

# FUNCIONAMENTO FAMILIAR E TENTATIVA DE SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES

*Family functioning and attempted suicide among adolescents*

Juliana Lourenço de Araújo Veras<sup>1</sup>

Tatiana de Paula Santana da Silva<sup>2</sup>

Cintia Tornisiello Katz<sup>3</sup>

---

Artigo encaminhado: 17/07/2015

Aceito para publicação: 05/07/2017

**RESUMO:** Objetivou-se avaliar o funcionamento e o risco familiar sob a ótica dos adolescentes, vítimas de tentativa de suicídio por envenenamento e seus responsáveis. Trata-se de um estudo do tipo série de casos, onde a amostra foi composta por 30 adolescentes de 10 a 19 anos de idade, com história de tentativa de suicídio e, os pais e/ou responsáveis que residiam com os adolescentes. Os dados foram coletados através de 4 instrumentos: formulário de dados sócio demográficos, formulário de dados sobre as tentativas de suicídio, Critério de Classificação Econômica do Brasil (ABEP/2008) e a Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar. Em relação à avaliação do funcionamento familiar, a maioria dos adolescentes classificaram suas famílias como “desligadas” (83,3%), já os responsáveis como “separadas” (36,4%), na dimensão coesão. Na dimensão flexibilidade, os adolescentes classificaram suas famílias como “estruturadas” (40,0%) e os responsáveis como “caóticas” (45,5%). O risco familiar foi considerado médio entre os adolescentes (56,6%) e responsáveis (68,2%). Esses resultados forneceram uma representação inicial sobre o funcionamento familiar e a tentativa de suicídio, e remetem à importância da abordagem das relações familiares, por parte dos serviços de saúde no atendimento de adolescentes com comportamento suicida.

**Palavras-chave:** Suicídio. Tentativa de Suicídio. Adolescente. Relações familiares.

**ABSTRACT:** The objective of this study was to assess family functioning and risk from the perspective of adolescents who attempted suicide by poisoning and their parents. This is a case-series study consisting of a sample of 30 adolescents, 10 to 19 years of age, with a history of attempted suicide, who were living with their parents and / or guardians. Data was collected using four instruments: a sociodemographic data form, data form on suicide attempts, Economic Classification Criteria of Brazil (ABEP / 2008) and the *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES III). Regarding the assessment of family functioning, most teens rated their families as "disconnected" (83.3%), and the

---

<sup>1</sup> Doutora pelo programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP/UPE. [juliana.laveras@gmail.com](mailto:juliana.laveras@gmail.com)

<sup>2</sup> Doutoranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. [tatianapss2@gmail.com](mailto:tatianapss2@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutora em Odontopediatria FOP/UPE. [cintia@katz.com.br](mailto:cintia@katz.com.br)

responsible guardians as "separated" (36.4%), with regards to cohesion. Regarding flexibility, teens rated their families as "structured" (40.0%) and the responsible guardians as "chaotic" (45.5%). Familial risk was considered high among adolescents (56.6%) and responsible guardians (68.2%). These results provide an initial representation about family functioning and attempted suicide, and point to the importance of the approach taken by the health services concerning family relationships, in dealing with adolescents with suicidal behavior.

**Keywords:** Suicide. Suicide Attempt. Adolescent. Family Relations.

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é a fase compreendida entre os 10 e 19 anos de idade. Atualmente no mundo estima-se que haja um bilhão de pessoas nessa faixa etária, ou seja, quase 20% da população mundial. No Brasil há cerca de 34 milhões de adolescentes, o que corresponde a 21,84% da população total do país (REPROLATINA, 2008; WHO, 2015).

Atualmente, destaca-se o aumento do número de suicídios em adolescentes em todo o mundo. O suicídio ocupa o terceiro lugar no *ranking* das causas de morte no grupo etário de 15-34 anos, em ambos os sexos (SHAIN, 2007). Isto sem incluir as tentativas de suicídio, que são 20 vezes mais frequentes que o suicídio, tornando-o um importante problema de saúde pública, principalmente entre os adolescentes, onde o conhecimento dos fatores de risco pode auxiliar na identificação de possíveis casos e contribuir com medidas preventivas desse evento (SHAIN, 2007; WHO, 2010).

