de desenvolvimento, fatores sociais e culturais, sendo assim, o que culturalmente introjetamos em nosso discurso como a causa do suicídio é apenas a ligação final de uma rede complexa de fatores (CASSORLA, 2021).

As famílias trouxeram um discurso para explicar o fenômeno muito ligado a sintomas, ou ao tipo de método que o adolescente escolheu utilizar para tentar o ato do suicídio.

*“ É um problema emocional que está na cabeça dele” (Familiar 1, 2021).*

*É o comportamento da pessoa chegar ao seu limite e começa apresentar o comportamento de ficar mais quieto, isolado, ela se afasta das pessoas (FAMILIAR 3, 2021).*

*Tentar contra a vida, tomar medicação, tentar enforcamento, essas coisas assim, cortar os braços (Familiar 4, 2021).*

*Eu acredito que seja quem sinta vontade de tirar a própria vida, não sei, é o meu ponto de vista eu acho isso, a pessoa tem aquele desejo, aquela vontade desesperada, fora do normal de tirar a vida (FAMILIAR 5, 2021).*

Foi possível compreender que a

percepção das familiares sobre a temática do suicídio vem atravessada de fatores culturais e sociais que entrelaçam a ideia do desejo de morte.

O suicídio no imaginário desses familiares e de certa forma de uma parte da população, está ligado de forma direta a sua sintomatologia, deixando de observar o que pode auxiliar no processo de adoecimento e levar aos pensamentos de morte.

Supondo que um adolescente cometa ato suicida a partir de fatores estressores como conflitos familiares e vínculos fragilizados, isso não implica, necessariamente, que a família tenha condições objetivas e subjetivas de identificar esses conflitos, podendo estes serem intensificados após a tentativa, segundo Cassorla (2021).

O suicídio é fenômeno multifatorial, existindo uma complexidade de fatores biopsicossociais que estão envolvidos. Compreendemos as questões biopsicossocial são como um emaranhado de circunstâncias que se relacionam e não como algo linear, que influenciam para o desejo de morte e que causam os sintomas. É possível perceber que no discurso de alguns

familiares, que eles entendem e os sintomas como o causador dos pensamentos de morte, tendo uma narrativa patologizadora em relação ao comportamento suicida, o que pode dificultar no manejo junto ao adolescente.

A vivência enquanto familiar de adolescentes com comportamento suicida também propiciou uma mudança de compreensão do fenômeno pelos familiares que realizam o cuidado, conforme explanado:

*[...] Até então a gente não tinha nenhum conhecimento, então é um risco de vida né.[...] Porque a gente antes de passar por isso acaba achando que é frescura, eu sempre via isso com falta do que fazer e depois que a gente no caso sente na pele muda*

*bastante*  
(FAMILIAR 2,  
2021)  
*Eu dizia que*  
*suicídio, vai*  
*trabalhar, vai*  
*estudar, tu não*  
*vai ter nem*  
*tempo de querer*  
*morrer. Hoje*  
*não, eu entendo*  
*um pouco mais*  
*ele, sou um*  
*pouco mais*  
*paciente com*  
*ele, tem coisas*  
*que eu relevo*  
(FAMILIAR 3,  
2021).

Os participantes trouxeram sua compreensão subjetiva, a partir das suas realidades. Compartilharam suas vivências e experiências enquanto familiares envolvidos nesta questão, assim, esta percepção não concreta do que pode ser entendido como comportamento suicida tende a dificultar a identificação do sofrimento do adolescente (QUESADA ET. AL,

2020).

Os familiares apontam situações onde há uma terceirização da comunicação, aparecendo um outro ator que não a familiar responsável pelo cuidado, o qual percebe primeiro que o adolescente estava em sofrimento:

*Quando ele*  
*começou a se*  
*cortar eu fiquei*  
*sabendo por*  
*meio do meu*  
*irmão*  
(FAMILIAR 1,  
2021).

*Ela pediu ajuda*  
*para a irmã,*  
*minha filha mais*  
*velha veio em*  
*mim, disse que*  
*ela não estava a*  
*vontade de pedir*  
*ajuda para mim*  
*e pro pai*  
(FAMILIAR 2,  
2021).

Esses relatos nos impulsionam a refletir sobre os vários sentimentos que

levam o adolescente a não conseguir falar sobre seu sofrimento, mesmo com quem tem supostamente um maior vínculo, o de cuidado. Medo de ter seus sentimentos e suas motivações repreendidas ou estigmatizadas, falta de compreensão sobre seus sentimentos e conflitos e vínculos familiares fragilizados podem ser algumas das justificativas.

