



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIANE ALVES MOTA

**COMPORTAMENTO SUICIDA EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO
DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado em forma de artigo como requisito a formação no Bacharelado em Enfermagem no UniCEUB, sob orientação da Professor Eduardo Cyrino de Oliveira Filho.

BRASÍLIA
2018

AGRADECIMENTOS

Ao longo do período da graduação, muitas pessoas passaram por minha vida, deixando marcas e lições para toda ela, proporcionando-me alegrias, conhecimento e crescimento pessoal. Este é o momento de agradecê-las, pois, de alguma forma, contribuíram para a conclusão desta etapa.

Acima de tudo, á DEUS, por conceder que eu viva e desfrute de Sua presença. Por todas as oportunidades que me foram dadas e principalmente por colocar pessoas especiais em diferentes lugares, me deixando experimentar situações inusitadas e momentos maravilhosos, mas também por me revestir de forças ao provar as difíceis fases da vida, que foram e continuarão sendo matérias-primas de aprendizado.

A meu esposo Ismael e minha mãe Ana, por serem meus pilares, por me doarem toda forma especial de carinho e amor, por nunca me deixarem desistir e por fazerem acreditar que nada é impossível e que sou capaz de chegar onde desejo, sem dúvida foram vocês o maior incentivo para chegar até aqui.

Ao meu pai Antônio, homem pelo qual tenho maior orgulho de chamar de pai, obrigada pelo seu jeito diferente de amar, de se preocupar e me motivar.

A minha irmã Célia e Júnior, pelo carinho e atenção que sempre tiveram comigo, por terem sido tão dedicados em minha criação, sempre me apoiando em todos os momentos, enfim por todos os conselhos e pela confiança em mim depositada. Em especial a minha Irmã, meu muito obrigada! Obrigada, pelas exaustivas correções desse trabalho, por acreditar que tudo daria certo.

A todos os amigos que fiz durante o curso, em particular aqueles que estavam sempre ao meu lado “Rosana, Simone, Ingrid, Vanessa, Ludmila e Carla” pela verdadeira amizade que construímos e por todos os momentos que passamos durante esses cinco anos, com certeza, sem vocês essa trajetória não teria sido tão prazerosa!

Ao meu professor e orientador, Eduardo Cyrino, que muito contribuiu para a execução desse trabalho através das suas palavras de incentivo, experiência, dedicação e determinação que tanto me motivaram para dar o melhor de mim, dando-me asas para que pudesse voar.

Por fim, á todos que souberam compreender meus momentos de ausência para dedicação exclusiva aos estudos e que contribuíram direta ou indiretamente para essa minha conquista acadêmica, deixo aqui registrado meu reconhecimento, carinho e eterno AGRADECIMENTO... OBRIGADA!!

Comportamentos suicidas em adolescentes: uma revisão de literatura

Mariane Alves Mota¹

Eduardo Cyrino Oliveira-Filho²

Resumo

Pesquisas apontam que os adolescentes são os mais vulneráveis para o autocídio, essa é a segunda maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. Diante disso, esse trabalho tem o intuito apresentar as diferentes formas de ocorrência, o perfil epidemiológico, a identificação dos sinais, bem como as políticas públicas, fatores de prevenção e proteção. Esse estudo trata-se de um revisão narrativa da literatura científica, consultadas nas bases de dados PubMed, PePSIC, SciELO, teses, literaturas oficiais e portarias. Conclui-se que muitos são os fatores que influenciam no comportamento suicida e apesar de existir sinais de riscos que possam auxiliar na prevenção ou detecção do sofrimento mental, social ou em condutas suicidas, deve-se analisar a fase de desenvolvimento em que o adolescente se encontra e as suas singularidades, pois, através delas serão desenvolvidas estratégias e planos a fim de reduzir os casos de autoextermínio.

Palavras chaves: Suicídio; Autocídio; Autoextermínio; Ideação Suicida; Comportamento Suicida; Adolescentes; Jovens.