Sabe-se que a família e o contexto social podem influenciar o adolescente de forma positiva, contribuindo para o seu amadurecimento e bem-estar, ou de forma negativa, capaz de deixar sequelas que o acompanharão por toda a vida (BAGGIO, PALAZZO, AERTS, 2009). A família é a primeira referência de proteção e socialização dos indivíduos. Independente das múltiplas formas e desenhos que a família contemporânea apresenta, ela se constitui num canal de iniciação e aprendizado dos afetos e socialização. Posteriormente, outras vivências sociais colaboram para o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, porém é a relação com os pais que constitui a base referencial de todas as outras, por serem os responsáveis em transmitir as primeiras informações e interpretações sobre o mundo (CARVALHO, 2008).

A estrutura familiar, além de prover um bom suporte social, demonstra ser uma excelente barreira contra possíveis comportamentos de risco, presentes nas atividades de vida diária e nos estilos de vida, como também prova ser um eficiente meio de transmissão de informações relacionadas à saúde (TURAGABECI et al., 2007). As relações familiares têm se apresentado como um importante fator de proteção no

comportamento suicida em adolescentes. Algumas das variáveis familiares associadas ao suicídio em adolescentes dizem respeito à estrutura familiar, bem como as relações entre os membros da família. Os adolescentes enfrentam diversas situações no ambiente familiar que, quando não bem compreendidas e analisadas, podem levar a um desequilíbrio emocional, desencadeando um ato suicida (ARIAS et al., 2008; CÂMARA, PEREIRA, 2010).

Alguns estudos que investigaram o comportamento suicida em adolescentes com as relações familiares, observaram que tanto a ideação, quanto as tentativas de suicídio são influenciadas pelo processo saúde-doença da família e por alterações na dinâmica familiar, onde os conflitos, a desestrutura, a quebra de vínculos, as privações econômicas e sociais são fatores que podem acarretar comportamentos de risco à saúde dos adolescentes (JAVIER; CARLOS, 2009).

## **2 OBJETIVO**

Este estudo se propôs a avaliar o funcionamento e o risco familiar sob a ótica dos adolescentes vítimas de tentativa de suicídio por envenenamento e seus responsáveis.

## **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa, realizado no setor de emergência de um hospital público de grande porte na cidade do Recife, considerado centro de referência em casos de intoxicação exógena.

Na amostra foram incluídos adolescentes na faixa etária de 10-19 anos (WHO, 2015), notificados no Centro de Assistência Toxicológica de Pernambuco (CEATOX/PE) com tentativa de suicídio por envenenamento, que apresentavam melhora clínica para alta hospitalar; e os pais e/ou responsáveis que residiam com os esses adolescentes entrevistados. Os adolescentes com diagnóstico de intoxicação acidental e/ou criminosa e os menores de 18 anos desacompanhados de um responsável foram excluídos.

Primeiramente, explicava-se os objetivos da pesquisa aos adolescentes, bem como aos seus responsáveis, que expressaram o aceite mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por ambos.

A coleta de dados ocorreu no período de março a outubro de 2010, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE n. 01339.0.102.000-09) e autorização dos gestores da unidade onde foi realizado o estudo.

Os dados foram coletados por meio de 4 instrumentos: o formulário de dados sócio-demográficos e o formulário de dados sobre as tentativas de suicídio, ambos

elaborados pelas pesquisadoras, o Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008), além da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FALCETO, BUSNELLO, BOZETTE, 2000), que avalia a coesão e a flexibilidade familiar por meio de quatro parâmetros: coesão, flexibilidade, tipo e risco familiar.

A coesão familiar é medida somando-se os pontos correspondes às respostas para as perguntas de números ímpares, podendo ser classificada em desligada, separada, conectada e aglutinada;

Já a flexibilidade familiar é medida somando-se os pontos correspondes às respostas para as perguntas de números pares, para ser classificada em rígida, estruturada, flexível e caótica.