Foi possível analisar no discurso das familiares, a existência o medo de repressão, julgamento, diminuição, punição e estigma. A falta de conhecimento das possibilidades de cuidado, pode fazer com que adolescentes não consigam falar sobre seus sentimentos de morte. Essa dificuldade que os adolescentes sentem de falar sobre os seus sentimentos são vivenciadas pelos familiares de diferentes formas, como vemos a partir dos relatos:

*Conversei com  
ele e ele dizia  
que não queria  
a nossa ajuda,  
que ninguém da  
família iria  
entender ele*

*(FAMILIAR 1,  
2021).*

*Minha filha  
mais velha veio  
em mim, disse  
que ela não  
estava a vontade  
de pedir ajuda  
para mim e pro  
pai e pediu  
ajuda para a  
irmã*

*(FAMILIAR 2,  
2021)*

Segundo Cassorla (2021) o adolescente vive um momento de desprendimento da sua infância, passando por inúmeras perdas, a do seu corpo infantil, dos pais, entre outras, que faz com que o adolescer seja um momento de inúmeras elaborações, esse processo pode fazer com que exista uma necessidade de separação e de não dependência do adolescente com os pais (familiares que cuidam), fazendo com que o adolescente crie um escudo de autossuficiência e independência, levando o mesmo a tentar resolver seus problemas sozinhos.

É notório a dificuldade de

expressão dos adolescentes, seja por conflitos geracionais, vínculos fragilizados ou medo de expressar seu sofrimento, podendo acarretar em um obstáculo para a identificação do comportamento suicida pelos familiares.

Portanto, é necessário cada vez mais investir na publicização, de forma correta, através da sensibilização e informações em espaços intersetoriais que se relacionam com o público infanto-juvenil. O fomento à capacitação e à qualificação de atores envolvidos como professores, profissionais de saúde, equipe da rede socioassistencial, conselheiros tutelares e outros, além de campanhas educativas para educadores, informações cuidadosas em redes sociais, oferta de espaços ampliados para apoio familiar e rede de apoio e oferta de cuidado em ambientes profissionalizantes são possibilidades de espaços para a discussão da temática.

Outro ponto que deve ter atenção é a abordagem e intervenção da família frente a um comportamento de risco.

Alguns familiares conseguiram identificar o comportamento suicida nos adolescentes a partir de situações mais

agudas, onde necessitava de uma intervenção imediata, conforme explanado:

*Um dia eu o peguei cortando os pulsos, depois outra vez ele tentou tomar remédios na minha frente (FAMILIAR 3, 2021).*

*Ela ficava muito isolada, só no quarto, não conversava com ninguém, dizia que não queria mais estar nesse mundo, assim eu percebi que ela já estava com um problema (FAMILIAR 4, 2021).*

Os familiares participantes da pesquisa, em sua totalidade, conseguiram identificar que há um sofrimento envolvido no desejo de

morte dos adolescentes, mesmo que em algumas situações em um primeiro momento o sofrimento tenha sido tratado como “birra” ou uma forma de “chamar a atenção”.

Sendo essas famílias acompanhadas no serviço especializado de saúde mental cabe pontuar a importância dos processos de educação em saúde a fim de garantir o acesso à informação sobre o processo de adoecimento psíquico do adolescente, assim, desconstruindo estigmas que envolvem o comportamento suicida (QUESADA et. al., 2020). Segundo a lei 10.216 de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001) é direito do usuário e do familiar ter acesso ao maior número de informações sobre seu tratamento e de seu sofrimento, cabendo também expandir aos familiares estas informações.

Conforme já discutido, o conhecimento dos familiares envolvendo o comportamento suicida é de suma importância para o desenvolvimento e organização do cuidado, cabe então compreendermos

quais estratégias de cuidado são adotadas pelo familiar e que tipo de recursos são utilizados pelo cuidador.

### **O Cuidado Realizado Em Casa E As Redes De Suporte**

Para conseguir analisar como o cuidado acontece, é preciso compreender inúmeros fatores como as condições objetivas, subjetivas e de gênero a partir dos relatos apresentados pelos familiares.

Todas as participantes do estudo eram mulheres e ocupavam o papel social de mães. Isso nos faz refletir que a posição de cuidador é direcionado de forma exclusiva às mulheres. Neste grupo estudado, todos os participantes foram mães. Retomamos que o familiar convidado a participar da pesquisa era o responsável principal pelo cuidado do adolescente, reforçando assim um demarcador de gênero já conhecido nas pesquisas sobre cuidado e saúde (ROSA, 2011).

O cuidado se constitui muito mais do que uma função psicológica que leva a um modo de ser (ROSA, 2011), mas se estabelece a partir de um vínculo relacional e interpessoal, que tem afeto.

Assim, durante a entrevista foi possível compreender a partir da fala das familiares, como as mesmas realizam esse cuidado.

Não havendo um “manual de cuidado”, o mesmo vai se revelar a partir de cada realidade e organização dos familiares, havendo pontos em comuns entre as formas de cuidar.