Suicidal behaviors in adolescents: a literature review

Abstract

Research indicates that adolescents are the most vulnerable to suicide, which is the second leading cause of death among 15- to 29-year-olds. In view of this, this work intends to present the different forms of occurrence, the epidemiological profile, the identification of the signs, as well as public policies, prevention and protection factors. This study is a narrative review of the scientific literature, consulted in the databases PubMed, PePSIC, SciELO, theses, official literature and ordinances. It is concluded that many factors influence suicidal behavior and although there are signs of risks that may aid in the prevention or detection of mental, social or suicidal behavior, one should analyze the development phase in which the adolescent develops strategies and plans to reduce cases of self-extermination.

Keywords: Suicide; Autocide; Self-extermination; Suicidal Ideation; Suicidal Behavior; Adolescents; Young.

¹ Acadêmica de Enfermagem UniCEUB

² Professor do UniCEUB

1. INTRODUÇÃO

Os episódios de depressão e suicídio apresentam-se cada vez mais frequentes na sociedade, acometendo indivíduos de diferentes faixas etárias. Sem distinção de raça, sexo, situação socioeconômica, cultural ou espaço geográfico. Embora nenhum acontecimento ou conjunto de circunstância possam predizer o autoextermínio, existem fragilidades que tornam pessoas mais tendentes do que outras para cometer esse ato (VIEIRA, 2008).

Dessa forma, mesmo diante do aumento nos índices de mortalidade ocorrido pelo autocídio, ainda existe dificuldades para falar sobre a morte e os motivos que levam os indivíduos a praticá-la. Esses assuntos ainda não são retratados com clareza pela sociedade, podendo-se notar que geralmente não são comentados, investigados, observados e conscientizados da mesma maneira que outras doenças e comorbidades (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011).

Para Roskosz, Chaves e Soczek (2016, p.4):

“Este fato pode ser explicado pelo preconceito, estigma e receio de instigação do ato suicida existentes ainda hoje dentro da sociedade e das famílias, gerando assim um tabu em torno do assunto. Existe ainda uma banalização das expressões do desejo de morte e da depressão, que são um dos principais fatores envolvidos na ideação suicida. Além disso, a falta de informação com relação ao manejo destas situações, faz com que o assunto se torne evitado e até mesmo velado.”

Considerado um evento complexo e multicausal, o suicídio apresenta-se como um fato intencional, motivado pelo sujeito, decorrente da interação de fatores filosófico, antropológico, psicológico, biológico e social, cuja intenção é clara, por fim à sua própria vida (CARVALHO, 2013).

Visto como um problema de saúde pública, as estimativas indicam que 800 mil pessoas por ano comentem o autoextermínio, uma a cada 40 segundos. O suicídio é considerado uma das principais causas de morte mundial, contabilizando um milhão de óbitos por ano, com tendência de crescimento para as próximas décadas (WHO, 2014).

O índice de média mundial de autocídio é de 16 óbitos por 100 mil habitantes, tendo aumentado 60% nos últimos 45 anos (SCHLÖSSER; ROSA; MORE, 2014). Nesse interim, no Brasil, estima em média 5,7 óbitos por 100 mil habitantes, ficando como a terceira causa de morte (6,8%) por causas externas identificada no país (MACHADO; SANTOS, 2015).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) os jovens são considerados, os mais vulneráveis para o comportamento suicida, correspondendo à segunda causa de morte entre indivíduos de 15 a 29 anos (WHO 2014).

Do mesmo modo, surpreende o crescimento significativo que os índices de autocídio apresentaram em adolescentes brasileiros com faixa etária superior a 17 anos, ocorrendo em torno de 5 suicídios a cada 100 mil habitantes, ultrapassando a média nacional prevista (WAISELFISZ, 2014).

Além disso, o comportamento suicida em pubescentes de modo geral ainda é pouco notificado, pois muitas das mortes desse tipo são classificadas de maneira incorreta, sendo consideradas como não intencional ou acidental. Assim, as estatísticas sobre os atos suicidas geralmente são falhas e subestimadas, pois tanto a família quanto a própria sociedade, frequentemente, pressionam para que a causa seja alterada. E mesmo que as taxas fossem embasadas nos atendimentos hospitalares, não demonstraria o real indicador do problema da sociedade, visto que, somente 50% dos adolescentes que referiram ter tentado o autoextermínio, procuraram o auxílio do serviço médico (OMS, 2000; ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

Portanto, este trabalho tem como objetivo apresentar o suicídio acrescido entre os adolescentes, além das suas possíveis diferenças de ocorrência, dando destaque ao perfil epidemiológico, identificação dos sinais, bem como as políticas públicas, fatores de prevenção e proteção.

