

**FACULDADE DE ENSINO SUPERIOR DO PIAUÍ – FAESPI
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

RAMIRES RAYNAN DA SILVA FONTES

**AS MEDIDAS PREVENTIVAS AO SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA SOB À LUZ DA
ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO**

**TERESINA – PI
2017**

RAMIRES RAYNAN DA SILVA FONTES

**AS MEDIDAS PREVENTIVAS AO SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA SOB À LUZ DA
ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO**

Monografia apresentada à Faculdade de Ensino Superior do Piauí FAESPI, como requisito parcial para a obtenção o grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof.^o Esp. Daniel Feitosa dos Santos.

TERESINA – PI

2017

RAMIRES RAYNAN DA SILVA FONTES

**AS MEDIDAS PREVENTIVAS AO SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA SOB À LUZ DA
ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO**

Monografia apresentada à Faculdade de Ensino Superior do Piauí FAESPI, como requisito parcial para a obtenção o graude Bacharel em Psicologia.

Aprovado em: ____ / ____ / 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.º Esp. Daniel Feitosa dos Santos
Orientador
Faculdade de Ensino Superior do Piauí – FAESPI

Prof.ª Esp. Myrlla Siruqira Soares
1ª Examinadora
Faculdade de Ensino Superior do Piauí – FAESPI

Prof.º Me. Dorinaldo de Freitas Cintra Junior
2º Examinador
Faculdade de Ensino Superior do Piauí – FAESPI

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, que me deu saúde, energia e benefícios para concluir todo esse trabalho.

Um agradecimento especial para os meus pais, que estiveram sempre presentes me apoiando, incentivando e me dando forças para que eu continuasse na luta durante essa etapa da minha vida.

Agradeço também aos meus irmãos, amigos e colegas da faculdade que sempre torceram por mim e me apoiaram no decorrer da faculdade.

Agradeço ao meu orientador Daniel Feitosa, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivo, por gentilmente ter me ajudado e me guiado no decorrer deste trabalho, me dando todo suporte necessário.

Enfim, um muito obrigado a todos que direta ou indiretamente me apoiaram em mais esta jornada.

RESUMO

A adolescência é um período do desenvolvimento marcado por diversas modificações biológicas, psicológicas e sociais que, geralmente, são acompanhadas de conflitos e angústias. É nesta fase que questões como o sentido da vida, a morte, a imortalidade e o suicídio apresentam-se com uma maior relevância. É possível observar que, nas últimas décadas, houve um crescimento no comportamento suicida entre jovens. Diante desses aspectos, este estudo tem como objetivo geral de identificar as principais medidas preventivas ao suicídio de adolescentes sob a perspectiva de intervenção do psicólogo e delimita-se nos seguintes objetivos específicos: compreender o suicídio e sua dinâmica, entender os principais fatores de risco desencadeiam o suicídio na adolescência e apreender o suicídio sob o olhar da Psicologia. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que teve como critério de inclusão artigos publicados na íntegra entre 2010 e 2017, e como critério de exclusão artigos inferiores a este corte temporal e publicados em língua estrangeira.

Palavras-chave: Suicídio. Adolescência. Prevenção. Psicologia.

ABSTRACT

Adolescence is a period of development marked by various biological, psychological and social changes that are generally accompanied by conflict and anguish. It is at this stage that issues like the meaning of life, death, immortality and the suicide are presented with greater relevance. You can see that, in recent decades, there has been an increase in suicidal behavior among young people. On these aspects, this study aims to identify the main general preventive measures to the suicide of adolescents under the prospect of intervention by the psychologist and delimits the following specific objectives: understanding suicide and your dynamic, understand the main risk factors trigger suicide in adolescence and apprehend the suicide under the gaze of psychology. It is an integrative literature review, inclusion criterion articles published in full between 2010 and 2017, and as a criterion for deleting articles below this time cutting and published in a foreign language.

Keywords: Suicide. Adolescence. Prevention. Psychology.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	O SUICÍDIO E SUA DINÂMICA	9
2.1	UM BREVE HISTÓRICO DO SUICÍDIO NA HUMANIDADE	9
2.2	FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO AO SUICÍDIO	10
2.3	O SUICÍDIO SOB A PERSPECTIVA DO PSICÓLOGO	13
2.3.1	Aspectos éticos que envolvem a atuação do psicólogo no trabalho com pessoas com ideação suicida	15
3	ADOLESCÊNCIA: DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO	17
3.1	COMPREENDENDO A ADOLESCÊNCIA	17
4	AS MEDIDAS PREVENTIVAS AO SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA SOB À LUZ DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO	34
4.1	METODOLOGIA	34
4.1.1	Critérios de inclusão e exclusão	34
4.1.2	Bases de dados	34
4.1.3	Procedimentos de análise dos dados	35
4.2	RESULTADOS	35
4.3	DISCUSSÃO	37
4.3.1	Fatores de risco	38
4.3.2	Medidas preventivas ao suicídio na adolescência	41
4.3.3	O acolhimento e o cuidado na intervenção do psicólogo junto aos adolescentes que apresentam comportamento suicida	42
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS	46

1 INTRODUÇÃO

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde existe uma previsão de que na próxima década sucederá perto de 1.500.000 suicídios em todo o mundo, o que equivale a uma morte a cada 20 segundos (OMS, 2012). Segundo dados de 2012 da agência da ONU, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos no mundo, sendo a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos. Setenta e cinco por cento dos suicídios ocorrem em países de baixa e média renda.