Foi possível compreender que para os familiares, o cuidado está principalmente ligado a vigilância do adolescente e de seus comportamentos.

*Eu, minha mãe,  
minha guria  
mais velha e o  
padrasto dele,  
eles estão  
sempre em cima  
e meu irmão  
mais novo  
(Familiar 1,  
2021).*

*Daí então  
quando não tem  
um em casa tem  
outro, a gente  
vai remanejando  
para ela nunca*

*ficar sozinha  
(FAMILIAR 2,  
2021).*

*Às vezes eu  
tenho que estar  
lá espiando o  
quarto se ela  
não está fazendo  
nada de errado,  
a preocupação  
aumentou [...] Ver o que ela  
está fazendo  
toda hora, não  
deixar muito  
sozinha,  
monitorar mais  
ou menos os  
movimentos dela  
(FAMILIAR 4,  
2021).*

*Eu durmo com  
a porta aberta  
para ficar  
observando ela,  
pois ela levanta  
muitas vezes a  
noite, ela vai no  
banheiro, toma  
água e às vezes*

*ela se esconde  
na cozinha para  
poder se  
machucar"*  
(FAMILIAR 5,  
2021).

Em alguns momentos, foi observado que se torna uma superproteção, se constituindo em uma linha tênue entre a vigilância necessária e o que deve ser orientado pelos serviços de saúde em caso de comportamento suicida. Segundo Rosa (2011) a “superproteção” pode ser um desdobramento de um sentimento de culpa em relação ao adoecimento do familiar, e aqui entendemos também como um desdobramento do medo de uma nova tentativa de suicídio por parte do adolescente, pois o familiar que cuida e o restante da família vive em uma intensa angústia de cuidar de alguém que não quer mais viver.

*Tenho que estar  
sempre em roda  
dele, se eu vejo  
alguma coisa  
diferente já fico  
em cima, para*

*ver o que está  
acontecendo e  
chamo ele para  
conversar, não  
deixo ele  
sozinho. O  
telefone dele  
estou sempre  
olhando, para  
saber o que ele  
está fazendo,  
olho as  
mensagens*  
(FAMILIAR 1,  
2021).

*Eu durmo com a  
porta aberta  
para ficar  
observando ela,  
pois ela levanta  
muitas vezes a  
noite, ela vai no  
banheiro, toma  
água e às vezes  
ela se esconde  
na cozinha para  
poder se  
machucar*  
(FAMILIAR 5,  
2021).

*Até quando*

*puder, até  
quando ela  
estiver comigo  
eu vou cuidar  
(FAMILIAR 4,  
2021).*

conforme relatos.

*Eu faço muito as  
vontades dela,  
para ela não ter  
esses surtos, eu  
acabo cedendo  
bastante”*

*(FAMILIAR 2,  
2021).*

*Coisas que eu  
exigia mais dela  
eu comecei  
exigir menos,  
quando ela anda  
muito assim ela  
bate muita boca,  
gosta muito de  
bater boca, pode  
ser que seja um  
fator da  
adolescência ou  
não, mas eu fico  
atenta, quando  
eu vejo que ela  
fica muito triste  
ou surtando eu  
deixo ela bater  
boca, ela me  
xinga muito, me*

O cuidado dessa forma se torna um projeto de vida, uma ligação entre o familiar cuidador e o adolescente, fazendo com que a relação se baseie principalmente no processo de cuidar, como se fosse um projeto de vida que ligasse as duas partes.

A grande problemática da “superproteção”, mesmo em situações onde o adolescente está estável é a possibilidade da infantilização do adolescente (ROSA, 2011), fazendo com que o adolescente perca sua autonomia enquanto sujeito, interferindo no seu processo de desenvolvimento individual e social, e em algumas situações até se utilizando dessa relação para ter ganhos secundários. Corroborando com isso, neste contexto, as famílias trazem situações onde não deixam os adolescentes sozinhos nem no momento do sono e controle do seu acesso a tecnologia e demais relações,

*ofende e eu falo  
algumas coisas  
mas evito de  
falar muito  
(FAMILIAR 5,  
2021).*

Essa ideia de que o cuidado se restringe ou tem como prática principal a vigilância do adolescente vem possivelmente de um desconhecimento de possibilidades mais amplas de promoção de saúde, que muitos atendimentos de saúde mental ficam direcionados a uma lógica queixa-conduta, focado unicamente nos sintomas dos usuários e em práticas medicamentosas e psicoterápicas, esquecendo de outras possibilidade de cuidado e do atendimento e preparo das famílias (ROSA, 2011).

Apesar da vigilância familiar aparecer como a forma de cuidado mais concreta, outros dispositivos foram apontados pelos familiares, alguns de maneiras não tão explícitas de forma que os familiares em um primeiro momento não nomearam como práticas de cuidado.

