

MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
ESCOLA DE SAÚDE

MARCELA CAMPOMIZZI FELÍCIO / HÉRCULES TENÓRIO COSTA PINTO DA
MOTTA

**FATORES DE RISCO E INTERVENÇÕES PREVENTIVAS AO SUICÍDIO EM
ADOLESCENTES: UMA REVISÃO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS E SOCIAIS**

Rio de Janeiro

2024

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar os principais fatores de risco para o suicídio em adolescentes e discutir as intervenções preventivas mais eficazes disponíveis atualmente. Pretende-se, assim, contribuir para a ampliação do conhecimento sobre estratégias de prevenção, englobando abordagens clínicas e sociais, com foco em medidas que possam ser implementadas tanto no contexto familiar quanto em políticas públicas a partir de revisão bibliográfica. Dentre os principais fatores de risco estão os fatores sociodemográficos e educacionais, os expressores psicossociais e vida familiar e os fatores psicológicos e psiquiátricos. A compreensão desses elementos é crucial para a formulação de estratégias que possam reduzir a incidência de suicídios em adolescentes e promover um ambiente de maior apoio e cuidado aos adolescentes em situação de vulnerabilidade.

Palavras-Chave: Suicídio, adolescência, prevenção, saúde mental.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the main risk factors for suicide in adolescents and discuss the most effective preventive interventions currently available. The objective is to contribute to the enhancement of knowledge regarding prevention strategies, encompassing clinical and social approaches, with a focus on measures that can be implemented both in the family context and through public policies based on a literature review. Among the main risk factors are sociodemographic and educational factors, psychosocial stressors, family life, and psychological and psychiatric factors. Understanding these elements is crucial for formulating strategies that can reduce the incidence of suicides among adolescents and promote a more supportive and caring environment for vulnerable youth.

Keywords: Suicide, teamanger, prevention, mental health

1. INTRODUÇÃO

A adolescência, compreendida entre os 10 e 19 anos, é uma fase crucial para o desenvolvimento social de um indivíduo, moldando-o para a vida adulta.¹ Neste contexto, o suicídio nesta faixa etária tem se consolidado como uma das principais preocupações de saúde pública em todo o mundo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é uma das principais causas de morte no mundo, com quase 700 mil vidas perdidas a cada ano e é a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, destacando a gravidade desse problema global. Nas Américas, a taxa de suicídio aumentou 17% entre 2000 e 2019, única região do mundo onde o número de casos vem crescendo de forma contínua.

No Brasil, os índices de suicídio entre jovens também são alarmantes, com taxas crescentes de comportamento suicidas. A adolescência, marcada por intensas transformações físicas, emocionais e sociais, torna esse grupo particularmente vulnerável a transtornos mentais, conflitos familiares, pressões sociais e outras adversidades, que podem culminar em comportamentos autodestrutivos.¹

Os fatores de risco associados ao suicídio em adolescentes são múltiplos e complexos, envolvendo uma combinação de aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Transtornos mentais, como depressão e ansiedade, histórico familiar de suicídio, exposição a traumas, e influências de fatores externos, como bullying e uso excessivo de redes sociais, são frequentemente citados como desencadeadores de ideação suicida. Igualmente, a dificuldade de acesso a serviços de saúde mental e a falta de suporte emocional adequado agravam ainda mais essa situação.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo baseou-se em uma revisão bibliográfica para abordar o tema proposto, utilizando como referências principais livros consagrados de renomados autores na área médica, reconhecidos por sua relevância acadêmica e clínica. Além disso, foram incluídos sete artigos científicos recentes, publicados nos últimos cinco anos, com o objetivo de trazer atualizações e perspectivas contemporâneas que contribuam para o enfrentamento do tema no contexto atual. No total, foram utilizadas dezessete referências bibliográficas.

As buscas foram realizadas em diversas bases de dados amplamente utilizadas na área da medicina, como PubMed, Scielo e Web of Science. Contudo, constatou-se uma limitada variedade de publicações específicas sobre o tema nas referidas plataformas. Para mitigar essa lacuna, foram exploradas fontes adicionais, incluindo repositórios acadêmicos, bancos de dados especializados e publicações de organizações de saúde.

A seleção dos materiais seguiu critérios de relevância, atualidade e alinhamento ao objetivo do estudo. Após a triagem inicial, os textos foram analisados de forma crítica para garantir que os conteúdos selecionados abordassem o tema de maneira aprofundada e sob diferentes perspectivas. Essa abordagem permitiu uma análise abrangente e contextualizada, promovendo uma discussão fundamentada e alinhada às necessidades contemporâneas da área médica.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. História e definição de suicídio

Em algumas culturas primitivas, o suicídio fazia parte dos costumes tribais. Na Antiguidade greco-romana, era considerado um ato racional, exercido como um direito pessoal. Durante a Idade Média, o suicídio passou a ser visto como resultado de instigação demoníaca, e, no século XVII, tornou-se um dilema humano. ²

Entre os vikings, a morte em batalha era considerada a maior das honras, garantindo a entrada no paraíso, sendo o suicídio visto como a segunda maior honra. Em certas sociedades nômades primitivas, o suicídio de idosos ocorria de forma ritualística, com um grau de coerção social, ainda que velada. Com o objetivo de não se tornar um fardo para seu povo e poupar os membros mais jovens da tribo da culpa de matá-los, o idoso cometia suicídio como um ato de honra.

Diversos pensadores buscaram definir o que é o suicídio. Para Sêneca, o suicídio era visto como “um ato de heroísmo”, enquanto, para Dante, representava “um ato de desespero”. Kant descrevia o suicídio como “a destruição arbitrária e premeditada que o homem faz de sua natureza animal”, ao passo que Rousseau o considerava “uma violação do dever de ser útil ao próximo e à sociedade”.