O elevado índice dos comportamentos suicidas assinala para a relevância de se estudar esse tema que está mais presente na vida das pessoas do que, de forma geral, se pensa e causa impactos importantes na sociedade e nos serviços de saúde, sobretudo, quando o suicídio ou sua tentativa tem cada vez mais atingido os adolescentes. Daí surge a importância de se difundir medidas preventivas mais efetivas.

Ao se falar em prevenção ao suicídio é importante destacar que esta deve envolver atividades de profissionais de diferentes áreas, como por exemplo, da saúde, educação, assistência social, dentre outras que objetivam o cuidado e a promoção da vida. (GUTIERREZ, 2014).

Nesta perspectiva, os profissionais de Psicologia inseridos em diversos serviços da saúde, atuam na prevenção ao suicídio através do acompanhamento do indivíduo que apresenta comportamento suicida. Assim sendo, o psicólogo pode auxiliar proporcionando seu instrumental de trabalho, isto é, a escuta qualificada e individualizada do sujeito, estando alerta àqueles que expõem fatores predisponentes para a tentativa de suicídio.

A escuta do sujeito em sofrimento, que o acolhe como único, singular, é uma das formas fundamentais para o entendimento da tentativa de suicídio. (WERLANG, et al, 2008).

O presente estudo justifica-se pelo alto índice de suicídio na adolescência. Sendo assim, é relevante falar sobre suicídio como também se posicionar perante o assunto, ou seja, identificar os valores familiares, pessoais e sociais. Pois o suicídio é um problema de saúde pública que preocupa e afeta todo mundo, sendo a segunda maior causa de morte nos adolescentes. (GUTIERREZ, 2014).

A adolescência é um período do desenvolvimento marcado por diversas modificações biológicas, psicológicas e sociais que, geralmente, são acompanhadas de conflitos e angústias. É nesta fase que questões como o sentido da vida, a morte, a imortalidade e o suicídio apresentam-se com uma maior relevância. É possível observar que, nas últimas décadas, houve um crescimento no comportamento suicida entre jovens.

Diante desses aspectos explanados busca-se compreender: quais principais medidas preventivas ao suicídio de adolescentes sob a perspectiva de intervenção do psicólogo?

Assim, a importância desse presente estudo, é apresentar como pode ocorrer a identificação dos fatores agravantes, que pode ser definido como: circunstâncias, acontecimentos de vida, condições patológicas ou traços da personalidade e dos fatores de proteção: bom vínculo social, família, sociedade, e através da atuação do profissional de psicologia visando uma redução de probabilidade de tentar ou morrer por suicídio.

Embora existam pesquisas sobre a temática do suicídio no campo da saúde coletiva, um estudo como esse pode proporcionar aos profissionais de saúde e, especialmente, aos psicólogos uma referência acerca das principais medidas preventivas do suicídio na adolescência. É importante que os psicólogos e demais profissionais da área da saúde estejam atentos, e que busquem um conhecimento, visto que seu aprofundamento irá contribuir para futuras pesquisas e estudos sobre o assunto.

Diante disso, este estudo tem como objetivo geral de identificar as principais medidas preventivas ao suicídio de adolescentes sob a perspectiva de intervenção do psicólogo e delimita-se nos seguintes objetivos específicos: compreender o suicídio e sua dinâmica, entender os principais fatores de risco desencadeiam o suicídio na adolescência e apreender o suicídio sob o olhar da Psicologia.

2 O SUICÍDIO E SUA DINÂMICA

2.1 UM BREVE HISTÓRICO DO SUICÍDIO NA HUMANIDADE

O suicídio acompanha a toda a história da humanidade, através de antigos livros, como o Alcorão, a Bíblia, dentre outros, já se viam relatos de pessoas que deram fim à própria vida, seja por ato heroico com a finalidade de salvar o povo ou de livrar-se de um castigo. (BERTOLOTE, 2012).

O estudo sobre suicídio até o século XVII era de interesse prevaiente “teológico, religioso e filosófico, passando então a atrair o interesse de médicos”. Com o passar dos tempos, além destes, outros profissionais foram interessando-se pela assunto, como, “psicólogos, linguistas, antropólogos, psicanalistas e historiadores, dentre outros no que veio a ser conhecido como “suicidologia”. (BERTOLOTE, 2012, p. 15)”.

Na mitologia, encontramos a história de Narciso, que tomado pela angústia e por sua própria beleza refletida na água do lago, lança-se nas profundezas do lago morrendo afogado, na tentativa de alcançar sua própria imagem ainda jamais vista por ele. Assim como, o *mito de Sísifo*, cujo filósofo Albert Camus (1913-1960) pôs o suicídio como um problema filosófico sério, porque, principia a partir dele uma forma de avaliar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida. (BERTOLOTE, 2012, p. 35).

Segundo Fukumitsu (2005, p. 166) “o suicida não procura a morte, mas a vida. O ato suicida trata-se de um derradeiro grito de confirmação da sua própria existência, embora ele aparente extremo desespero e desistência”. Segundo esta autora, é importante entender o que está por trás desta tentativa, qual a mensagem que precisa ser passada e a intencionalidade pode ser consciente ou não, e nem sempre compreendido pela própria pessoa que tenta o suicídio.