Como é o caso da convivência familiar que aparece como um

dispositivo de cuidado, a partir da fala de alguns familiares é possível perceber que em alguns casos após o adolescente apresentar o comportamento suicida e a família identificar e buscar o tratamento, há uma retomada de vínculos familiares que estavam fragilizados.

*Antes eu tinha  
mais conflito  
com ele por não  
entender esse  
lado dele, esse  
comportamento  
dele, eu tinha  
muito conflito,  
eu batia de  
frente [...] Hoje  
não, eu entendo  
um pouco mais  
ele, sou um  
pouco mais  
paciente com  
ele, tem coisas  
que eu relevo  
(FAMILIAR 3,  
2021).*

*“Eu chamo ela  
para ficar junto  
da gente,  
conversar,*

*interagir mais com a família, ela não era de interagir” (FAMILIAR 4, 2021).*

Segundo Rosa (2011) o impacto que o sofrimento psíquico causa na família vai depender do lugar que a pessoa em sofrimento psíquico ocupa nesse espaço, em algumas situações onde o filho é a pessoa em sofrimento, pode haver uma união a partir do desejo de cuidar

*Eu faço ele olhar mais filme, às vezes a gente está olhando filme na sala e convido ele para olhar, a gente se mistura mais, estamos se formando mais em família para ver se ele larga menos o telefone (FAMILIAR 1,*

*2021).*

Essa retomada da convivência auxilia no processo de produção de saúde, construindo dentro do âmbito familiar novas práticas de cuidado e de promoção e prevenção.

*Promover relações positivas e duradouras da criança e do adolescente com os seus cuidadores ou outros adultos contribui para a redução de comportamentos de risco (QUESADA ET. AL, 2020, p.74).*

É possível identificar que as familiares compreendem os momentos de socialização entre o adolescente e a família, como momentos produtores de

cuidado. Compreendendo assim, que o suporte familiar e a adesão do tratamento em saúde mental contribuem para que o adolescente encontre novas possibilidades de produzir vida, segundo Quesada et. al (2020). Assim, os familiares, dentro das suas possibilidades, desenvolvem instrumentos de socialização e integração familiar tornando estas em instrumentos de produção de saúde, conforme relatos:

*“Olhamos filme, convido ele para sair e a gente sai junto, que nem eu preciso às vezes pagar as contas ele vem junto”*

*(FAMILIAR 1, 2021).*

*“Eu chamo ela para ficar junto da gente, conversar, interagir mais com a família”*  
*(FAMILIAR 2, 2021).*

Botega e Cassorla (2015; 2021) nos apresentam que uma das estratégias para a elaboração dos pensamentos que envolvem o comportamento suicida é o discurso sendo assim, a acolhida, a escuta e o diálogo se tornam centrais para o cuidado de alguém com o comportamento suicida. Foi possível compreender que os familiares conseguem propiciar espaços de diálogo, dentro de suas possibilidades junto aos adolescentes após compreenderem melhor o fenômeno do comportamento suicida.

*Eu trago aqui e tento conversar em casa, tento fazer ele encontrar saída, tipo ir trabalhar, fazer amigos, vai fazer coisa boa, incentivo ele, dou exemplos meus*  
*(FAMILIAR 3, 2021).*

*Eu disse para*

*ele, você não é  
obrigado a me  
falar se você se  
sente  
desconfortável,  
se para mim já é  
pesado, imagina  
para ti, quando  
for o teu  
momento se você  
quiser, você  
falar  
(FAMILIAR 1,  
2021).*

*Conversar, que  
é o máximo que  
eu acho que  
consigo, mas  
não é sempre  
que ela quer  
conversar, mas  
quando ela quer  
conversar eu  
largo tudo, vou  
conversar, nem  
que seja  
qualquer coisa,  
não falo sobre  
esse assunto,*

*falo sobre outra  
coisa, é uma  
forma dela  
desabafar e  
esquecer um  
pouco e dizer  
sobre ela, tipo  
“estou triste,  
“vontade de  
chorar”, digo  
então chora.  
Então é isso,  
conversando e  
analisando a  
situação, largo  
tudo e vou  
conversar  
(FAMILIAR 5,  
2021).*

A compreensão do fenômeno do comportamento suicida, seja a partir da vivência direta ou pelo suporte de um serviço de saúde, é de extrema importância para se ampliar as possibilidades de cuidado.

Assim, mesmo que as familiares não compreendam a criação de rotina como uma estratégia de promoção de saúde, é uma ferramenta de extrema

importância pois auxilia no desenvolvimento e na reorganização dos processos de vida.

*“A profissional que atende ele deu os horários para ele estudar, os horários para telefone, horário para brincar, tudo tem horário[...]”*  
(Familiar 1, 2021).

Mesmo sem compreender como uma ferramenta de cuidado, a familiar percebe a importância da orientação profissional de organização de rotina.