2. METODOLOGIA

Esse estudo trata-se de uma revisão de literatura narrativa, metodologia que propõe descrever um problema a partir de referências teóricas publicadas em artigos, livros, dissertações e teses, originando conhecimentos das diferentes contribuições científicas, auxiliando como base a todas as fases da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2010).

As bases de dados selecionadas para a busca do referencial teórico constituem-se em pesquisa motor Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), , National Library of Medicine (PubMed), Periódicos Eletrônico em Psicologia (PePSIC), Scientific Electronic Library Online (SciELO), teses de Mestrado, literaturas oficiais do Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e Portarias.

Para fixação da amostragem e identificação dos artigos, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “suicídio”, “ideação suicida”, “autocídio” “autoextermínio”, “adolescentes” e “jovens”.

Como critérios de inclusão foram selecionados artigos científicos completos e publicados, escritos em língua portuguesa e inglesa, que compreendesse os anos de 2008 a 2018 ou artigos anteriores a esse período, que apresentasse relevância para esse estudo, além de leis e políticas públicas disponíveis.

Após a leitura dos resumos dos artigos encontrados, foram excluídos os que não contribuíram para o objetivo desta pesquisa, dentre eles, os que tratavam de temas considerados irrelevantes, artigos duplicados, incompletos e materiais não gratuitos.

Dessa forma, os dados foram sistematizados em três categorias: 1) o suicídio; 2) suicídio na adolescência e 3) políticas públicas, fatores de prevenção e proteção do suicídio.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 O Suicídio

3.1.1 Aspectos históricos, fatores e tipos de suicídio

Presente em grande parte dos livros sagrados e das crenças mitológicas de povos antigos, um ato que às vezes era visto como heroíco, outras vezes como condenatório ou passível de punição, foi descrito pela primeira vez no século XVII, com a expressão latina “*sui caedere*”, que significa “matar-se” (BERTOLOTE, 2012).

O suicídio está presente desde o início da humanidade até os dias atuais. Existente nas culturas primitivas, era um evento representado pelos costumes tribais. No período Greco-romano, o exercício consequente de um direito pessoal. Na Idade Média, um pecado mortal fruto de incentivo demoníaco. No século XVII, transformou-se em um dilema humano. Depois da segunda metade do século XX, houve uma frequente associação entre o suicídio e transtornos mentais, levando o embasamento da sua prevenção no âmbito da saúde pública. Diferente da antiguidade onde o autoextermínio era voltado para atos de egoísmo ou heroísmo, nos dias atuais envolve situações de sofrimento e angústia (BOTEGA, 2015).

Assim, o suicídio é considerado um acontecimento complexo e multifatorial no qual as interações de fatores individuais, sociais e culturais serão determinantes na decisão de cessar a própria vida. A ausência de uma explicação absoluta para o ato suicida faz se necessário para entendê-lo, levar em consideração a associação de três fatores: *os precipitantes*, normalmente

atuais e externos ao sujeito; *os internos*, relacionados à sua história de vida e aos transtornos mentais preexistentes; e o *contexto sociocultural* do ato, onde o ato é empenhado (RIGO, 2013).

Além disso, o comportamento suicida engloba um conjunto de ideias, desejos, planos ou atitudes, que podem ter ou não um resultado de morte. As ações do autocídio podem ser classificadas em três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado (SCHLÖSSER; ROSA; MORE, 2014).

A *ideação suicida* é caracterizada por pensamentos, verbalizações e atitudes que evidenciam o interesse em acabar com a própria vida, podendo apresentar em forma de desejo ou planos de autoextermínio, sem que haja necessariamente a concretização do ato. Já a *tentativa de suicídio* é descrita por atos agressivos, mas não fatais, que pode resultar ou não em apenas lesões, e por último, o *suicídio consumado* caracterizado por uso de métodos letais, que leva o desfecho à morte (CARVALHO, 2013).