Nietzsche, por sua vez, defendia que o suicídio consistia em “admitir a morte no momento certo e com liberdade”, enquanto Sartre o caracterizava como “uma fuga ou um fracasso”.³

Somente a partir da segunda metade do século XX o suicídio passou a ser associado a transtornos mentais, permitindo que sua prevenção fosse abordada no âmbito da saúde pública.

Émile Durkheim⁴ (2003) acredita que o suicídio pode ser definido como:

toda a morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima. Mas essa definição é incompleta por não fazer distinção entre duas espécies de mortes bastante distintas. Não podemos alinhar na mesma classe e abordar da mesma forma a morte do alucinado que se precipita de uma janela alta porque a julga próxima do solo e do homem, de espírito são, que atenta contra a sua vida estando consciente disso. Diremos então que só existe suicídio se o ato de que a morte resulta tiver sido perpetrado pela vítima com vistas a esse resultado? Que só se mata verdadeiramente aquele que se deseja a morte e que o suicídio é um homicídio intencional de si próprio? Isso corresponderia a definir o suicídio por uma característica que, não obstante o interesse e a importância que pudesse ter, possuiria ao menos a desvantagem de

não ser facilmente reconhecível, porque difícil de observar. Como saber que móbil determinou o agente, como saber se, ao tomar a sua resolução, desejava efetivamente a morte, ou tinha outro fim em vista? (...) Quantas vezes não caímos em erro sobre as verdadeiras razões que nos levam a agir?! Quantas vezes não explicamos por generosas paixões ou por considerações elevadas atitudes que nos foram suscitadas por sentimentos mesquinhos ou por uma rotina cega?!

Igualmente, Durkheim⁴ (2003) entende que:

Sem dúvida, o suicídio é vulgarmente e antes de mais nada o ato de desespero de um indivíduo a quem a vida já não interessa. Mas, na realidade, porque ainda se está ligado à vida no momento de a deixar, nem por isso o indivíduo se abstém de abandoná-la e, dentre todos os atos pelos quais um ser vivo abandona assim o mais precioso de seus bens, existem traços comuns que são evidentemente essenciais. (...) Definitivamente, diremos, pois: chama-se suicídio todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir o resultado. A tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte.

Uma definição inicial do suicídio poderia ser “o ato intencional e deliberado de pôr fim à própria vida”. No entanto, é necessário aprofundar essa discussão, refletindo sobre o sofrimento humano e a relação entre a pessoa que sofre, o outro e o meio em que essa pessoa está inserida.⁵

Entende-se que as mesmas razões que conduzem ao sofrimento também podem levar ao suicídio, sendo este interpretado como o elo final de uma longa cadeia de sofrimento, em que a dor se torna insuportável ao ponto de nenhuma outra saída ser vislumbrada como viável.

O suicida não busca a morte em si, mas sim substitutos fantasiados que oferecem uma forma de escapar do sofrimento. Essas fantasias, predominantemente inconscientes, coexistem de forma peculiar em cada indivíduo, e podem incluir: O desejo de alcançar uma “outra vida” em um mundo paradisíaco, a tranquilidade angelical, o céu ou o nirvana; O reencontro com um objeto idealizado equacionado a Deus ou paraíso, ou ainda a entes queridos que se foram e a autopunição no estágio da melancolia do luto, por exemplo; Agressão e a vingança dirigidas aos sobreviventes, onde o suicida pode culpar as pessoas próximas ou a sociedade por não o

compreender, por ter o maltratado ou por injustiças percebidas e acreditar que o ato é uma vingança; Pedido de ajuda desvalorizado, como tentativas de suicídio não bem-sucedidas ou a verbalização do ato ridicularizada. ⁶

Assim, é importante tratar o suicídio como um fenômeno complexo e multideterminado, que abrange toda a trajetória biográfica do indivíduo, incluindo os fatores orgânicos, genéticos, psicológicos, histórico-culturais e socioambientais.

3.2. Epidemiologia de suicídio em Adolescente

De acordo com a OPAS, o suicídio permanece como uma das principais causas de morte no mundo, resultando em quase 700 mil vidas perdidas anualmente. Entre os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio é a quarta maior causa de morte.¹

Os dados epidemiológicos apontam para uma variação significativa nas taxas de suicídio entre adolescentes em diferentes regiões do mundo. Os países de alta renda, como os da Europa e América do Norte, frequentemente apresentam taxas mais elevadas de suicídio entre adolescentes, enquanto em países de baixa e média renda, essas taxas podem ser menores. No entanto, fatores como a subnotificação e o estigma em torno da saúde mental podem mascarar a verdadeira magnitude do problema em certas regiões.

Nas Américas, o suicídio entre adolescentes vem crescendo a taxas alarmantes. Entre 2000 e 2019 houve um aumento de 17% nas taxas de suicídio nesta região, tornando-a a única em que os casos estão em ascensão contínua.

Apesar de no período entre 2011 e 2022 ter ocorrido a redução de 36% no número de suicídios em escala global, no Brasil foi registrado um aumento de 43%. ⁷

As estatísticas sobre suicídio costumam estar subestimadas, uma vez que os dados não incluem os acidentes, as intoxicações aparentemente acidentais e outras manifestações autodestrutivas que não são intencionais ou plenamente conscientes. ⁶

Os adolescentes são mais propensos ao imediatismo e à impulsividade, ainda não possuindo plena maturidade emocional. Desta forma, tendem a enfrentar maiores dificuldades para lidar com estresses agudos, como término de relacionamentos, situações vexatórias, rejeição por grupos sociais, fracassos escolares e perdas de entes queridos, o que pode desencadear atos suicidas. ²

Silva et al ⁸ (2024), afirma que no Brasil entre 2011 e 2015 ocorreram 52.537 óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, dos quais 8.637 (equivalente a 16,44%) ocorreram na faixa etária de 15 a 24 anos.