Assim, o CAPS apareceu durante as falas como um espaço ampliado de cuidado e suporte para os familiares.

*“Foi todo um trabalho para ela voltar a tomar o remédio, que daí aqui, a profissional que*

*atende ela nos ajudou muito fazendo ela entender que precisava*  
(FAMILIAR 2, 2021).

*“Mas ela vem aqui no CAPS, aí já dá uma aliviada”*  
(Familiar 4, 2021). *“O CAPS é o único apoio que temos”*  
(FAMILIAR 5, 2021).

O CAPS é o principal serviço de atendimento especializado em saúde mental comunitária e deve estar capacitado para atender demandas de crise em saúde mental como as que envolvem comportamento suicida, bem como realizar suporte e atendimentos às famílias dos usuários. Segundo relatório do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) ter CAPS em um município reduz em até 14% o risco de suicídio.

Neste estudo não será aprofundado este debate, porém pesquisas futuras são importantes para ressaltar a importância dos CAPS e o seu desinvestimento das políticas de saúde mental ao longo dos anos, atrapalhando esta porcentagem ser maior.

A realidade deste estudo sinalizou que alguns familiares participantes da pesquisa, só poderiam contar com suporte do serviço de saúde, tendo nenhum ou pouco suporte familiar. Ao serem questionadas se haviam outros familiares que auxiliam no cuidado do adolescente, havia familiares que possuíam rede familiar de apoio e aqueles que não haviam suporte de outros familiares.

*A gente divide (o cuidado), até a minha sogra e minha cunhada, a gente divide, até me ajudaram quando ele estava no hospital*  
(FAMILIAR 1,

2021).

*Como eu tenho bastante filhos, a gente consegue ir remanejando, quando um não está o outro está, então ela nunca fica sozinha*  
(FAMILIAR 2, 2021).

*Não, só eu*  
(FAMILIAR 4, 2021).

*Só eu* (FAMILIAR 5, 2021).

Uma rede de apoio ampliada e consistente se estabelece enquanto um fator protetivo não só para o adolescente, mas também para o familiar. Esse suporte pode ser um ponto essencial para que o familiar não se sobrecarregue, assim evitando o adoecimento.

Sobre as tentativas de suicídio,

as familiares pautaram a automutilação<sup>6</sup> e as tentativas por ingesta medicamentosa. Três dos cinco familiares entrevistados, vivenciaram situações onde tiveram que intervir na tentativa de suicídio do adolescente, segundo explicações:

*“Peguei cortando os pulsos, depois outra vez ele tentou tomar remédios na minha frente” (FAMILIAR 3, 2021).*

*O momento que eu ajudei ele foi o momento que ele tentou tomar os remédios na minha frente (FAMILIAR 4, 2021).*

*Eu estava em casa, ainda não tinha ido para o serviço pois eu*

*trabalho a tarde, foi de manhã e ela começou “eu vou me matar” e começou procurar uma corda para se matar e procurar coisas para se matar e eu segurando ela, meu marido ficou com ela e eu fui no posto correndo marcar o médico, foi aí que eu descobri que ela estava com pensamentos de se matar. Após isso ela também quis se mutilar, mas ela não me falou, falou depois quando eu já estava cuidando dela (FAMILIAR 5, 2021).*

É preciso que os familiares estejam bem orientados sobre as formas de manejo em situações de crise, principalmente o manejo que garanta a segurança do adolescente até que se possa ter auxílio de um profissional da saúde, bem como ter conhecimento da rede de urgência e emergência e intersetorial, pois o cuidado da família e a orientação desta sobre o tema da saúde mental devem ser ampliados em momentos de crise (MELEIRO et al, 2004).

É possível perceber que existem inúmeras formas de gestão do processo de cuidado que são atravessadas por questões culturais, econômicas e políticas e emocionais. Esses pontos também são importantes ao analisarmos os impactos que o cuidado gera ao familiar que é responsável.

### **O Impacto Do Comportamento Suicida Na Vida Do Familiar Cuidador**

Os impactos de ser cuidador quando envolve situações de sofrimento psíquico podem não ser percebidas pela pessoa, assim, cabe uma análise que desvele/ avalie o que esta função pode

repercutir.

Segundo Rosa (2011) prestar o cuidado de alguém em sofrimento, mesmo que esse cuidado traga prejuízos materiais e subjetivos a quem cuida, se tornou uma obrigação dentro da ética familiar. Mesmo que o cuidado em alguns momentos seja compartilhado com os outros familiares, há sempre um familiar que presta o cuidado principal, aquele que é realizado no cotidiano, com relação direta, pessoalizada e intensa.

Esse familiar tende a se afetar subjetivamente pelos sintomas da pessoa que cuida, devido ao grande nível de envolvimento emocional e objetivo, sendo possível identificar durante a entrevista os impactos que o cuidado de alguém com comportamento suicida gera (ROSA, 2011).