O tipo familiar é expresso por todas as combinações possíveis dos resultados de coesão e flexibilidade familiar e pode ser classificada em 16 tipos diferentes; o risco familiar refere-se a um equivalente em grupos das características de coesão e flexibilidade familiar e pode ser classificada em famílias balanceadas (baixo risco), famílias de risco médio e famílias de alto risco.

Destaca-se que essa escala é consagrada na literatura internacional e encontra-se devidamente validada para uso no Brasil, podendo ser utilizada por profissionais da saúde treinados e habilitados. Esta foi aplicada tanto aos adolescentes quanto aos pais e/ou responsáveis, ao mesmo tempo, porém, em ambientes separados.

Os dados foram analisados por meio de técnicas de estatística descritiva e os resultados foram apresentados em números absolutos e relativos, sob a forma de tabelas.

#### 4 RESULTADOS

No período estudado foram notificados 30 casos de tentativa de suicídio em adolescentes. Verificou-se que a média das idades dos adolescentes foi de 16,0 anos. A maior parte dos adolescentes pesquisados era do sexo feminino (80%), na faixa etária 15 a 19 anos (80%), solteiras, morando na capital e com baixo nível de escolaridade (76,6%). (Tabela 1)

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes analisados segundo idade, sexo, situação marital, cidade onde reside e escolaridade.

---

Variáveis	n	%
-----------	---	---

---

<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>• Idade</b>		
10 a 14	6	20,0
15 a 19	24	80,0
<b>• Sexo</b>		
Masculino	6	20,0
Feminino	24	80,0
<b>• Situação marital</b>		
Solteiro	23	76,6
Divorciado ou separado	1	3,3
Casado ou mora junto	6	20,0
<b>• Cidade onde reside</b>		
Recife	11	36,6
Região Metropolitana do Recife	8	26,6
Interior do Estado	9	30,0
Zona rural	2	6,6
<b>• Escolaridade</b>		
Até fundamental incompleto	23	76,6
Fundamental completo/Médio incompleto	2	6,6
Médio completo/Superior incompleto	5	16,6

A Tabela 2 mostra que a maior parte dos responsáveis entrevistados era composta por mães (66,6%), que se declararam casadas (56,6%), com ensino fundamental incompleto (66,3%) e pertenciam a famílias que recebiam uma renda mensal aproximada de um salário mínimo (53,3%). De acordo com o Critério de Classificação Econômica do Brasil utilizado, observou-se predominância das classes C e D, com percentuais de 56,3% e 30,0% respectivamente.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes analisados segundo os dados do responsável, renda familiar e classificação econômica segundo o Critério de Classificação Econômica do Brasil.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>• Grau de parentesco do responsável</b>		
Mãe	20	66,6

Pai	5	16,6
Irmão	1	3,3
Tio/tia	2	6,6
Avô/avó	1	3,3
Esposo/esposa	1	3,3
<b>• Situação marital do responsável</b>		
Solteiro	2	6,6
Divorciado ou separado	8	26,6
Casado ou mora junto	17	56,6
Viúvo	3	9,9
<b>• Escolaridade do responsável</b>		
Até fundamental incompleto	19	66,3
Fundamental completo/ Médio incompleto	5	16,6
Médio completo/ Superior incompleto	5	16,6
Superior completo	1	3,3
<b>• Ocupação</b>		
Sim	18	60,0
Não	12	40,0
<b>• Renda familiar (em salários mínimos)</b>		
Menos de 1	4	13,3
Um	16	53,3
Dois	4	13,3
Três ou mais	6	20,0
<b>• Classe econômica</b>		
B1	1	3,3
B2	2	6,6
C	17	56,6
D	9	30,0
E	1	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 3 são apresentados os dados relacionados ao agente tóxico e/ou tipo de medicamento utilizado na tentativa de suicídio atual, história prévia, método empregado e número de tentativas de suicídio anteriores. Quanto ao agente tóxico utilizado na tentativa de suicídio atual, o praguicida foi o mais empregado (63,3%), seguido dos medicamentos (33,3%). Destes, os psicofármacos foram os mais utilizados (70%). Em relação ao histórico anterior de tentativa de suicídio, observou-se que dos 30 adolescentes pesquisados, 8 já haviam tentado suicídio anteriormente há pelo menos 1 a 2 anos antes da tentativa de suicídio atual, e o método escolhido pela maioria foi o envenenamento (75%).