É importante ressaltar a diferença ente o ato suicida e suicídio. O ato suicida “ocorre quando o indivíduo ocasiona uma lesão em si própria, independente do nível de finalidade letal”. (OMS, 2000- 2001) No ato suicida, a pessoa fere e causa danos a si mesma, compreendendo todas as tentativas de suicídio, e o suicídio ocorre quando o ato é realmente consumado.

Toda pessoa que toma a decisão de findar a sua vida, fundamentalmente tem representação prévia da própria morte, levando as pessoas a esquematizarem várias vezes como almeja morrer.

Segundo Louzã Neto (2007, p.476) “a condição *sinequa non* do suicídio é a morte em que o sujeito é, ao mesmo tempo, o agente passivo e ativo, a vítima e o assassino, o desejo de morrer e ser morto e o desejo de matar”. Portanto, a dificuldade de se suicidar reside na determinação da qualidade impulsiva ou voluntária da atividade suicida, ou seja, é uma decisão pessoal de morrer por suicídio. Por exemplo, quando um paciente pula de um local elevado quando ouve vozes alucinatórias, ele se torna o agente ativo e ao mesmo tempo vítima.

Botega et. al. (2006) aponta alguns fatores de risco para o suicídio como: transtornos mentais (como por exemplo, a depressão), perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, personalidade com fortes traços de impulsividade de agressividade, certas situações clínicas (como doenças crônicas incapacitantes, dolorosas, desfigurantes), acesso fácil a meios letais.

Baptista (2004) aponta outros fatores de risco para o suicídio como: isolamento social, transtorno de ansiedade ou pânico, uso de álcool ou outras drogas, estresse, problemas econômicos que causem crises financeiras, migrações, dor física intolerável e prolongada decepção amorosa.

2.2 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO AO SUICIDIO

“Etimologicamente, a palavra suicídio deriva do latim e significa: *sui*=si mesmo e *caedes*=ação de matar. Entretanto, essa definição etimológica de “morte de si mesmo”, é ampla demais, não englobando todos os detalhes desse comportamento tão complexo”. (LOUZÃ NETO, 2007, p.475).

O suicídio atualmente é considerado como todo caso de morte que procede direta ou indiretamente de uma ação, positiva ou negativa, realizado pela própria pessoa, como uma declaração evidente insinuando deste modo em sofrimento e impacto intenso na família. Esse fato decorre em aflição individual intensa, carecendo do mesmo modo de cuidados particularizados. (DURKHEIM, 2000).

Durkheim (2000) em seu livro “O suicídio” define o suicídio como um ato pessoal com características da sociedade que o produz, através das regras sociais que podem causar influência no grau de interesse da pessoa pela vida. É um homicídio com finalidade de matar a si próprio e também uma ação com desesperança de alguém que não almeja mais viver, ou seja, esta resolve findar sua vida e a forma que ela encontra é através do suicídio. O suicídio pode ser causado

por uma insatisfação interior e profunda na qual o indivíduo no momento não está encontrando solução para seus problemas.

Esse mesmo autor classifica o suicídio em: Egoísta, Altruísta e Anômico. O suicídio egoísta procede de uma individualização excessiva. Pode ocorrer entre os indivíduos que perderam o sentido de integração com seu grupo social, não mais se encontrando sob a influência da sociedade, da família e da religião. No suicídio altruísta, o indivíduo pode se matar quando está muito integrado num grupo, ocorrendo principalmente em sociedades coletivas, onde os indivíduos suicidam-se para o bem comum, se sacrificando pela comunidade. O suicídio anômico, é observado nos indivíduos que vivem em uma sociedade em que está num momento de crise, quando lhes faltam os modelos de ordem e de uma conduta habitual.

A OMS reconhece o suicídio como uma prioridade de saúde pública. O primeiro relatório sobre suicídio no mundo da OMS “Prevenção do suicídio: um imperativo global”, publicado em 2014, tem a finalidade de divulgar informações sobre o suicídio e as tentativas de suicídio para a saúde pública e fazer da prevenção uma alta primazia na agenda global de saúde pública. O documento também estimula e apoia os países a desenvolverem ou avigorarem táticas de prevenção ao suicídio através de uma abordagem de saúde pública que envolve diversos setores.

O suicídio é uma das condições prioritárias do Mental Health Gap Action Programme (programa de saúde mental da OMS), que fornece aos países orientação técnica fundamentada em evidências para expandir a prestação de serviços e cuidados para transtornos mentais e de uso de substâncias. No Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, os Estados-Membros da OMS se empenharam a trabalhar o desígnio global de diminuir as taxas de suicídios dos países em 10% até 2020.

As tentativas de suicídio são cada vez mais frequentes em adolescentes, sendo a segunda causa de mortes dos mesmos. De acordo com Dutra (2000), a adolescência é uma fase do desenvolvimento humano de transição entre a infância e a vida adulta, marcada por diversas transformações físicas, psicológicas e sociais. Essas transformações são tidas como elementares na vida dos indivíduos, levando-se a identificar a adolescência como sendo uma fase crítica, envolvendo momentos

de definições de identidade sexual, profissional, de valores e sujeita a crises, muitas vezes tratada como patológica, pois:

Os adolescentes atravessam um processo dinâmico e complexo de maturação. As transformações corporais, o surgimento de novas habilidades cognitivas e seu novo papel na sociedade são determinantes do questionamento de valores dos adultos que os cercam. Por isso, eles se predispõem a novas experiências testando atitudes e situações, que podem ameaçar sua saúde presente e futura, como por exemplo: acidentes, gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas e distúrbios alimentares (BRASIL, 2009, p.41)

É neste momento que questões como o sentido da vida, a morte, a imortalidade e o suicídio assumem a maior relevância. Segundo Dutra (2000) é uma fase em que o adolescente vivencia uma vulnerabilidade psicológica, social e física, com várias mudanças no processo de desenvolvimento do ser humano. Por este ser um período vulnerável, é essencial a participação da família, dos profissionais da educação e da saúde, oferecendo uma atenção especial para esse adolescente, ajudando-o a lidar com problemas e situações, que possam provocar danos e agravos à saúde.