Em um estudo epidemiológico observacional realizado por Silva et al ⁸ (2024), foram analisados todos os óbitos por suicídio entre adolescentes de 10 a 19 anos no Nordeste brasileiro, no período de 2001 a 2015, conforme a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10): lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), intoxicação exógena de intenção indeterminada - envenenamento (Y10 a Y19) e sequela de lesões autoprovocadas intencionalmente (Y87.0).

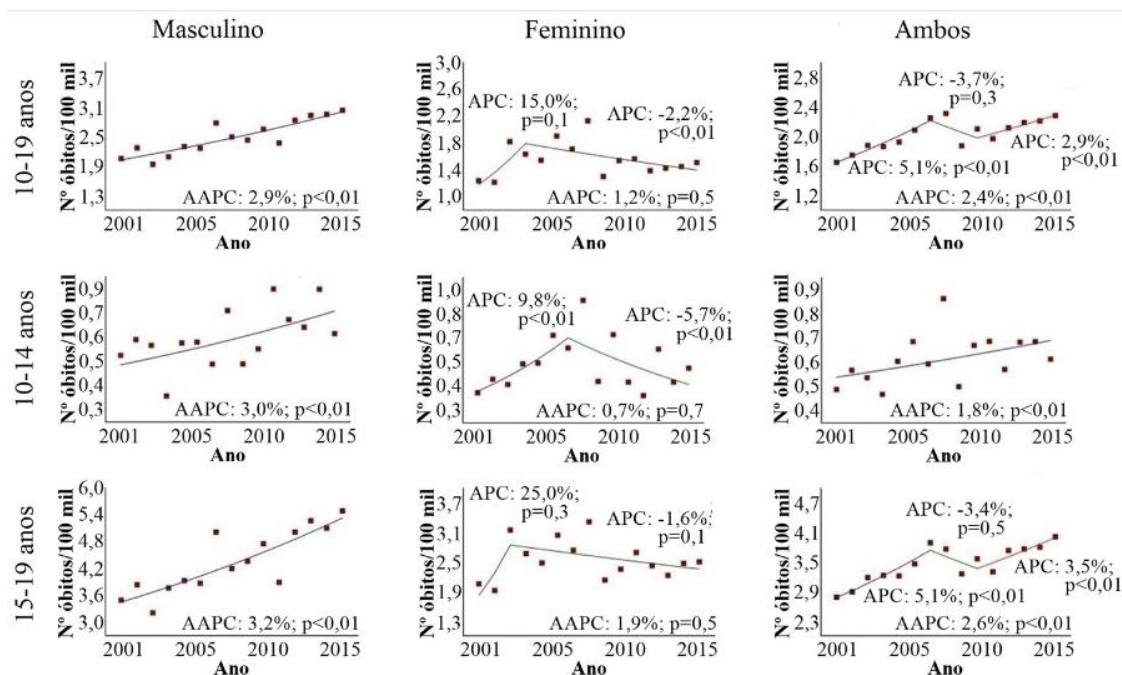


Figura 01: Tendência temporal da mortalidade de adolescentes em decorrência de suicídio no Nordeste do Brasil 2001-2015. ⁸

O estudo identificou uma tendência linear de crescimento para ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 14 anos, ao longo do período analisado. No sexo masculino, essa tendência de crescimento foi linear. No sexo feminino observou-se uma tendência estacionária no período completo, com um crescimento entre 2001 e 2007, seguindo de uma inflexão com tendência de declínio em 2007.

Na faixa etária de 15 a 19 anos, o estudo identificou três tendências distintas para ambos os sexos: crescimento entre 2001 e 2007, estabilização entre 2007 e 2010, seguida por uma nova tendência de crescimento a partir de 2010. Ao analisar toda a série temporal, a tendência geral foi de crescimento, com uma tendência de crescimento linear para o sexo masculino e padrão temporal estacionário para o sexo feminino.

Entre 2006 e 2015, as taxas de suicídio no Brasil aumentaram em 13% entre a população jovem de 10 a 19 anos. Em seis grandes cidades brasileiras, esse aumento foi ainda

mais alarmante, alcançando 23%. As cidades incluem: Belo Horizonte/MG, Porto Alegre/RS, Recife/PE, Rio de Janeiro/RJ, Salvador/BA e São Paulo/SP.

Entre 2011 e 2022, a taxa de suicídio no Brasil cresceu 6% por ano, enquanto, no mesmo período, as notificações por autolesão na faixa etária de 10 a 24 anos de idade aumentaram 29% ao ano. ⁷

O suicídio caracteriza-se como um fenômeno multicausal e que não pode ser reduzido a uma ocorrência específica. A epidemiologia do suicídio entre os jovens varia conforme fatores demográficos, culturais e socioeconômicos, o que sublinha a importância de uma análise detalhada para a compreensão das características deste fenômeno.

3.3. Fatores de risco para o suicídio adolescente

A adolescência tem sido compreendida como uma fase de transição que envolve o distanciamento da infância e a busca por um estado adulto e autônomo, sendo um marco importante na construção da personalidade e dos diversos sistemas que compõem o ser humano. Este período é caracterizado por um processo de desenvolvimento físico, mental, emocional, social e sexual. Desta forma, o nível de satisfação do indivíduo com sua própria vida pode influenciar sua capacidade de lidar com situações de estresse, o que representa riscos à sua saúde. ⁸

Os pensamentos suicidas são frequentes na adolescência, principalmente em épocas de dificuldades diante de um estressor importante, sendo na grande maioria passageiras, não indicando psicopatologia ou necessidade de intervenção.