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes analisados segundo as variáveis: agente tóxico e/ou tipo de medicamento utilizado na tentativa de suicídio atual, história prévia, método empregado e número de tentativas de suicídio anteriores.

Variáveis	n	%
-----------	---	---

---

<b>• Agente tóxico</b>		
Medicamento	10	33,3
Praguicida	19	63,3
Produto químico industrial	1	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>• Tipo de medicamento</b>		
Psicofármacos	7	70,0
Ante eméticos, anti-histamínicos, broncodilatadores	3	30,0
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>
<b>• História prévia de tentativas de suicídio</b>		
Sim	8	26,7
Não	22	73,3
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>• Histórico anterior de outras tentativas</b>		
Há menos de 1 ano	2	25,0
De 1 a 2 anos	4	50,0
De 3 a 4 anos	2	25,0
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
<b>• Método empregado na tentativa de suicídio anterior</b>		
Intoxicação exógena/envenenamento	6	75,0
Enforcamento	1	12,5
Corte dos pulsos	1	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
<b>• Número de tentativas de suicídio</b>		
Uma (1ª vez)	22	73,3
Duas	7	23,3
Três ou mais	1	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

---

A Tabela 4 destaca que na opinião dos adolescentes suas famílias eram do tipo de família “desligada” (83,3%) já, de acordo com a maioria dos responsáveis (36,4%) as famílias foram classificadas como do tipo “separada”. Em relação à flexibilidade familiar, observou-se que maioria dos adolescentes classificou sua família como “estruturada” (40,0%), enquanto a maioria dos responsáveis classificou como “caótica” (45,5%). Ressalta-se que, para a avaliação da coesão e flexibilidade familiar segundo a visão dos responsáveis, não foi possível aplicar o questionário Faces III em 10 responsáveis, devido ao fato de que estes não residiam com os adolescentes entrevistados.

Tabela 4 – Avaliação da coesão e flexibilidade familiar segundo os adolescentes e os responsáveis.

Variável	Adolescente		Responsável	
	n	%	n	%
<b>Coesão familiar</b>				
Desligada	25	83,3	7	31,8
Separada	5	16,6	8	36,4
Conectada	-	-	6	27,3
Aglutinada	-	-	1	4,5
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
<b>Flexibilidade familiar</b>				
Rígida	8	26,6	1	4,5
Estruturada	12	40,0	6	27,3
Flexível	6	20,0	5	22,7
Caótica	4	13,3	10	45,5
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela 5, pela avaliação do risco familiar, observou-se que a maioria das famílias foi classificada como sendo de médio risco, tanto na visão do adolescente (56,6%) como na visão dos responsáveis (68,2%).

Tabela 5 - Avaliação do risco familiar para o adolescente e o responsável.

Risco familiar	Adolescente		Responsável	
	n	%	n	%
Balanceadas	3	10,0	5	22,7
Médio	17	56,6	15	68,2
Alto	10	33,3	2	9,1
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

## 5 DISCUSSÃO

Com os dados do presente estudo foi possível observar que a maioria dos adolescentes classificaram suas famílias como desligadas, já os responsáveis como separadas, na dimensão coesão. Na dimensão flexibilidade, os adolescentes classificaram suas famílias como estruturadas e os responsáveis como caóticas. O risco



familiar, que corresponde a uma medida de análise da estrutura familiar, foi considerado médio entre os adolescentes e responsáveis.