Especificamente em relação ao suicídio de adolescentes, os comportamentos suicidas são mais comuns em certas circunstâncias devido a fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais. Os fatores de risco gerais incluem:

Status socioeconômico e nível de educação baixos; perda de emprego; stress social; problemas com o funcionamento da família, relações sociais, e sistemas de apoio; trauma, tal como abuso físico e sexual; perdas pessoais; perturbações mentais tais como depressão, perturbações da personalidade, esquizofrenia, e abuso de álcool e de substâncias; sentimentos de baixa autoestima ou de desesperança; questões de orientação sexual (tais como homossexualidade); comportamentos idiossincráticos (tais como estilo cognitivo e estrutura de personalidade); pouco discernimento, falta de controle da impulsividade, e comportamentos autodestrutivos; poucas competências para enfrentar problemas; doença física e dor crônica; exposição ao suicídio de outras pessoas (OMS, 2012, p.4).

Dentre esses, a depressão se destaca como um dos principais fatores, que possui uma relação bem estabelecida com a ideação suicida. Ainda de acordo com

a OMS (2012) identificar os fatores de riscos associados com o comportamento suicida, possibilita uma melhor tomada de decisão. A formação de profissionais para que possam avaliar os riscos é relevante para redução dos suicídios, no qual esses conhecimentos possibilitam melhores intervenções.

Para que se possa atuar de maneira preventiva em relação aos comportamentos suicidas é preciso estar atento para os diversos fatores de risco e de proteção. Os fatores de proteção que reduzem o risco de suicídio incluem:

Apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos; crenças religiosas, culturais, e étnicas; envolvimento na comunidade; uma vida social satisfatória; Integração social como, por exemplo, através do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer; Acesso a serviços e cuidados de saúde mental (OMS, 2012, p.3)

De acordo com Botega (2015), os fatores de proteção incluem, pessoas que tem bons relacionamentos, que estão integrados na comunidade, ter uma boa relação com a família. A prevenção do suicídio, tanto individual quanto coletivo, ocorre mediante o reforço dos fatores ditos protetores, e pela diminuição dos fatores de riscos.

Bertolote (2012), afirma que os fatores de risco são elementos que apresentam grande possibilidade de desencadear ou associar-se ao desenvolvimento de um episódio indesejado, não sendo essencialmente o fator causal. Já os fatores de proteção são recursos pessoais e sociais que tem como finalidade reduzir ou neutralizar impactos causados pelos fatores de risco.

O suicídio envolve uma situação de crise que pode ser evitada, sendo assim, é preciso se familiarizar com os fatores que podem oferecer risco ou proteção para o comportamento suicida.

2.3 O SUICÍDIO SOB A PERSPECTIVA DO PSICÓLOGO

É difícil explicar porque algumas pessoas decidem morrer por suicídio, enquanto outras em situação similar ou pior não o fazem. Contudo a maioria dos suicídios pode ser prevenida. É importante que os psicólogos e demais profissionais da área da saúde estejam atentos, e que busquem um conhecimento, pois quanto melhor preparados estiverem os profissionais, maior a probabilidade de atuarem de forma efetiva junto às pessoas em risco. Pois, “o suicídio em si não é uma doença,

nem necessariamente a manifestação de uma doença, mas pode ocorrer devido a um transtorno mental que se constituirá importante fator de risco para o suicídio” (OMS, 2000 p. 03).

Para a atuação do profissional de psicologia estes conhecimentos podem auxiliar no trabalho preventivo, já que “a elaboração de estratégias preventivas eficazes depende do detalhado conhecimento dos fatores de risco, determinantes da morte por suicídio”. (VOLPE; CORRÊA; BARRERO, 2006, p. 12).

No momento em que o profissional desconfia de algo que possa estar acontecendo, o cliente poderá ser abordado, sugerindo a possibilidade do cliente falar de si mesmo. O profissional deve:

Dar ao indivíduo suicida a oportunidade de expressar-se pode ajudar a esvaziar a situação de crise. Os conselheiros devem, no entanto, ser cautelosos e não depender apenas da comunicação verbal, pois a falta de referência ou a negação da ideação suicida podem mascarar a verdadeira intenção suicida. Apoio imparcial, ouvir atentamente, e perguntar questões relevantes e reveladoras, podem ajudar a identificar quais as mensagens que o indivíduo suicida está a tentar transmitir (OMS, 2006, p.19).

De acordo com Cerqueira e Lima (2015), cabe ao profissional escutar o que estes sinais querem dizer a respeito do cliente e ajudá-lo a se perceber. Assim, o profissional de psicologia poderá auxiliar o sujeito a encontrar um caminho que o traga à saúde. Através do autoconhecimento de determinados sinais que mostre que algo não está bem, além de conhecer e apreender a história de vida desses sujeitos, respeitando sua dor e evidenciando a estes a importância de sua existência em todos os aspectos.