3.3.1. Fatores sociodemográficos e educacionais

A relevância de fatores culturais no contexto do suicídio também é evidente, mantendo-se relativamente constantes em cada comunidade. As taxas de suicídio podem ser

de cinco a dez vezes maiores em países escandinavos, da Europa Central e da antiga União Soviética, em comparação com os países mediterrâneos e da América Latina. Contudo, é possível que, nestes últimos, existam formas mais sutis de “deixar-se morrer”, como ocorre com jovens em situação de vulnerabilidade que se envolvem com criminalidade e drogas, resultando em “homicídios precipitados pela vítima”, fenômeno também conhecido como *suicide by cop*.⁶

O homicídio precipitado pela vítima também pode ocorrer dentro da família, onde a vítima, por meio de identificações projetivas e comportamentos violentos, pode levar o agressor a “perder a cabeça” e matar ou agredir até matar quem a provocou. Nas estatísticas, estes eventos serão caracterizados como homicídio.

Os principais fatores sociodemográficos e educacionais que influenciam o comportamento suicida em adolescentes incluem o sexo, o nível socioeconômico, a orientação sexual e o rendimento escolar.²

Em muitos países, observam-se maiores taxas de tentativa de suicídio entre adolescentes do sexo feminino, enquanto as taxas de suicídio exitosos são mais elevadas entre adolescentes do sexo masculino. O suicídio exitoso é predominante entre homens, especialmente os de meia-idade ou idosos, ocorrendo cerca de três vezes mais do que entre as mulheres. Em contraste, as tentativas de suicídio são mais comuns entre mulheres jovens, ocorrendo entre 20 e 30 tentativas para cada suicídio exitoso. Em geral, o suicídio exitoso acontece já na primeira tentativa.⁶

Estudos indicam que adolescentes de classes socioeconômicas mais baixas têm maior vulnerabilidade ao suicídio, possivelmente devido à exposição a condições de vida adversas, menor acesso a serviços de saúde mental e maior envolvimento em situações de risco, como violência e abuso de substâncias.

Estudos revelam que certas orientações sexuais, tais como homossexualidade, bissexualidade e transgênero, enfrentam maiores desafios relacionados à aceitação social, discriminação e isolamento, e possuem maiores riscos de suicídio. Com frequência, esses adolescentes possuem transtornos mentais comórbidos, como depressão, ansiedade e abuso de substâncias, e estão sujeitos a mais estressores psicossociais, como o bullying e outras formas de violência.

No que tange aos fatores educacionais, o baixo rendimento escolar também está fortemente associado ao comportamento suicida. A dificuldade em acompanhar o desempenho acadêmico esperado, o perfeccionismo, a autocrítica exacerbada e a crença do indivíduo de que as pessoas esperam um alto desempenho, pode gerar sentimentos de fracasso, frustração, baixa autoestima e desesperança, contribuindo para o aumento de pensamentos suicidas.

O ambiente escolar, quando marcado por bullying ou exclusão social, pode potencializar o sofrimento psíquico desses adolescentes, tornando-se um fator crucial na compreensão da vulnerabilidade ao suicídio. ²

3.3.2. Expressores psicossociais e vida familiar

Botega² (2015) acredita que os principais estressores psicossociais e vida familiar são a separação ou divórcio dos pais; morte de um genitor; abuso físico e sexual; transtorno mental dos pais; comportamento suicida na família; discórdia no ambiente familiar; bullying (vítima ou perpetrador); sentir-se humilhado por ter sofrido ações disciplinares; exposição a casos de suicídio ou de tentativas de suicídio; e dificuldade nos relacionamentos interpessoais.

2

A separação dos pais pode causar sentimentos de abandono e insegurança nos adolescentes, impactando sua saúde mental. O luto pela perda de um genitor pode

desencadear um intenso sofrimento emocional, levando a estados depressivos que aumentam o risco de suicídio.

O estudo sobre a violência doméstica, ou seja, aquela vivida dentro do âmbito familiar, é relativamente recente e necessita de mais pesquisas. A literatura descreve quatro tipos de violência doméstica: física, psicológica, negligência e sexual. ¹⁰

Os traumas deixados pela violência doméstica podem originar diversas consequências físicas, como lesões, gestação não planejada, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras, tanto quanto consequências psicológicas.

Os danos psicológicos podem estar relacionados aos seguintes fatores: idade do início do abuso, duração do abuso, grau de violência ou ameaça de violência, diferença de idade entre pessoas que cometeu o abuso e a criança que sofreu o mesmo, relação entre a pessoa que cometeu o abuso e a criança, ausência de figuras parentais protetoras e grau de segredo. ¹⁰

Quando crianças e adolescentes vivenciam algum tipo de violência, o risco de desenvolverem depressão é grande e uma das manifestações da depressão pode ser a tentativa de suicídio. ¹⁰

A presença de transtornos mentais nos pais também é um fator crítico, uma vez que pode gerar um ambiente familiar instável, onde o adolescente pode se sentir habitualmente desamparado ou desprotegido. Comportamentos suicidas na família não apenas normalizam essa conduta, mas também transmite a mensagem de que a morte é uma solução viável para o sofrimento.

Botega² (2015) acredita que o suicídio de familiares, de amigos, ou de figuras admiradas pode influenciar adolescentes vulneráveis, promovendo um modelo de comportamento a ser seguido frente as adversidades normalizando essa conduta. Esse

fenômeno é conhecido como caráter de contágio (ou de imitação) de certos suicídios, e transmite a mensagem de que a morte é uma solução viável para o sofrimento.