A idade média dos adolescentes foi de 16 anos aos da literatura corrente, que têm descrito o aumento das ocorrências de tentativa de suicídio na fase de pós-adolescência, nesse período, o adolescente passa por mudanças intensas, partindo da socialização da vida em família para relações sociais mais amplas, como também o início de relacionamentos afetivos, o que pode gerar conflitos e frustrações (OLIVEIRA, BURIOLA, 2009; MARGONATO, THOMSON, PAOLIELLO, 2009; VENTURA-JUNCÁ et al., 2010; WHO, 2015), portanto podem expressar algo além das características próprias da adolescência e recorrer a comportamentos suicidas (BORGES, WERLANG, 2006).

Sobre a frequência das tentativas de suicídio entre os sexos, estas ocorrem de modo diferente, com as maiores taxas de tentativa de suicídio registradas no sexo feminino, isso pode ser explicado pela prevalência de depressão, que em geral, é maior entre as meninas, que tendem a ter uma postura mais introspectiva do que os meninos; visto que estas apresentam melhores estratégias de resolução de problemas (FAÇANHA et al., 2010), além disso, pode-se dizer que elas tendem a avaliar sua autoimagem corporal de modo mais negativo, o que favorece a ideação suicida (BAGGIO, PALAZZO, AERTS, 2009; ABASSE et al., 2009; VENTURA-JUNCÁ et al., 2010). Outra questão, pode ser o fato do efeito hormonal no ciclo menstrual das adolescentes, onde os baixos níveis de estrógeno e progesterona (fase menstrual) contribuem para o comportamento suicida, visto que neste período as tentativas de suicídio estão associadas à uma maior gravidade, devido à alta intenção suicida (BACA-GARCIA et al., 2010).

A relação entre as questões econômicas e taxas de tentativas de suicídio revelam maior risco para os extratos econômicos extremos (mais ricos ou mais pobres), o que não foi o caso entre os adolescentes estudados, visto que os adolescentes que tentaram suicídio pertenciam à classe econômica C (categoria intermediária) (BAGGIO, PALAZZO, AERTS, 2009). No que se refere à escolaridade, grande parte dos adolescentes encontravam-se fora da faixa educacional. Neste sentido, observa-se que o insucesso escolar pode dificultar a elaboração de projetos futuros pelo adolescente, o que causa desesperança, pela percepção de ausência de controle pessoal sobre acontecimentos futuros e pelo sentimento de impotência, denotando uma percepção de si mesmo como incapaz de resolver os problemas (HEISEL, FLETT, 2004), ademais, este comportamento favorece o desencadeamento de conflitos internos, vislumbrando apenas a possibilidade de morte como alternativa (SHAIN, 2007).

Verificou-se que a autointoxicação por praguicidas foi o método mais utilizado pelos adolescentes na tentativa de suicídio, principalmente entre as meninas, seguido dos medicamentos, o que mostra uma tendência do uso de praguicidas, em relação ao uso de medicamentos. Isto pode ser explicado pela facilidade de acesso a estas substâncias tóxicas, resultante da falta de controle federal sobre a produção, distribuição e comércio das mesmas (ABASSE et al., 2009; MARGONATO, THOMSON, PAOLIELLO, 2009; OLIVEIRA, BURIOLA, 2009), o que leva a utilização destas substâncias como preferências para o envenenamento (GONÇALVES, DE FREITAS, SEQUEIRA, 2011).

Grande parte dos adolescentes estavam inseridos em famílias que apresentavam baixos níveis de coesão familiar, as quais se caracterizam pelo pequeno envolvimento entre seus membros, com priorização da individualidade, muitas vezes com extrema separação emocional. Trata-se de famílias cujos membros são incapazes de oferecer apoio ou ajudar uns aos outros (OLSON, 2000), e esta ausência ou fraco suporte familiar pode levar ao comportamento suicida entre os indivíduos (GONÇALVES, DE FREITAS, SEQUEIRA, 2011). A baixa coesão familiar está relacionada à tentativa de suicídio em adolescentes; onde as famílias denominadas “desvinculadas” teriam maior risco de seus filhos apresentarem ideação suicida ou cometerem suicídio, uma vez que, quando a família opera de forma desestruturada, isso pode levar a diversos efeitos negativos no bem-estar físico e emocional de seus integrantes (SALVO, MELIPILLÁN, 2008).