2.3.1 Aspectos éticos que envolvem a atuação do psicólogo no trabalho com pessoas com ideação suicida

A Organização Mundial de Saúde, desde 1993, estabeleceu diretrizes para o desenvolvimento de estratégias nacionais de prevenção do suicídio, identificando cinco intervenções eficazes neste sentido: controle de substâncias tóxicas como pesticidas e medicamentos, identificação e tratamento de transtornos mentais, sobretudo a depressão, o alcoolismo e a esquizofrenia, acompanhamento adequado de pessoas que tentaram o suicídio, controle de armas de fogo e moderação da imprensa ao abordar casos de suicídio. (BERTOLOTE, 2006).

Em termos de prevenção no Brasil, os esforços até o momento têm sido mais individualizados e sob a responsabilidade de pesquisadores que já trabalham com a temática do suicídio.

Mais, recentemente e atendendo a recomendações da OMS, o Ministério da Saúde, através da Portaria Ministerial Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, elaborou as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, com a finalidade de reduzir os danos provocados por esse tipo de comportamento na população.

A partir dessas diretrizes, algumas ações vêm sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, tais como: discussão na mídia sobre medidas preventivas, apoio a projetos de identificação de fatores de risco nas populações mais vulneráveis, apoio aos sobreviventes de suicídio, publicação de manuais de prevenção, apoio a projetos de estudo e pesquisas realizados por instituições acadêmicas, dentre outras propostas. (OLIVEIRA; LIMA, 2003).

No que se refere à atuação do psicólogo em casos de risco de suicídio, pode-se considerar, inicialmente, que as orientações acerca do trabalho do profissional de Psicologia já são vistas logo nas primeiras páginas do código de ética que orienta essa categoria profissional no qual de acordo com o princípio tem-se que: cujos os princípios fundamentais são:

[...] V. O psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p.7).

Estes princípios de certa forma guiam a ação do psicólogo frente às pacientes com risco de ato suicida, sobretudo quando preconiza promover a universalização do acesso da população às informações.

Com isso, é preciso estar vigilante à consolidação do contrato terapêutico no que diz respeito ao atendimento de pessoas que exibem conduta suicida, com o intuito de proteger tanto o paciente quanto o próprio profissional que o atende. No primeiro contato com o paciente, muitas vezes, é complexo identificar se aquela pessoa expõe características que o leve a ter conduta suicida, por isso, a necessidade de se ter um contrato terapêutico que envolva aspectos que permitam o profissional realizar contato com familiares do paciente, quando este, por alguma

causa apresentar comportamentos que possam pôr em risco sua vida, ou colocar outras pessoas em risco.

Deste modo, o psicólogo estará pondo em prática o que preconiza o inciso II do código de ética que orienta sua profissão, contribuindo com a realização de práticas que promovam a saúde do sujeito, mesmo que este, por vezes, tomado pelo sofrimento, não consiga entender que nele existe vida capaz de ultrapassar as adversidades e vivê-la com qualidade em seus vários aspectos.

3 ADOLESCÊNCIA: DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

3.1 COMPREENDENDO A ADOLESCÊNCIA

A adolescência trata-se de uma fase de transição entre a infância e a adulta, sendo marcada por conflitos, crises e sentimentos oscilantes e ambivalentes. É o momento em que o indivíduo deve adotar uma nova representação psicossocial de si frente ao mundo.

Muitos conceitos e concepções sobre adolescência existem no meio das produções científicas. Uma dessas concepções ou conceitos é a definição que a Organização Mundial da Saúde (2006, p.38) faz da adolescência definindo-a como:

“O período da vida a partir do qual surgem as características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia, compreendendo a idade de 10 a 19 anos.”

Outra definição relevante é a evidenciada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que preconiza que a adolescência principia aos 12 e vai até os 18 anos, período marcado por diversas transformações físicas, psicológicas e comportamentais. (ECA, 1990).

Chagas (2011) também corrobora com a ideia de que é na adolescência em que ocorrem diversas mudanças físicas e biológicas, contudo, acrescenta que é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, e que esta deve ser analisada também sob seus aspectos psicológicos, cognitivos e os fatores socioculturais, pois, segundo este autor, essa transição significa uma brusca transformação na forma de ser criança para assumir as responsabilidades de um adulto.

É importante destacar que, em média, as principais alterações físicas e fisiológicas acontecem aos 12 anos nas meninas e aos 14 anos nos meninos e que estas mudanças são fruto dos hormônios, onde se percebe um rápido crescimento de todas as partes do corpo, e todos esses acontecimentos são titulados de o “pique” de crescimento do adolescente. (HEBERT, 1987).

Conforme assinala Eisentein (2005) a definição atual para adolescência nasce de seu arranjo etário, correspondente dos 10 aos 19 anos de idade, constituindo, deste modo, uma transição entre a infância e a fase adulta.

De acordo com Ximenes et al, (2006) em meio às múltiplas possibilidades que cercam esta fase da vida, normalmente podem-se iniciar as crises, que levam o adolescente a transgressões, tais como abuso de álcool e drogas, práticas sexuais inseguras expondo-o as doenças sexualmente transmissíveis (DST), em destaque o HIV, como também a paternidade e a maternidade nesta etapa de sua vida.