Além disso, reportagens inadequadas na mídia, especialmente aquelas que transformam o suicídio em um espetáculo ou que detalham métodos específicos utilizados, podem ter um impacto significativo sobre os adolescentes. A difusão de websites, mídias sociais e salas de bate-papo que incentiva pactos suicidas também representa uma grave preocupação, acentuando o risco entre os jovens.

Embora haja benefícios incontestáveis sobre uso de internet e das mídias sociais, estas podem ser prejudiciais aos jovens, a partir do momento em que se tem acesso a materiais e informações danosas, como conteúdos ilícitos da *deepweb*, acesso a compras de substâncias ilegais, pedofilia e diversos tipos de conteúdo de violência, tortura, assassinatos e suicídios ao vivo. É possível, inclusive, encontrar sites de discussão e apoio para pessoas com pensamentos suicidas, fazendo apologia ao tema.¹¹

Para indivíduos com transtornos mentais preexistentes, o uso da tecnologia pode facilitar também o acesso a informações sobre métodos utilizados para cometer suicídio e automutilação. Igualmente, o anonimato na internet aumenta a probabilidade da existência de cyberbullying.

A discórdia familiar e o bullying, seja na escola ou em casa, também são influências significativas. O bullying pode levar a um sentimento de isolamento e desespero, enquanto a humilhação em ambientes disciplinares pode intensificar a autoimagem negativa do adolescente. As vítimas de bullying e cyberbullying estão mais propensas a apresentar quadros depressivos, ideação suicida e tentativas de suicídio.

Igualmente, a exposição a suicídios, especialmente de pessoas próximas, pode criar um efeito de contágio, tornando o suicídio uma opção mais acessível na mente do adolescente.

Por fim, as dificuldades nos relacionamentos interpessoais são outro fator importante, pois a capacidade de formar conexões sociais saudáveis é essencial para o bem-estar emocional. A falta de suporte social pode aumentar o risco de sentimentos de solidão e desesperança, que são frequentemente precursores de comportamentos suicidas.

3.3.3. Fatores psicológicos e psiquiátricos

Botega² (2015) entende que os principais fatores psicológicos e psiquiátricos no contexto de risco para o suicídio são os transtornos mentais; tentativa de suicídio prévia; autoagressão deliberada; abuso de álcool e drogas; alta hospitalar recente; mudança recente no tratamento psiquiátrico; impulsividade ou comportamento agressivo; baixa autoestima; pouca capacidade de solução de problemas sociais; sentir-se enclausurado, sem conexão, um peso; perfeccionismo; desesperança.

Inicialmente, os transtornos mentais, tais como a depressão e a ansiedade, estão frequentemente associados a comportamentos suicidas. Esses transtornos podem levar a um estado emocional debilitante, tornando os adolescentes mais vulneráveis a pensamentos autodestrutivos. Igualmente, condições como o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e o transtorno de conduta podem acentuar características como impulsividade e comportamento agressivo, aumentando o risco.

Outro fator significativo é o histórico de tentativas de suicídio. Adolescentes que já tentaram suicidar apresentam um risco substancialmente maior de novas tentativas. Isso evidencia a gravidade do sofrimento emocional que enfrentam, além da necessidade urgente de intervenções adequadas e eficazes.

Existe uma tendência em minimizar ou negligenciar nos outros os sinais de desespero extremo. O não reconhecimento ou a desvalorização das tentativas de suicídio dificulta a percepção desses sinais, fazendo com que percamos a oportunidade de reverter a situação. ¹⁰

A autoagressão deliberada é outro indicador preocupante. Comportamentos autoagressivos refletem uma luta interna e estão fortemente correlacionados ao risco de suicídio. Ademais, o abuso de substâncias, como álcool e drogas, pode agravar problemas emocionais, reduzir inibições e aumentar a propensão a ações impulsivas.

Mudanças recentes no tratamento psiquiátrico, como alteração de medicações, podem gerar instabilidade emocional, o que também eleva o risco. A impulsividade, combinada com comportamentos agressivos, dificulta o controle emocional, tornando os adolescentes mais propensos a decisões precipitadas.

A baixa autoestima é um outro fator crítico. Adolescentes que se sentem inadequados ou inferiores muitas vezes lutam contra pensamentos suicidas, sentindo-se incapazes de enfrentar os desafios da vida. Da mesma forma, a dificuldade em resolver problemas sociais pode resultar em um sentimento de impotência e desesperança, sendo ambos fatores importantes que contribuem para o suicídio.

Igualmente, sentimentos de isolamento e desconexão com o meio são também fatores cruciais. A sensação de estar enclausurado e sem suporte social e familiar pode intensificar a dor emocional, levando o adolescente a acreditar que não há saída senão o suicídio.

Por fim, o perfeccionismo e a desesperança podem criar um ciclo vicioso de frustração, onde altas expectativas não atendidas resultam em desespero, elevando ainda mais o risco de comportamentos suicidas.

4. Intervenções preventivas

4.1. Prevenção Primária

O suicídio é a principal causa de morte de pessoas que apresentam transtornos mentais. Apesar de mais de 450 milhões de pessoas sofrerem de perturbações mentais ou neurobiológicas ou ainda de problemas psicossociais, a maior parte destes pacientes sofrem em silêncio e não recebem os cuidados e tratamentos adequados, pois ainda encontram na sociedade fronteiras do estigma, da vergonha, da exclusão e até da morte.¹²

Apesar dos avanços na compreensão dos fatores de risco e na criação de programas preventivos, existem limitações importantes a serem consideradas. O estigma em torno da saúde mental, especialmente no que diz respeito ao suicídio, continua sendo um dos principais obstáculos para a busca de ajuda por parte dos adolescentes e de suas famílias. Campanhas de desestigmatização e incentivo ao diálogo aberto sobre saúde mental são essenciais para quebrar essas barreiras e facilitar o acesso ao tratamento.