Se o cuidado realizado pelo familiar em alguns casos pode causar impactos na autonomia dos usuários, a dos familiares em algumas situações também são impactadas. A necessidade de reorganização da família e a abdicação de momentos individuais em prol do cuidado do adolescente foram impactos apresentados pelos familiares.

Em alguns momentos o familiar tem que abrir mão de uma parte da sua vida para poder auxiliar a vida do outro, fazendo com que sua individualidade seja reduzida, tendo assim um custo social (ROSA, 2011), conforme relatado:

*“Porque a minha vida mudou completamente, a minha, do meu esposo, da minha menina pequena, mudou tudo. A atenção antes era mais para a menina pequena, mas agora é totalmente em cima dele (FAMILIAR 1, 2021).*

*“Os irmãos, eles até deixaram um pouco a vida deles para ficar próximo dela” (FAMILIAR 2,*

*2021).*

*“Só não saio, a única coisa que mudou foi eu sair, quando eu saio eu levo ela junto. As vezes é cansativo, me sobrecarrego” (FAMILIAR 4, 2021).*

Esse custo mais subjetivo a qual envolve relações sociais podem desencadear um sofrimento no familiar que cuida ou até mesmo nos demais familiares que não participam do cuidado de forma mais direta, podendo ter suas demandas deixadas de lado devido ao sofrimento do adolescente.

Outro impacto identificado a partir da fala dos familiares é no âmbito financeiro, exemplificado em situações em que muitos familiares trocaram de emprego para poder se adaptar à rotina de cuidado do familiar. As relações de trabalho também são prejudicadas, como vínculo e qualidade de trabalho são afetados pela necessidade, ou dever, de uma reorganização para cuidar,

conforme apresentado:

*“Meu filho mais velho arrumou um emprego a noite, que quando estamos trabalhando de dia ele está em casa, a gente se reveza”*  
(FAMÍLIA 2, 2021).

“Quando dá que ela surta, eu saio da empresa, ainda bem que a empresa me dá essa disponibilidade, até de casa nós nos mudamos para ficar mais fácil para cuidar dela.”(FAMÍLIA R 2, 2021).

“Só não tinha sossego, não

podia nem trabalhar tranquila e descansada, eu ficava pensando se ela não estava fazendo nada, se eu iria chegar em casa e ela iria estar bem, se ninguém ia me ligar para dizer que ela tinha feito alguma coisa de errado contra a vida dela, preocupação aumenta”  
(FAMILIAR 4, 2021).

Fica compreendido que essas situações afetam diretamente toda a estrutura familiar, gerando sobrecarga e estresse principalmente ao que se direciona a renda da família. Esses prejuízos, identificados na forma objetiva como perda de emprego e

subjetiva, mediante perda de autonomia, podem colocar-se um terreno fértil para o desenvolvimento de sofrimento.

Segundo Rosa (2011) vários aspectos da vida dos familiares ficam prejudicados devido ao cuidado, porém o descanso, mais relacionado ao sono, seja a qualidade do mesmo ou as interrupções devido a preocupações, estiveram presentes no discurso dos familiares entrevistados.

*Eu às vezes  
tenho que  
esperar ele  
dormir para eu  
poder dormir,  
pois eu já tenho  
aquilo lá na  
cabeça  
(FAMILIAR 1,  
2021).*

*E eu acabei  
desencadeando  
a insônia e  
estresse  
(FAMILIAR  
3, 2021). Não  
consegui  
descansar em*

*paz, nem  
dormir direito  
(FAMILIAR  
4, 2021).  
Eu já nem  
durmo, fico com  
um olho aberto  
e outro fechado,  
tenho  
dificuldade para  
dormir pois fico  
preocupada,  
fico só nos  
cochilos. Ela  
levanta e eu fico  
ouvindo se ela  
vai tomar água,  
se eu ouvir  
qualquer coisa  
diferente vou  
atrás.  
(FAMILIAR 5,  
2021)*

Pela necessidade de segurança e vigilância constante, os familiares podem desenvolver sentimentos de angústia, muito ligado pela ideia de se deixar tomar pela desatenção, rotinas de sono e repouso e “perda o controle” do

cuidado do adolescente.

Como resultado desses impactos, os familiares podem desenvolver sintomas próximos ou mesmo idênticos aos dos adolescentes (ROSA, 2011), desencadeando então sofrimento psíquico.