Assim compreende-se que é uma etapa da vida que se encontra entre as duas fases importantes da vida, a infância e a adulta, que se incumbe de prepará-lo para as atividades existenciais mais complexas.

Não podemos generalizar a faixa etária que engloba a adolescência, pois ela depende de diversos fatores, como biológicos, culturais, sociais, enfim, as definições adotadas servem para delimitar esse segmento populacional a fim de facilitar os estudos sobre os mesmo.

Para Diniz (2008), a adolescência é uma fase repleta de mudanças, desafios, crises, conflitos e descobertas, esta inter-relacionada ao contexto histórico, social, biológico, psicológico, religioso, educacional, econômico, de saúde e doença, dentre outros.

É um momento marcado por uma maturação fisiológica, que é geralmente marcada pela descoberta de novas afinidades e conhecimentos, tanto de ordem afetiva quanto sexual, que muitas vezes ocasionam intensos conflitos. Estes sentimentos devem-se frequentemente a uma desarmonia entre o desenvolvimento corporal, sexual e mesmo intelectual e a aquisição de maturidade emocional. (RODRIGUES, 2010).

Os adolescentes nessa fase da vida ainda não possuem o discernimento para escolher o que é melhor, quase sempre se entregam à procura do mais imediato, porque mais simples, buscando acomodar-se às manifestações fisiológicas do comer, dormir, praticar sexo, vencer o tempo sem grande esforço. (OUTEIRAL, 1994).

A busca de uma identidade própria no adolescente é delongada, qual ocorre com o indivíduo em si mesmo, se estende pelo período da razão, amadurecimento e velhice. Por isso mesmo, nem sempre a adiantada idade biológica significa sabedoria, equilíbrio. Existem adolescentes maduros e idosos que continuam presos à criança de uma infância não superada. (ERIKSON, 1976).

A adolescência é ainda fase de adaptação, ao mesmo tempo de transformações, que demanda paciência e habilidade psicológica. De um lado, existe o interesse familiar, que trabalha para o melhor do adolescente, de outro existe o grupo social. (ABERASTURY;KNOBEL, 2003).

É caracterizada por importantes mudanças inter-relacionadas quer ao nível fisiológico quer ao psicossocial e muito influenciada pela interação do adolescente com os seus contextos, reforçando, assim, a individualidade de cada adolescente e, conseqüentemente, a heterogeneidade desta fase que impossibilita a determinação de um padrão comum e universal. Além das mudanças fisiológicas e psicossociais, há que considerar também as seguintes alterações inevitáveis, tais como alterações cognitivas, morais e espirituais. (SHAFFER; KIPP, 2013).

Esta transição é marcada igualmente por mudanças consideráveis na identidade, consciência e flexibilidade cognitiva. Começam a adquirir valores e autonomia e, a estruturar uma personalidade, em que o apoio dos pais e de pares é essencial. Há uma tentativa de construção de autonomia em relação à família e a construção de um self integrado que leve à identidade que marca o final da adolescência (COLEMAN, 2011).

Portanto, os comportamentos de risco são frequentes neste processo (por exemplo, tabagismo, consumo de álcool e/ou drogas; relações sexuais não protegidas, entre outros). Adquirem uma capacidade para interiorizar conceitos multidimensionais e são mais capazes de pensar de uma forma mais estratégica. Alcançam, portanto, o domínio das operações formais (como sugere Piaget, em 1977), que confere ao adolescente a capacidade de ter pensamentos abstratos e um raciocínio formal, que lhe possibilita gerar hipóteses, manipular diversas variáveis, elaborar os seus próprios pensamentos, estabelecer relações entre conceitos, abordar qualquer questão sob diversos pontos de vista e encontrar uma estratégia lógica para entender. (GUERREIRO;SAMPAIO, 2013).

E por último, temos a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget que pressupõe estádios de desenvolvimento cognitivo progressivos no ser humano ou formas cada vez mais diferenciadas de adaptação entre o indivíduo e o meio envolvente. (OLIVEIRA, 2003).

A adolescência trata-se de uma etapa onde existe uma grande inquietação e oscilação emocional face às transformações que ocorrem (caso da puberdade), às

tarefas que exigem atenção e empenho, às grandes dúvidas e certezas que emergem, tantas vezes desproporcionadas ou contrapostas (OLIVEIRA, 2003).

Com efeito, é neste momento que questões como o sentido da vida, a morte, a imortalidade e o suicídio assumem a maior relevância (2). Ela poderá ser dividida em três fases: a primeira fase (12-15 anos) ou pré-adolescência onde ocorrem mudanças físicas e sentimentos de solidão e um certo isolamento; a 2ª fase (15- 18 anos) é a adolescência propriamente dita; e finalmente, a fase final da adolescência (18-21 anos) designado também como pós-adolescência (OLIVEIRA, 2003).

Resumindo, a adolescência começa com importantes mudanças físicas e do temperamento, desde há muito descritas, e termina com a formação de valores e de identidade. Por vezes, o adolescente é incapaz de confrontar e lidar com sucesso o desafio. É por isso que o aconselhamento pode ser útil. Esta lacuna pode levar o jovem a tentar o 19 suicídio, onde há, portanto um fracasso de desenvolvimento, quer a nível individual quer familiar e social, determinando uma visão negativa de si mesmo, provavelmente de organização desde a infância, mas que eclodiu apenas na idade do barulho, mas também do silêncio (BRACONNIER, 2002).