Na teoria de Durkheim (BANDO; LESTER, 2014), defende-se ainda, que existe quatro tipos de suicídio, sendo eles:

- *egoísta*, caracterizado pela baixa integração social, obediência e força coercitiva do coletivo;
- *altruísta*, relacionado à elevada integração social;
- *anômico*, ocorre pela ausência de normas ou baixa regulação social, perda de relação entre a pessoa e a sociedade;
- *fatalista*, decorrente da elevada regulação social, o autoextermínio surge como única escapatória possível a um contexto normativo imposto e inapelável.

Dessa forma, é possível identificar reconhecer e classificar o estágio de gravidade que a pessoa se encontra, proporcionando assim maiores chances de desenvolver trabalhos de prevenção e obter sucesso no tratamento (ROSKOSZ; CHAVES; SOCZEK, 2016).

3.2 Suicídio na adolescência

Para a Organização Mundial da Saúde, a adolescência compreende a faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL, 2007), já para o no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 1990, artigo 2º, consta que, adolescente é o indivíduo que tem entre 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

A puberdade é considerada uma fase complexa e dinâmica quando analisada pelo ponto de vista físico e emocional na vida do ser humano. Esse período é marcado pelas várias mudanças que ocorrem no corpo, repercutindo diretamente na evolução da personalidade e no desempenho pessoal dentro da sociedade. Há muitas preocupações nessa etapa, principalmente quanto os aspectos comportamentais e adaptativos (VALLE; MATTOS, 2011).

Desse modo, as modificações que ocorrem da infância para puberdade podem ocasionar alguns problemas existenciais, levando os adolescentes a manifestar pensamentos e interesses eventuais pelo autoextermínio (MOREIRA; BASTOS, 2015). Esse conflito pode ocorrer no instante em que o indivíduo não se identifica mais como uma criança, mas também, não consegue resolver os problemas complexos da vida adulta, por ainda não ter desenvolvido habilidades sociais e psíquicas, para lidar com a situação (ROSKOSZ; CHAVES; SOCZEK, 2016).

Nesse sentido, o suicídio em adolescentes geralmente está relacionado à incapacidade da resolução de problemas e da criação de estratégias para lidar com os fatores estressores, faltando na maioria das vezes alternativas para lidar com o desentendimento familiar, frustração e rejeições (SADOCK; SADOCK, 2007).

Assim, entre os jovens os sentimentos de desesperança e desamparo, podem induzir aos pensamentos, tentativa ou realização do autoextermínio. Por isso se faz importante, analisar os fatores de risco, que podem levar a essa motivação, sendo eles: histórico familiar de doenças psiquiátricas, transtornos mentais, abuso sexual na infância ou negligência, tentativa anterior de suicídio em familiares ou conhecidos, nível reduzido de apoio parental ou vida familiar conturbada, relação com armas de fogo, abuso psicológico e *bullying* por parte de colegas ou pessoas próximas, problemas disciplinares ou com leis, mudanças no humor, uso de substâncias, estresse e baixo rendimento escolar (OMS, 2006; MOREIRA; BASTOS, 2015).

Diante disso, uma pesquisa realizada durante cinco anos com 6.483 adolescentes norte-americanos com a faixa etária de 13 a 18 anos, aponta que 60% tinham um plano concreto de como se matar ou que já haviam tentado o autoextermínio e 20% relatam já ter tentado, sem que tivesse pensado ou idealizado um plano (BOTEGA, 2015).

Segundo os registros do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), as taxas de óbitos, que ocorreram em jovens entre os anos de 1980 e 2012, no Brasil, cresceram em torno de 25,9%, uma média de 4,9% por 100mil/habitantes (WAISELFISZ, 2014).

Somando-se a isto, em um estudo transversal realizado com mais de mil adolescentes com idade entre 14 a 19 anos, da cidade de São José-SC, 13,8% dos adolescentes apresentavam pensamentos suicidas, 10,5% já tinham planejado o ato e 5,5% tentaram o autoextermínio (ALVES JUNIOR et al., 2016).

Dessa forma, quando avaliada à relação entre os sexos, estimativas apontam que as mulheres tendem de duas a três vezes mais que os homens a cometer o suicídio, porém, estes escolhem métodos mais eficazes, agressivos e potencialmente letais nas tentativas, como: acesso em lugares elevados, arma de fogo, enforcamento, superdosagem de drogas e monóxido de carbono, o que difere das mulheres que em geral tomam alta dosagem de substâncias psicoativas ou veneno (SADOCK; SADOCK, 2007).