*Eu me sinto  
ansiosa, tive  
crises de  
ansiedade  
(FAMILIAR 3,  
2021).  
Puxado, bem  
puxado, me  
seguro bastante  
para não chorar,  
para não passar  
isso para ela  
(FAMILIAR 5,  
2021).*

É notório o quão exaustivo pode ser o processo de realizar o cuidado ao ponto dos familiares apresentarem sintomas, alguns muito parecidos com os que adolescentes com comportamento suicida apresentam. Tal

situação pode ser compreendida como um *burnout* da sobrecarga do cuidado, fazendo com que o familiar também necessite de suporte e espaços de cuidado

É necessário que os serviços estejam preparados para acolher o sofrimento dos familiares, visto que em muitas situações esse sofrimento vem da sobrecarga do cuidado, e assim, serviços como os CAPS devem auxiliar estes familiares, dando suporte e acompanhamento ao familiar a fim de superar as situações e conflitos apresentados. Podendo também o sofrimento vir de uma somatória de vida que foi intensificada pela situação atual do familiar, devendo ser avaliada e encaminhada a rede de saúde quando necessário sem comprometer o suporte às demandas familiares.

### Considerações Finais

A partir da bibliografia utilizada, foi possível compreender que o suicídio é fenômeno que tem uma crescente em meio aos adolescentes ao longo dos anos. É necessário cada vez mais propiciar espaços de saúde mental

coletiva onde essa temática seja debatida.

Ao analisarmos a compreensão dos familiares sobre o fenômeno do suicídio é possível entender que o conhecimento dos familiares vai depender de uma construção cultural, social e política e singular. Esse conhecimento em muitos momentos vem sendo construído a partir do cotidiano de vivência junto ao adolescente e o suporte dos serviços de saúde podem auxiliar no processo de quebra de estigma junto a temática.

Entre os métodos utilizados pelos adolescentes para findar a sua vida, a automutilação com pérfuro-cortantes e a ingesta medicamentosa aparecem na maioria dos casos, assim é necessário olhar de forma mais direcionada a estas questões, a fim de compreender formas de prevenção do ato.

O cuidado em casa foi trazido pelos familiares sempre ligado ao monitoramento. As famílias relataram como estratégia de cuidado a vigilância constante, fazendo com que o adolescente nunca fique sozinho e em alguns momentos, isso reflete na menor autonomia e intimidade do

adolescente. Percebeu-se que as famílias não tinham um conhecimento ampliado de estratégias de cuidados e em alguns casos se obteve ajuda do serviço de saúde para pensar na forma que esse cuidado poderia ser realizado. Este cuidado é construído em seu cotidiano de relações, com base na possibilidade subjetivas e objetivas dos familiares, que em muitos momentos necessitam reorganizar sua vida profissional e pessoal para conseguir realizar o cuidado, devido a falta de suporte seja do Estado ou da família, o que pode gerar uma sobrecarga.

O familiar que se responsabiliza pelo usuário em sofrimento psíquico, pode sentir uma sobrecarga emocional, desenvolvendo muitas vezes sentimentos ambivalentes como raiva por assumir essa responsabilidade; culpa caso sinta que não esteja exercendo esse papel de forma adequada; angústia por não compreender o sofrimento psíquico.

Essa sobrecarga e sentimentos ambíguos podem ser fruto também do que vem sendo chamado de familismo, quando o Estado acaba direcionando algumas das suas responsabilidades para os familiares por meio de políticas públicas de saúde mental que

centralizam o cuidado na família, desresponsabilizando em alguns momentos os serviços de saúde e sobrecarregando os familiares, sendo necessário avaliar de que forma a família é inserida na organização do cuidado.

Momentos de escuta e acompanhamentos sistemáticos são de suma importância para auxiliar os familiares durante o processo de cuidado, assim como auxiliar na identificação de sobrecargas que podem gerar sofrimento.

É necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados não só para atender as demandas de suicídio na adolescência, mas também para ter um olhar ampliado das demandas que podem gerar aos familiares, ofertando espaços individuais de escuta e grupos entre pares, podendo promover trocas e suporte mútuo. É dever do Estado garantir políticas públicas efetivas de promoção e cuidado em saúde que auxiliem todas as pessoas daquela constituição familiar a superarem suas demandas.

Nesse caminhar, a educação em saúde é um instrumental de extrema

importância para a produção de saúde podendo auxiliar também na promoção do cuidado e na diminuição do sofrimento dos familiares produzido pelo desconhecimento do sofrimento psíquico ou das ocasiões relacionadas a ele.

É de suma notoriedade demarcar a escassez de estudos sobre o cuidado realizado por familiares de adolescentes em sofrimento psíquico, principalmente aqueles que o sofrimento psíquico envolve o desejo de morte. É de extrema importância a produção científica desta temática, a fim de subsidiar políticas públicas de saúde e intersetoriais que auxiliem os familiares no cuidado e no suporte de adolescentes com comportamento suicida, bem como desenvolver estratégias de cuidado a esses familiares visto a sobrecarga de “ser cuidador” acarreta.

Estudos envolvendo o comportamento suicida e a adolescência também devem ser levantados a partir da intencionalidade de entender por que ao longo dos anos os números de adolescentes com comportamento suicida vem aumentando e como a juventude compreende este fenômeno.