Uma anamnese bem-feita pelo profissional de saúde e um diagnóstico correto são fatores cruciais para um tratamento eficaz e para a garantia da qualidade de vida do paciente e de seus familiares. No entanto, é fundamental garantir o acesso às informações e ao tratamento apropriado.

Políticas públicas que incentivem a integração entre profissionais de saúde, pais e adolescentes, além de disponibilizar recursos suficientes para cuidar da saúde mental dos jovens, são indispensáveis. Programas educativos, que incluem palestras em escolas, campanhas nacionais de sensibilização e distribuição de materiais informativos, devem buscar educar e conscientizar a sociedade, compartilhando sinais de alerta do suicídio, fatores de risco e a importância da saúde mental.

Iniciativas, como workshops de habilidades sociais, também são essenciais, pois ensinam estratégias de enfrentamento e resolução de problemas, ajudando os adolescentes a lidarem com o estresse e as pressões cotidianas. Além disso, é fundamental estabelecer ambientes seguros e acolhedores em escolas e em comunidades, como a criação de grupos de apoio, local onde os adolescentes possam se sentir valorizados e conectados.

Além disso, o estabelecimento de protocolos de resposta rápida para situações de crise é essencial. Isso pode incluir a implementação de linhas de apoio e serviços de emergência que estejam disponíveis 24 horas por dia, permitindo que os jovens e suas famílias busquem ajuda imediata quando necessário. Dados indicam que a disponibilidade de serviços de emergência acessíveis pode reduzir significativamente as tentativas de suicídio.

No Brasil, o Centro de Valorização da Vida (CVV) criado em 1962 é um serviço voluntário gratuito e sigiloso que funciona 24 horas por dia através do telefone (número 188), chat e e-mail, oferecendo apoio emocional e prevenção ao suicídio para quem precisa conversar.

A Campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio no Brasil popularmente conhecida como “Setembro Amarelo” ganhou força em 2015 e a cada ano ganha mais visibilidade e engajamento da população, especialmente entre os profissionais da saúde. Esta iniciativa promove diversas ações ao longo do mês como palestras, rodas de conversa, eventos comunitários e campanhas nas mídias sociais e na televisão. ¹³

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) também são fundamentais para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, proporcionando acompanhamento profissional contínuo e interdisciplinar através do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.2. Prevenção Secundária

As intervenções secundárias têm como objetivo identificar e apoiar aqueles que já apresentam sinais de risco de suicídio, antes que ocorram tentativas efetivas.

Um dos principais componentes da prevenção secundária é a realização de triagens regulares nas escolas. Essas triagens podem envolver a aplicação de questionários e entrevistas que ajudem a identificar adolescentes em risco. Estudos mostram que a detecção precoce de sinais de alerta, como mudanças no comportamento, isolamento social ou dificuldades acadêmicas, pode ser crucial para intervenções bem-sucedidas. ²

Além disso, é essencial a formação de professores e funcionários para reconhecer os sinais de alerta do suicídio. Capacitar esses profissionais para identificar comportamentos preocupantes e iniciar conversas sobre saúde mental pode fazer uma diferença significativa na vida dos alunos. Pesquisas indicam que educadores bem treinados são mais propensos a oferecer apoio efetivo e encaminhamentos adequados.

O treinamento adequado para profissionais de saúde também é uma prioridade. Esses profissionais devem estar preparados para intervir prontamente ao identificar sinais de risco, utilizando abordagens baseadas em evidências. Isso inclui o conhecimento sobre intervenções específicas e a capacidade de encaminhar os jovens para serviços de saúde mental apropriados.

Botega² (2015) reuniu alguns sinais de alerta quanto a provável existência de risco de suicídio, porém evidenciou que alguns desses sinais são inespecíficos, pois também aparecem quando do surgimento de transtornos mentais graves, como esquizofrenia, depressão, drogadição e transtorno bipolar.

Os sinais de alerta em relação a risco de suicídio em adolescentes são a seguir descritos: Mudanças marcantes na personalidade ou nos hábitos; Comportamento ansioso, agitado, ou deprimido; Piora do desempenho na escola, no trabalho e em outras atividades que costumava manter; Afastamento da família e de amigos; Descuido com a aparência; Perda ou ganho inusitado de peso; Mudança no padrão comum de sono; Comentários autodepreciativos persistentes; Comentários negativos em relação ao futuro, desesperança; Disforia marcante (combinação de tristeza, irritabilidade e acessos de raiva); Comentários sobre morte, sobre pessoas que morreram, e interesse por essa temática; Doação de pertences que valorizava; Expressão clara ou velada de querer morrer ou de pôr fim à vida.