Entretanto, um estudo que analisou 72 prontuários de atendimento hospitalar na cidade de Alagoas, mostrou que 54,2% estavam entre a faixa etária de 15 a 20 anos, apresentando uma maior incidência de tentativas de suicídio pelo sexo masculino 51,4% (37 casos), que continuou a prevalecer nos casos consumados com 69,9% (24 casos), enquanto no sexo feminino houve o registro de 28,6% (10 casos) (PEREIRA; MACIEL; GUILHERMINO, 2017).

Quando se busca por outras individualidades, um estudo realizado na cidade de João Pessoa/PB, com jovens que apresentava ideação suicida, 45% cursam o 2º ano do ensino médio, 95% eram solteiros, 85% moram com os pais, 70% afirmaram ser católicos e 100% disseram não possuir trabalho remunerado (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

No que se refere aos artifícios escolhido para o autocídio, as adolescentes do sexo feminino utilizam como principal método o envenenamento (54,3%), medicamentos (28,6%) e enforcamento (14,3%), já o sexo masculino, foram enforcamento (46,0%), seguido de envenenamento (21,6%) e do uso de medicamentos (13,5%) (PEREIRA; MACIEL; GUILHERMINO, 2017).

Segundo Monteiro e Carvalho Júnior (2007), as intoxicações ocorrem principalmente por medicamentos analgésicos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e antidepressivos. Em adição Bochner (2006) aponta outras substâncias químicas, envolvem tintas e vernizes, colas e adesivos, álcool, inalantes, gases, cola de sapateiro, monóxido de carbono e derivados de petróleo (BOCHNER, 2006).

Quanto ao local, no Brasil, o mais utilizado pelos adolescentes para as tentativas de suicídio, é a própria casa o mais frequente 51% das vezes, sendo seguida pelos hospitais, que são 26% (MACHADO & SANTOS, 2015). Em acordo Pereira, Maciel e Guilhermino

(2017), expõe que 81,9% tentou o autoextermínio em casa, seguido do hospital, 5,6% e via pública, 4,2 %.

Vale ressaltar que, quando analisados os dados brasileiros sobre suicídio, deve-se considerar as altas taxas de subnotificação, conseqüentes de vários fatores, que vão desde a solicitação da família para que seja adulterada as causas das mortes na certidão de óbito até a existência de cemitérios ilegais (LOVISI et al., 2009).

3.2.1 Sinais Indicativos de Risco para o Suicídio

O comportamento de uma pessoa suicida se difere muito, de uma pessoa para outra. Os fatores pessoais exercem influencia de forma evidente ao sujeito quando adicionado as suas qualidades pessoais, sendo capaz de influenciar nas suas decisões, escolhas e constituição de como sujeito é. Por outro lado, os fatores sociais e ambientais, interferem constantemente em suas condutas e ações (SEBASTIÃO, 2012).

Segundo, Organização Mundial da Saúde (2006), existem alguns sinais (quadro 1) que podem ajudar na identificação desses indivíduos, podendo ser evidenciado através da historia de vida e dos seus comportamentos, esses traços podem ser indicativos de fatores de riscos para o suicídio ou para o sofrimento mental e social. Soma-se a isso alterações no comportamento escolar (OMS, 2000).

Quadro 1: Sinais para comportamento suicida.

Sinais de risco para comportamento suicida - Criança e de adolescente
1. Falta de interesse nas atividades habituais;
2. Declínio geral nas notas;
3. Diminuição no esforço/interesse;
4. Má conduta na sala de aula;
5. Faltas não explicadas e/ou repetidas, ficar “matando aula”;
6. Consumo excessivo de cigarros (tabaco) ou de bebida alcoólica,
7. Ou abuso de drogas (incluindo maconha);
8. Incidentes envolvendo a polícia e o estudante violento.

Fonte: Adaptada de OMS (2000).