Dessa forma, foi compreendido que o conhecimento dos familiares sobre o fenômeno do suicídio é algo que precisa estar na agenda das políticas públicas e no cotidiano dos serviços de saúde, contribuindo assim, para o avanço do cuidado na área da saúde mental coletiva.

### Referências

- Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. *Suicídio: informando para prevenir* – Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: [https://www.sbahq.org/resources/pdf/defesaprofissional/artigos/cartilha\\_suicidio.pdf](https://www.sbahq.org/resources/pdf/defesaprofissional/artigos/cartilha_suicidio.pdf). Acesso em: 29 de nov de 2020
- BENETTI, Sílvia Pereira da Cruz et al. *Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, June 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600003&lng=en&nrm=iso). Acesso em on 28 abril. 2022. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600003>
- Botega, Neury José. *Crise suicida: avaliação e manejo* [recurso eletrônico] / Neury José Botega. – Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm#art266](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266). Acesso em: 30 set. 2020.
- Brasil. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. *Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção*. 2016. Disponível em: [https://subpav.org/download/prot/Guia\\_Suicidio.pdf](https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf) acesso em: 18 de nov de 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada* (VIVA/SINAN). Brasília, DF
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico – Suicídio. Saber, agir e prevenir*. v.48, n. 30. 2017.
- CASSORLA, Roosevelt M.S. *Suicídio - Fatores Inconscientes e Aspectos Socioculturais: Uma Introdução*. São Paulo: Edgar Blucher, 2017. 114 p.
- CASSORLA, Roosevelt M.S. *Estudos sobre o suicídio: Psicanálise e Saúde*

- Mental. São Paulo: Blucher. 2021. 192p.
- Demantova. Aline Gonçalves. *Automutilação na adolescência: Corpo atacado, corpo marcado*. Curitiba: CRV, 2020. 98 p.
- Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. *Suicídio e tentativa de suicídio*. Bol Vig Epidemiol [Internet]. 2018 set [citado 2020 set 29];1(1):1-8. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/suicidio>
- MELEIRO, Alexandra M.A et al. *Esforços Para a Prevenção*. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. (Orgs). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- QUESADA, A.A. et. al. *Curso Prevenção ao Sucidio: fascículo 3*. - Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020
- QUESADA, A.A. et. al. *Curso Prevenção ao Sucidio: fascículo 4*. - Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020
- Rosa, L. C.S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2011
- SCIVOLETTO, S., BOARATI, M. A., TURKIEWICZ, G. *Emergências psiquiátricas na infância e adolescência*. Rev. Bras. Psiquiatr, v. 32, supl. 2, p. S112-S120, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600008>.
- WERLANG, Blanca Guevara; BOTEGA, Neury Jose. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004. 204 p.
- World Health Organization. *Preventing Suicide – A Global Imperative*. 2014. Disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_english.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1) Acess em 22 de out de 2021
- World Health Organization. Mental health. Suicide data. 2017.
- 
- Notas de Fim**
- <sup>1</sup> Pensamentos sobre a morte ou morrer, podendo ser a morte do outro ou a sua própria.
- <sup>2</sup> Qualquer tipo de comportamento que cause algum dano a si mesmo, sem ter a própria morte como finalidade.
- <sup>3</sup> Ação que tenha como finalidade pôr um fim a própria vida.
- <sup>4</sup> Desejo pôr um fim à própria vida.
- <sup>5</sup> Planejamento de ações para pôr um fim em sua própria vida.
- <sup>6</sup> O sujeito que se auto-mutila, em geral, não apresenta o desejo suicida, tem como objetivo com o corte a busca de um alívio psíquico, se sentir melhor, diferente da tentativa de suicídio, que busca não sentir mais nenhum afeto (Demantova, 2020).
- 
- Igor Sastro Nunes:** Assistente Social e Bacharel em Psicologia, com Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Especialista em Psicoterapia em Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio. Mestrando no Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
**ORCID:** 0000-0003-4921-7190  
**E-mail:** sastro.nunes@gmail.com
- Gabrieli Machado:** Enfermeira e

Apoiadora Institucional da Área Técnica de Saúde Mental, Mestre em Avaliação de Tecnologias em Saúde para o SUS Especialista em Saúde Mental e Especialista em Saúde Pública.

**ORCID:** 0009-0004-0099-8189

**E-mail:** gabrielimachadomp@gmail.com

---

**Submetido em:** 28/04/2022

**1ª Rodada:** 29/06/2022

**Aceito em:** 14/11/2024

---

### **Contribuição dos autores:**

Conceitualização: I.S.N.G.M

Redação do manuscrito: I.S.N.G.M

Análise dos dados: I.S.N.G.M

Revisão e edição: I.S.N.G.M

---

**Financiamento:** Não há fontes de financiamento senão a dos próprios autores.