Para garantir o acesso a cuidados adequados, é vital que os serviços de saúde mental sejam acessíveis e confidenciais. Oferecer terapias e grupos de apoio, pode proporcionar um espaço seguro para os adolescentes expressarem suas preocupações e receberem o suporte profissional necessário.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO			
Paciente: Sexo: Idade: Data: Avaliador:			
O que está acontecendo?			
<input type="checkbox"/> Desencadeante <input type="checkbox"/> Motivação <input type="checkbox"/> Significado do morrer			
Estado Mental Atual			
<input type="checkbox"/> Delírio/alucinação <input type="checkbox"/> Incontinência afetiva <input type="checkbox"/> Constrição cognitiva <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Instabilidade do humor <input type="checkbox"/> Vergonha/humilhação <input type="checkbox"/> Desesperança <input type="checkbox"/> Ansiedade/inquietude <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Desespero (<i>psychache</i>) <input type="checkbox"/> Impulsividade/agressividade <input type="checkbox"/> Dor/incapacitação <input type="checkbox"/> Colapso existencial <input type="checkbox"/> Raiva			
Intencionalidade Suicida			
IDEIAS DE MORTE	IDEIAS DE SUICÍDIO	TENTATIVA DE SUICÍDIO PRÉVIA	PLANO SUICIDA
<input type="checkbox"/> Passivas <input type="checkbox"/> Rejeita o suicídio	<input type="checkbox"/> Persistentes <input type="checkbox"/> Intensas <input type="checkbox"/> Incontroláveis <input type="checkbox"/> Vistas como alívio <input type="checkbox"/> Aceitáveis	<input type="checkbox"/> Quantas <input type="checkbox"/> Última Motivação Intencionalidade Letalidade	<input type="checkbox"/> Em preparação <input type="checkbox"/> Detalhado <input type="checkbox"/> Conhece poder letal <input type="checkbox"/> Possui os meios letais <input type="checkbox"/> Providências

Principais Fatores de Risco		
<input type="checkbox"/> Transtorno mental	<input type="checkbox"/> Suicídio na família	<input type="checkbox"/> Acesso a meio letal
<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Discórdia familiar	<input type="checkbox"/> Rigidez cognitiva
<input type="checkbox"/> Álcool ou outra droga	<input type="checkbox"/> Desilusão amorosa	<input type="checkbox"/> Perfeccionismo
<input type="checkbox"/> Abuso físico ou sexual	<input type="checkbox"/> Relações conflituosas	<input type="checkbox"/> Conflito de identidade
<input type="checkbox"/> Exposição a um suicídio	<input type="checkbox"/> Desemprego	<input type="checkbox"/> Dor/incapacidade
<input type="checkbox"/> Isolamento	<input type="checkbox"/> Derrocada financeira	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar recente
<input type="checkbox"/> Falta de apoio social	<input type="checkbox"/> Desonra	<input type="checkbox"/> Não adere a tratamento

Formulação do Risco e Manejo	
<input type="checkbox"/> Risco baixo
<input type="checkbox"/> Risco moderado
<input type="checkbox"/> Risco alto

Figura 02: Roteiro para avaliação do risco de suicídio. ²

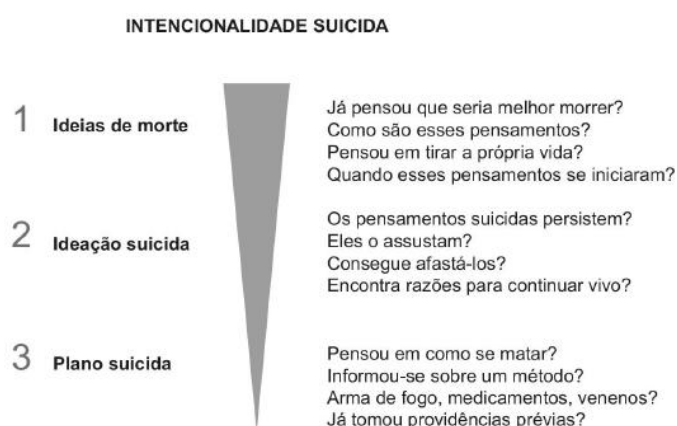


Figura 03: Sequência de perguntas que investigam o grau de intencionalidade suicida. ²

Já existem protocolos especiais para a identificação de doenças psiquiátricas que podem levar ao suicídio como módulo de depressão do Programa de Entrevistas para Crianças e Adolescentes. ¹⁴

4.3. Prevenção Terciária

As intervenções terciárias desempenham um papel crucial na recuperação e reintegração de adolescentes que já tentaram suicidar ou que estão em tratamento para problemas de saúde mental. O foco dessas intervenções é não apenas prevenir novas tentativas, mas também fornecer apoio contínuo e promover um ambiente seguro e acolhedor.

Uma das principais estratégias é a reabilitação e apoio contínuo. Após uma tentativa de suicídio, é fundamental que os adolescentes recebam suporte contínuo, que pode incluir terapia individual ou em grupo.

As terapias como a Terapia Cognitivo comportamental (TCC) e a Terapia Dialética Comportamental (TDC) têm demonstrado ser eficazes na redução de comportamentos suicidas, ajudando jovens a desenvolver habilidades de enfrentamento e na regulação emocional. ¹⁴

A TCC apresenta diversos benefícios ao paciente, incluindo a melhora de sintomas de depressão e efeitos positivos na prevenção da ideação suicida. Além disso, essas abordagens favorecem tratamentos centrados na família e contribuem para uma significativa redução do auto dano, principal evento associado à ideação suicida. ¹⁴

Esses espaços seguros permitem que os jovens explorem suas emoções e desenvolvam habilidades de enfrentamento.

Além disso, o acompanhamento médico é essencial para monitorar a saúde mental e física, garantindo que o adolescente receba o tratamento adequado. O envolvimento da família é um componente-chave nesse processo, pois um ambiente familiar solidário pode facilitar a recuperação e reduzir o risco de recaídas.

A participação da família neste processo terapêutico é essencial, uma vez que a participação ativa dos pais ou responsáveis pode ajudar na recuperação do adolescente prevenindo recaídas.