Na perspectiva da maioria dos responsáveis, observou-se o maior nível de flexibilidade familiar (famílias caóticas). Na visão dos adolescentes, considerou-se que a maioria das famílias tem nível moderado de flexibilidade (famílias estruturadas). Um alto nível de flexibilidade familiar significa que o sistema familiar opera de forma desestruturada na coordenação dos relacionamentos, no estabelecimento de regras, no controle das situações por parte dos pais e na disciplina dos filhos (PAVEZ et al., 2009). A liderança da família é limitada ou inexistente; as decisões são tomadas de modo impulsivo e sem planejamento, o que pode predispor ao risco de suicídio (OLSON, 2000).

O alto nível de flexibilidade está associado às tentativas de suicídio em adolescentes; pois as dificuldades de comunicação entre os membros família diminuem as possibilidades de estas utilizarem suas habilidades para construir estruturas mais flexíveis e assumirem uma postura voltada para a superação dos problemas. Assim, as famílias não são capazes de buscar melhores respostas diante das mudanças no cotidiano e nas relações, o que potencializa os níveis de tensão e a intensidade das crises (PAVEZ et al., 2009). Portanto, quando há um adolescente na família, é necessário que o

sistema familiar imponha regras e limites, ao mesmo tempo que realiza adaptações às novas fases de estresse características dessa etapa da vida (PAVEZ et al., 2009).

O risco foi considerado médio em relação à disfunção familiar, isto pode explicado devido a tentativa de suicídio originar um grande impacto e sofrimento familiar, entre aqueles que convivem e se relacionam com as vítimas (GONÇALVES, DE FREITAS, SEQUEIRA, 2011). Adicionalmente, destaca-se a importância da abordagem das relações familiares por parte dos serviços de saúde e necessidade do desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle de riscos à saúde do adolescente, enfatizando as relações familiares (ABASSE et al., 2009), visto que o adolescente é um indivíduo integrado em um sistema familiar complexo e com uma dinâmica específica (KOHLRAUSCH et al., 2008).

## **6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

A referida pesquisa fornece uma imagem inicial sobre o funcionamento familiar e a tentativa de suicídio. No entanto, algumas limitações devem ser consideradas: o estudo foi realizado em um único centro, a abordagem dos adolescentes foi realizada na emergência geral do hospital e o fato da entrevista ter sido realizada imediatamente antes da alta, o que pode ter levado alguns adolescentes e familiares a relatar sintomas depressivos com mais intensidade, como também não houve um controle sobre a confirmação dos agentes tóxicos por testes de rotina de laboratório.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A maioria dos adolescestes classificaram suas famílias com uma flexibilidade satisfatória, porém com baixos níveis de coesão, ou seja, com ausência de apoio familiar, diferentemente da perspectiva dos responsáveis, que classificaram suas famílias como coesas, porém, flexíveis em demasia. Ademais, observamos que o funcionamento familiar pode predispor ao risco de suicídio, com isso, os profissionais de saúde precisam realizar o aconselhamento familiar para promover uma comunicação saudável entre seus membros, como também, incorporar a família no atendimento do adolescente, estas medidas podem contribuir para redução de condutas de risco na adolescência, como a tentativa de suicídio.