Para Neves (2010, p. 51), ainda existe outras três características, que são próprias do estado de mentes suicidas:

- “1. Ambivalência: a maioria das pessoas já apresentou sentimentos confusos de cometer suicídio. O desejo de viver e o desejo de morrer oscilam nesses jovens. Há um sentimento de angústia entre sair da dor de viver e um desejo de permanecer vivo.
2. Impulsividade: o suicídio é também um ato impulsivo. Assim como qualquer outro, o impulso para cometer suicídio é transitório e dura alguns minutos ou horas. É geralmente desencadeado por acontecimentos negativos do dia a dia.
3. Rigidez: as pessoas com ideias suicidas constantemente pensam sobre suicídio e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema. Tendem a pensar de maneira rígida e drástica.”

Considera-se ainda que a maioria das pessoas com pensamentos de morte comunica suas intenções suicidas, de forma direta ou indireta a amigos, familiares ou colegas de trabalho. O conhecimento dessas informações pode contribuir para distinguir o que é fictício da realidade, ajudando a desconstruir o estigma que gira em torno desse comportamento (quadro 2).

Quadro 2: Ficção x Fato, sobre o suicídio.

FICÇÃO	FATO
1. Pessoas que ficam ameaçando suicídio não se matam.	1. A maioria das pessoas que se matam deram avisos de sua intenção.
2. Quem quer se matar, se mata mesmo.	2. A maioria dos que pensam em se matar, têm sentimentos ambivalentes.
3. Suicídios ocorrem sem avisos.	3. Suicidas freqüentemente dão ampla indicação de sua intenção.
4. Melhora após a crise significa que o risco de suicídio acabou.	4. Muitos suicídios ocorrem num período de melhora, quando a pessoa tem a energia e a vontade de transformar pensamentos desesperados em ação auto-destrutiva.
5. Nem todos os suicídios podem ser prevenidos.	5. Verdade, mas a maioria pode-se prevenir.
6. Uma vez suicida, sempre suicida.	6. Pensamentos suicidas podem retornar, mas eles não são permanentes e em algumas pessoas eles podem nunca mais retornar.

Fonte: OMS (2000, p. 15).

Diante disso, cada fase do desenvolvimento humano tem as suas singularidades, assim como cada pessoa passará por situações da vida de uma forma particular. Os sinais destacados

têm como intuito facilitar a identificação dos casos, antes que estes cheguem a sua consumação. Na maioria dos casos, deve sempre analisar a fase em que o sujeito está situado, para que fique mais adequado para cada caso, tendo em vista que, as diferenças das faixas etárias e do desenvolvimento humano em si são vistas como um todo (SEBASTIÃO, 2012).

3.3 Políticas públicas, fatores de prevenção e proteção do suicídio

Nos últimos anos vêm sendo propostas condutas que incluem melhoria na qualidade de vida dos grupos mais atingidos e a eliminação dos tabus em torno do tema, surgindo programas e intervenções que visam prevenir os danos causados pelo autoextermínio (OMS, 2000).

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a debater sobre a temática, o que implicou em ações voltadas para a prevenção e os cuidados de saúde dos familiares daqueles que cometeram o suicídio. Na década de 1990, a Organização Mundial de Saúde adotou o suicídio como um problema de saúde pública e elaborou políticas nacionais para sua prevenção (BOTEGA, 2007).

Dez anos mais tarde, a OMS publicou as recomendações preventivas, trazendo em sua íntegra o estímulo à pesquisa, medidas que minimizassem os acessos aos meios letais, o melhoramento dos serviços de atenção à saúde, a reabilitação de pessoas com comportamento suicida e o reconhecimento precoce de sofrimento mental. A importância do Estatuto do Desarmamento e da fiscalização de posse de armas de fogo, a aplicação de barreiras e obstáculos em locais propícios a suicídios, o controle dos acessos a substâncias tóxicas, foram atitudes importantes para amenizar facilitadores prováveis de suicídios (OMS, 2000).

Em 2006, para minimizar as taxas do autoextermínio e os danos associados às tentativas suicidas, a Coordenação de Saúde Mental elaborou a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio, que buscou, junto a algumas Secretarias do Ministério da Saúde, a elaboração de Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, cuja regulamentação foi aprovada pela Portaria nº 1.876.5 (BRASIL, 2006).