Em meio a essa efervescência de emoções e de sensações desconhecidas, que o adolescente almeja o apoio da sociedade deixando-o à vontade para acolher a todos os impulsos, e, quando isso não ocorre, surgem os conflitos e os choques entre gerações. (CALLIGARIS, 2009).

O adolescente ao vivenciar a crise de identidade peculiar a essa fase de sua vida, é um ser inconstante, tendo suas convicções que podem ser alteradas de um momento para outro, muitas vezes mudanças estas impulsionadas pelo grupo social em que se insere. (ERIKSON, 1976).

No período da adolescência a vida social está vinculada de certa forma à relativa independência dos adolescentes em relação aos pais, de adaptação à maturação sexual e dos relacionamentos com os novos amigos que vivenciam as mesmas experiências, ou similares. (ERIKSON, 1976).

Conforme Tiba (1994) enfatiza para 'virar' adolescente, é indispensável que o relógio biológico dispare para que os hormônios comecem a agir. Isto ocorre nas meninas entre nove e dez anos e nos meninos entre onze e doze. E quando este relógio dispara, é com a hipófise que a ação começa. Ela é uma pequena glândula situada na parte inferior do cérebro, que tem inúmeras funções, sendo uma delas a

de produzir os hormônios responsáveis pelo crescimento físico denominado de somatotrópicos; e os hormônios que promovem o amadurecimento das características sexuais secundárias denominados de gonadotróficos. Esses últimos têm a função de estimular a produção dos hormônios sexuais nos ovários e nos testículos, ocasionando o surgimento das características sexuais secundárias, como os seios e a barba, porém são os ovários e os testículos que irão sofrer maiores modificações, pois passaram a funcionar como produtores de espermatozóides e óvulos.

Estas transformações biológicas são modificações necessárias para a inclusão do ser humano na adolescência e marcam o começo do “segundo parto”, de uma nova identidade nascendo. Neste “parto” é importante que os integrantes da família tenham uma participação efetiva.

Nesse sentido, ao se analisar o risco de suicídio entre adolescentes, Botega (2015) coloca que os principais risco para o suicídio são: fatores sociodemográficos, mentais, psicossociais e outros como o acesso aos meios letais e sua incidência ao longo do tempo e os Fatores de proteção: personalidade e estilo cognitivo; estrutura familiar; fatores socioculturais e outros como gravidez, puerpério, boa qualidade de vida.

Os fatores de proteção, como por exemplo, um bom suporte social, uma boa integração social, ausência de doença mental e acesso a serviços e cuidados de saúde mental, entre outros, reduzem o risco de suicídio e são considerados isoladores contra o suicídio. (OMS, 2006).

Os comportamentos suicidários são mais comuns em certas circunstâncias devido a fatores de risco, de que são exemplo os culturais, os genéticos, os psicossociais e os ambientais, entre outros. (OMS, 2006).

Os fatores de risco são semelhantes entre adultos e adolescentes. O comportamento de impulsividade/agressividade é um fator de risco para ambos, no entanto este comportamento é uma característica importante no comportamento suicidário do adolescente (PANDEY, 2013).

Alguns fatores psicossociais associados a esta faixa etária podem ser diferentes do adulto, tais como o stress, o *bullying*, o contágio, entre outros. Por exemplo, as crianças e adolescentes podem ter uma tendência para imitar, bem como podem ser mais influenciadas pelos média. (BRIDGE et al., 2006).

O ser humano é facilmente impressionável e contagiado, apesar de gostar tanto de ser diferente, deseja e consegue identificar-se com os “diferentes como nós”. O efeito Werther, usado na literatura técnica para designar a imitação de suicídios, é mais proeminente nos jovens. (BRIDGE et al., 2006).

Existem diversos fatores de risco de suicídio que podem estar agrupados em três grupos, com ordem crescente de valor preditivo: 1. Sociodemográficos – idade, género, religião/espiritualidade; 2. Contextuais – doença psiquiátrica grave, história de abuso/dependência de álcool ou drogas, história familiar, abuso físico e sexual, orientação sexual, bullying; 3. Fatores da esfera suicida – história de tentativas de suicídio prévias, plano suicida e acesso a meios letais (PEREIRA, 2015).

Existe um aumento consistente na taxa de suicídio desde a infância até à adolescência devido à maior prevalência de psicopatologia nos adolescentes. Esta diferença está muito bem estabelecida. Estes são mais capazes cognitivamente para planejar e executar um suicídio que seja letal, tendo uma intenção e motivação, bem como uma letalidade superior, o que torna o suicídio pouco frequente antes da puberdade. (PEREIRA, 2015).

Na maioria dos países, tal como em Portugal, as taxas de suicídio dos indivíduos do género feminino são três vezes menores do que a do género masculino, com exceção da China. Contrariamente à ideação suicida e às tentativas de suicídio, onde as mulheres lideram, principalmente após a puberdade, com uma probabilidade dez vezes maior de realizar tentativas de suicídio. (CARVALHO et al., 2013).

Alguns estudos demonstraram uma menor frequência de comportamentos suicidários nos indivíduos que tinham uma crença religiosa, comparativamente aos outros. Além da religião/espiritualidade a raça e etnia são fatores também importantes. Por exemplo o aumento do suicídio entre as mulheres chinesas pode estar relacionado com a disrupção e a marginalização da mulher, consequência da transição de uma sociedade tradicional agrária para uma sociedade capitalista e urbana. (OLIVEIRA, 2003).