## **REFERÊNCIAS**

- ABASSE, M.L.F.; OLIVEIRA, R.C.; SILVA, T.C.; SOUZA, E.R. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.*,14, n. 2, p. 407-416, 2009.
- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2008. Disponível em:< <http://www.abep.org>>. Acesso em: 23 jan 2008.
- ARIAS, G.M. et al. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *Medisan.* 2008.Disponível em: < [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_1\\_09/san05109.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm)>. Acesso em 15 fev 2015.
- BACA-GARCIA, E.; DIAZ-SASTRE, C.; CEVERINO, A.; PEREZ-RODRIGUEZ, M. M.; NAVARRO-JIMENEZ, R.; LOPEZ-CASTROMAN, J., ... & OQUENDO, M. A. Suicide attempts among women during low estradiol/low progesterone states.*Journal of psychiatric research*,v. 44, n.4, p.209-214, 2010.
- BAGGIO, L.; PALAZZO L.S.; AERTS D.R.G.C. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*, v. 25, n. 1, p. 142-150, 2009.
- BORGES, V.R.; WERLANG, B.S.G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estud. psicol. (Natal)*, v. 11, n.3, p. 345-351, 2006.
- CÂMARA, M.C.; PEREIRA, M.A.O. Percepções de transtorno mental de usuários da estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS), v.31, n.4, p. 730-737, 2010.
- CARVALHO, M.C.B. A priorização da família na agenda da política social. In: Kaloustian SM. *Família brasileira: a base de tudo*. São Paulo: Cortez, 2008.
- FAÇANHA, J.D.N. et al. Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção believe. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*,v. 6, n. 1, p. 1-16, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38699>>. Acesso em: 10 jul. 2015.
- FACELTO, O.G.; BUSNELLO, E.D.; BOZETTI, M.C. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Rev. Panam. Salud Públ.*, v. 7, n. 4, p. 255-263, 2000.
- GONÇALVES, A.M.; DE FREITAS, P.P.; SEQUEIRA, C.A.C. Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Factores de risco e de protecção. *Millenium*, n. 40, p. 149-159, 2011.
- HEISEL, M.J.; FLETT, G.L. Purpose in life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, v. 26, n. 2, p. 127-135, 2004.
- JAVIER, F.; CARLOS, E. Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, v. 47, n. 6, p. 643-646, 2009.
- KOHLRAUSCH, E.; LIMA, M.A.D.S.; ABREU, K.P.; SOARES, J.S.F. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde.*Cienc Cuid Saude*, v. 4, n.4, p. 468-475, 2008.

MARGONATO, F.B.; THOMSON, Z.; PAOLIELLO, M.M.B. Acute intentional and accidental poisoning with medications in a southern Brazilian city. *Cad Saúde Pública*, v.25, n. 4, p. 849-856, 2009.

NEWMAN, K.; HARRISON, L.; DASHIFF, C.; DAVIES, S. Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.16, n.1, p. 142-150, 2008.

OLIVEIRA, M.L.F.; BURIOLA, A.A. Gravidade das intoxicações por inseticidas inibidores das colinesterases no noroeste do estado do Paraná, Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)*, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 648-655, Dec. 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472009000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472009000400010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Jul 2015.

OLSON, D.H. The circumplex model of marital and family system. *J Fam Ther*, v. 22, p.144-167, 2000.

PAVEZ, P.; SANTANDER, N.; CARRANZA, J.; VERA-VILLARROEL, P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev Md Chile*, v.137, n. 2, p. 226-233, 2009.

Reprolatina - Soluções Inovadoras em Saúde Sexual e Reprodutiva.2008. [Internet]. Disponível em: <<http://www.reprolatina.org.br>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

SALVO, L.G.; MELIPILLÁN, R.A. Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.*, v. 46, n. 2, p. 115-123, 2008.

SHAIN, B.N. Suicide and suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*, v. 120, n. 3, p. 669-677, 2007.

TURAGABECI, A.R.; NAKAMURA K.; KIZUKI M.; TAKANO T. Family structure and health, how companionship acts as a buffer against ill health. *Health Qual Life Outcomes*, v. 5, n.61, p. 1-9, 2007.

VENTURA-JUNCÁ, D.R.; CARVAJAL, C.; UNDURRAGA, S.; VICUÑA, P.; EGAÑA, J.; GARIB, M.J. Prevalencia de ideación e intento suicida em adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Rev Md Chile*, v. 138, n.3, p. 309-315, 2010.

World Health Organization – WHO. Organização Mundial de Saúde. *Adolescent health* [Internet]. Disponível em:<<http://www.who.int/en/>>. Acesso em:28 jan. 2015.