Com o intuito de maior vigilância foi aprovada a Portaria MS nº 1.271/2014, que trouxe a obrigatoriedade imediata de notificação para todas as tentativas de suicídio, bem como, o direito de encaminhamento para uma rede de atenção à saúde e serviços de saúde mental, cuidados imediatos, acionamento da rede de vigilância, prevenção, assistência e adoção de medidas terapêuticas adequadas para cada caso (BRASIL, 2014).

A saúde pública, também propôs em quatro passos um protocolo para a prevenção em atos suicidas: 1) *vigilância dos casos*, que tem o intuito de definir o problema através de coleta sistemática de dados; 2) *identificação dos fatores protetores e de risco*, através da pesquisa encontrar as razões para o comportamento suicida, a quem ele afeta e o que pode amenizar seu impacto; 3) *desenvolver, implementar e avaliar intervenção* para decidir quais foram as mais exitosas e pra quem; 4) *implementar políticas e programas efetivos*; verificar/avaliar a efetividade das intervenções (BERTOLOTE, 2012; WHO, 2014).

Portanto, o reconhecimento das condições protetoras e de risco são fundamentais para ajudar nas estratégias de redução nos casos de autoextermínio. O apoio familiar, de amigos e de outros relacionamentos significativos, bem como as crenças culturais religiosas e étnicas; envolvimento na comunidade; vida social satisfatória; integração social (através do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer); acesso a serviços de cuidados e suportes na saúde mental, são considerados atributos protetores que reduzem e auxiliam no risco de suicídio (ABP, 2014; CARVALHO, 2013).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, mesmo com a implementação de protocolos a serem seguidos nos casos de suicídio, as informações necessárias para obtenção de estatísticas e controle ainda é mitigada, devido o grande entrave no preconceito (moral e religioso), mitos e tabus.

Diante disso, os estudos advertem que as prováveis motivações para a ideação suicida, podem ser resultantes de uma gama de fatores de risco como: histórico de suicídio na família, transtornos mentais, exposição à violência, abuso de álcool e drogas, conflitos familiares, além de frustrações, rejeições, abuso psicológico, tentativas anteriores de suicídio, problemas disciplinares e baixo rendimento escolar. Além de impulsividade para a resolução dos problemas e escolha de conduta drástica.

Apesar de existir sinais de riscos que possam auxiliar na prevenção ou detecção do sofrimento mental, social ou em condutas suicidas (pensamento, planejamento e tentativa), deve se analisar a fase de desenvolvimento em que o adolescente se encontra e as suas singularidades. Para que as estratégias e planos, sejam embasadas nas suas individualidades, reduzindo assim as chances de casos de autoextermínio.

Com o intuito de minimizar as taxas de tentativas e suicídios, bem como os danos, o Brasil desenvolveu estratégias, voltadas para prevenção e promoção de saúde. Além de

oferecer serviços de saúde mental, tratamento e reabilitação psicossocial, visando melhoria nas condições de vida e dos vínculos familiares e comunitários. Porém, ainda se faz necessário maiores investimentos para criação de programas e estratégias específicas direcionadas para a prevenção do comportamento suicida na população adolescente.

Ainda assim, se faz necessário programas que capacitem profissionais da área da saúde, afim de auxiliar na identificação prévia destes comportamentos, favorecendo um atendimento adequado, além de atender as demandas apresentadas tanto pelos jovens quanto por suas famílias.

Por fim, espera-se que esta pesquisa contribua de forma proveitosa para a compreensão dos aspectos sociais da ideação suicida. Sugere-se a realização de outras pesquisas, pois o tema ainda é bastante carente de investigações. Que através dessa análises, busquem reconhecer os determinantes epidemiológicos que identifique o adolescente suicida, auxiliando no planejamento de ações preventivas ao suicídio, podendo complementar ou até mesmo modificar as representações sociais aqui apresentadas.

REFERÊNCIAS

ALVES JUNIOR, C. A. S. et al. Comportamentos suicidas em adolescentes do sul do Brasil: Prevalência e características correlatas. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 88-94, abr. 2016.

ARAÚJO, L. C.; VIEIRA, K. F.; COUTINHO, M. P. L. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico-USF**, Itatiba, v. 15, n. 1, p. 47-57, jan./abr. 2010.

ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf. Acesso em: 9 maio 2018.