4.4. O papel da família e da escola

O acompanhamento familiar e escolar é fundamental para a identificação precoce dos sinais de alerta de mudanças comportamentais em adolescentes. É essencial que a

comunicação entre todos os envolvidos — familiares, educadores e profissionais de saúde — seja contínua e eficaz. Nas estratégias preventivas e de tratamento, a interdisciplinaridade entre os profissionais é crucial, pois garante que o adolescente em situação de risco receba um cuidado integral e adequado.

Geralmente a família da vítima acredita que este assunto é privado e deve ser tratado exclusivamente dentro do âmbito familiar.¹⁰

Desta forma, é preciso que haja intervenções preventivas sociais para desmistificar o suicídio.

5. DISCUSSÃO

A análise dos fatores de risco para o suicídio entre adolescentes revela a complexidade e a multidimensionalidade desse fenômeno, envolvendo uma interseção de aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. A literatura revisada destaca que, embora transtornos mentais, como depressão e transtorno de ansiedade, sejam frequentemente identificados como fatores predominantes, eles não atuam de forma isolada.

O contexto social do adolescente, que inclui relações familiares, dinâmicas escolares e interações em redes sociais, desempenha um papel significativo no desenvolvimento de comportamentos suicidas. A exposição a situações de bullying, abuso emocional ou físico, além de questões relacionadas à pressão acadêmica e à dificuldade de adaptação social, também surgem como agravantes.

A automatização e o aumento do uso de tecnologia entre adolescentes têm amplificado o impacto das redes sociais na saúde mental, fornecendo tanto uma rede de apoio quanto um ambiente propício a comparações sociais, cyberbullying e isolamento emocional. Estudos apontam que adolescentes com maior exposição a conteúdos negativos nas redes, como a

romantização do suicídio e a normalização de comportamentos autodestrutivos, são mais propensos a desenvolver ideiação suicida.

Nesse sentido, uma abordagem preventiva que envolva o controle e a educação sobre o uso saudável da internet é fundamental, além de políticas públicas que incentivem a integração entre profissionais de saúde, educadores, pais e adolescentes através de campanhas nacionais de sensibilização e conscientização sobre os sinais de alerta do suicídio, fatores de risco e a importância da saúde mental.

6. CONCLUSÃO

Com base nos resultados apresentados na revisão dos autores, conclui-se pela imprescindibilidade de políticas públicas que promovam a integração entre sociedade, governos, instituições de saúde, escolas e famílias. Essa atuação coordenada e contínua deve priorizar práticas preventivas e intervenções fundamentadas em evidências científicas, com o objetivo de conter o aumento dos índices de suicídio entre adolescentes. Apenas por meio de estratégias articuladas será possível reduzir os fatores de risco, proteger os jovens e fortalecer sua resiliência emocional diante das adversidades.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. OPAS. Saúde mental dos adolescentes [Internet]. Acesso em 30 set. 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>.
2. Botega JN. *Crise Suicida: Avaliação e Manejo*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2015.
3. Corrêa H, Barrero SP. *Suicídio: Uma Morte Evitável*. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2006.
4. Durkheim É. *O Suicídio*. São Paulo (SP): Martin Claret, Série Ouro; 2003.
5. Afonso ML, Seabra DS. *Compreendendo o Suicídio: Estruturas Sociais e Suicídio*. 1ª ed. Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2021.

6. Cassorla RM. *Estudos sobre Suicídio: Psicanálise e Saúde Mental*. 1ª ed. São Paulo (SP): Blucher; 2021.
7. Gandra A. Fiocruz alerta para aumento da taxa de suicídio entre crianças e jovens [Internet]. Acesso em 30 set. 2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-02/fiocruz-alerta-para-aumento-da-taxa-de-suicidio-entre-crianca-e-jovem>.
8. Silva PJ, Feitosa RA, Machado MF, Quirino TR, Correia DS, Wanderley RA, et al. Perfil epidemiológico e tendência temporal da mortalidade por suicídio em adolescentes [Internet]. Acesso em 29 set. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/NQ5TStngT8QLnktZmSJmZnn/#>.
9. Ferreira P, Filho MV. *Compreendendo o Suicídio: Suicídio na Infância e na Adolescência*. 1ª ed. Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2021.
10. Kehdi RG. Tentativa de suicídio associada à violência sexual contra crianças e adolescentes [Internet]. Acesso em 30 set. 2024. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/20629/20629.PDF>.
11. Macaya DA, Abreu CN. *Compreendendo o Suicídio: O Suicídio e as Mídias Digitais: A Geração iGen*. 1ª ed. Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2021.
12. Gotti ES, Gomes, MC, Argondizzim JG, Oliveira EA, Sousa NM. Prevenção do suicídio na atenção primária à saúde: uma análise dos âmbitos de atuação profissional. *Revista Perspectivas* [Internet]. 2021;465–486. Acesso em 30 set. 2024. Disponível em: <https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/download/824/394/2178>.
13. Fernandes P. Resumo de Setembro Amarelo: história, prevenção e mais! [Internet]. Acesso em 30 set. 2024. Disponível em: <https://med.estrategia.com/portal/conteudos-gratis/procedimentos/resumo-de-setembro-amarelo-historia-prevencao-e-mais/#:~:text=p%C3%BAblica%20do%20pa%C3%ADs,->

[.Hist%C3%B3ria%20do%20Setembro%20Amarelo,preven%C3%A7%C3%A3o%20d
o%20suic%C3%ADio%20no%20Brasil.](#)

14. Maranhão TL, Neto ML. O impacto da terapia cognitivo-comportamental no contexto de riscos e vulnerabilidade para o suicídio entre crianças e adolescentes: revisão sistemática e metanálise [Internet]. Acesso em 30 set. 2024. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/download/3388/5377/13638>.