BANDO, D. H.; LESTER, D. Estudo ecológico sobre suicídio e homicídio no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.1179-1189, abr. 2014.

BARBOSA, F. O; MACEDO, P. C. M; SILVEIRA, R. M. C. Depressão e Suicídio. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-243, jan/jun. 2011.

BERTOLOTE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Unesp, 2012.

BOCHNER, R. Perfil das intoxicações em adolescentes no Brasil no período de 1999 a 2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 587-595, mar. 2006.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p.7-8. mar. 2007.

BRASIL. **Lei Nº 8.069, DE 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 15 maio 2018.

BRASIL. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em: 15 maio 2018.

BRASIL. **Portaria 1.271 de 06 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 15 maio 2018.

BRASIL. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 15 maio 2018.

CARVALHO, A. (Org.). **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017**. Lisboa: Ministério da Saúde de Portugal, 2012. Disponível em: <https://www.dgs.pt/...e.../plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>. Acesso em: 9 maio 2018.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, supl. II, p. 86-93. out. 2009.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p.45-54, jan./mar. 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 7ª Edição. São Paulo: Atlas, 2010.

MONTEIRO, P. A. A.; CARVALHO JUNIOR, P. M. Características epidemiológicas dos atendimentos de intoxicações humanas no CEATOX-79 (Marília – S.P.) em 2004. **Revista brasileira de toxicologia**, São Paulo, v. 20, n. 1/2, p. 39-45, dez. 2007.

MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, P. R. H. O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.445-453, dez. 2015.

NEVES, S. M. **Internação e suicídio: protocolo de atenção aos sinais**. Curitiba: Secretaria de Estado da Criança e da Juventude, 2010. Disponível em: http://ens.sinase.sdh.gov.br/ens2/images/Biblioteca/Livros_e_Artigos/cadernos_de_socioeduc

ao/CADERNOS%20DE%20SOCIOEDUCA%C3%87%C3%83O.%20Interna%C3%A7%C3%A3o%20e%20suic%C3%ADdio.pdf. Acesso em: 9 maio 2018.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: OMS, 2000. Disponível em: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em: 10 maio 2018. Acesso em: 9 maio 2018.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros**. Genebra, 2006. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf. Acesso em: 10 maio 2018.

PEREIRA, W. K. S.; MACIEL, M. P. G. S, GUILHERMINO, G. M. S. O adolescente que tenta suicídio: estudo epidemiológico em unidades de referência. **Revista de enfermagem UFPE on line**. Recife, v. 11, n. 8, p. 3130-5, ago. 2017.

RIGO, S. C. Parte 1 – Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica: Capítulo III. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Suicídio: e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP, p.13-30. 2013. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018.

ROSKOSZ, F. L. S.; CHAVE, S. K.; SOCZEK, K. L. Suicídio na adolescência e terapia cognitivo-comportamental. **Revista Trabalhos De Conclusão De Curso Faculdade Sant'ana**, Ponta Grossa, v. 1, p. 1-19, jan./dez. 2016.

SADOCK, B. J; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SCHLÖSSER, A.; ROSA, G. F. C., MORE, C. L. O. O. Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p.133-145, abr. 2014.

SEBASTIÃO, M. B. **O suicídio na infância e na adolescência: uma revisão bibliográfica**. 2012. 74f. Monografia (Pós-Graduação) da Especialização em saúde mental e coletiva. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1251/1/Maribel%20Batista%20Sebasti%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

VALLE L. E. L. R, MATTOS, M. J. V. M. Adolescência: as contradições da idade. **Revista Psicopedagógica**, São Paulo, v. 28, n. 87, p.321-323, nov. 2011.

VIEIRA, K. F. L. **Depressão e Suicídio: uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico**. 2008. 159f. Dissertação (Mestrado) em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/ppgp/images/pdf/dissertacoes/kay_francis_leal_vieira_2008.pdf. Acesso em: 20 maio 2018.

WASELFISK. J.J. **Mapa da violência 2014**. Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: Flacso-Brasil, 2014. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf. Acesso em: 20 maio 2018.

WHO (World Health Organization). **Preventing suicide: a global imperative**. Departamento de Saúde Mental. Genebra: Supre. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 maio 2018.