Outro fator de risco é o transtorno mental, que está presente em 80 a 90% das vítimas de suicídio, tal como nas tentativas de suicídio. As perturbações mais comuns são do estado de humor, de ansiedade, de conduta e, de abuso de substâncias como álcool e drogas. Além disso, a cronicidade e a severidade das

perturbações foram associadas com um incremento do risco suicidário. É de salientar que os comportamentos autolesivos e atos suicidas podem ocorrer em adolescentes que não apresentavam nenhum quadro de perturbação mental, o que sucede em cerca de 5- 10% dos jovens que se suicidam. (CARVALHO et al., 2013).

O abuso de substâncias, como álcool ou drogas, representa um fator de risco de suicídio importante, especialmente em adolescentes que têm concomitantemente perturbações de humor ou disruptivas. Este abuso é também um fator de risco nas tentativas de suicídio. Além disso, os indivíduos que atentam o suicídio são mais frequentemente associados ao abuso de substância relativamente aos que apenas têm ideação suicida, sugerindo uma transição facilitada de uma ideação para um comportamento suicidário. (BRAZ et al., 2014).

Fatores familiares, incluindo a psicopatologia dos pais, a história familiar de comportamentos suicidários, a perda de um parente ou divórcio, relação entre pais-filhos problemática e, maus-tratos estão associados com um aumento do risco do ato suicida e do comportamento suicidário nos adolescentes (PEREIRA, 2015).

A psicopatologia nos pais, incluindo a depressão, o abuso de substâncias, e o comportamento anti-social, constitui fatores de risco quer de tentativa de suicídio quer do ato suicida nos jovens. Existe uma grande e forte evidência que os comportamentos suicidários são transmissíveis, e porventura a genética e a labilidade desses comportamentos são transmitidos 24 independentemente das perturbações psiquiátricas. Isto é, história de comportamentos suicidários na família de doentes que morrem por suicídio ou com história de tentativas de suicídio são mais frequentes, comparativamente com os indivíduos sem nenhum registo de ato suicida. (PEREIRA, 2015).

Estudos recentes relatam ainda que a presença de história familiar de suicídio poderá influenciar a idade de início do comportamento suicidário, tornando-a mais precoce. Os comportamentos suicidários demonstraram uma tendência familiar e hereditária marcada, isto é, existem fatores biológicos predisponentes. (BRAZ et al., 2014).

Recentemente, vários estudos indicam que as funções do sistema neuroimune podem estar igualmente alteradas. Porém, pode-se comentar que não é explícito se os comportamentos suicidários se devem a herança genética ou à

influência de um contexto familiar que valida o suicídio como forma de reagir ao sofrimento ou às adversidades. (PEREIRA, 2015).

Vários estudos também revelaram que o falecimento de um parente, um divórcio ou a distância habitacional longe de um ou de ambos os pais são fatores de risco significativos para cometer suicídio. Todavia, Wagner afirma que o divórcio, a separação parental e a morte de um dos pais não constituem fatores de risco, apenas a existência de perdas precoces e múltiplas perdas possa influenciar a emergência de comportamentos autodestrutivos. (BRAZ et al., 2014).

A qualidade da relação pais-filhos é igualmente um fator de risco de suicídio importante. Em contrapartida, a coesão familiar, uma relação positiva com os pais, a supervisão dos pais, bem como um grau acadêmico elevado são fatores de proteção. (PANDEY, 2013).

Existem alguns fatores na comunicação familiar associados ao suicídio, segundo Aldrige, tais como, um padrão de hostilidade marcada; um padrão de perturbação de papéis e falha de papéis; um processo de escalada de conflito quando ocorre uma mudança desenvolvimentista relacionada com o ciclo vital da família; uma relação simbiótica entre parceiros que não tolera a autonomia; intolerância à crise; uma relação entre gestão de crises, conflito familiar e organização familiar; comportamento suicida como uma forma de comunicação; e existência de uma tradição familiar de gerir as crises através da manifestação de comportamentos sintomáticos.

Ainda em relação à família, temos o estudo da emoção expressa que caracteriza a família através de uma avaliação de cinco dimensões: hostilidade; comentários críticos; sobreenvolvimento emocional; comentários positivos; e calor afetivo (BRAZ et al., 2014).

Por último, as famílias dos jovens suicidas são frequentemente caracterizadas por ter uma estrutura disfuncional no sentido de alta rigidez e coesão, autoridade excessiva ou inadequada, expectativas rígidas ou irrealistas, frequentes conflitos intrafamiliares, dificuldades marcadas na comunicação, sobre-envolvimento emocional e escassas redes de sociabilidade. São também fatores associados a disputa parental o divórcio, a separação, a morte de uma das figuras parentais e/ou famílias adotivas. (CARVALHO et al., 2013).

Outro fator de risco refere-se à violência sexual contra crianças e adolescentes que é muitas vezes uma forma de violência difícil de ser identificada e tem como aliado o pacto de silêncio que envolve agressores e vítimas, pacto este que acaba por se estender aos profissionais, que ficam entre a dualidade de não perceberem o abuso devido aos mecanismos de ocultação entre vítimas e abusadores como pela necessidade de colocar uma venda nos olhos para não enxergar.

O problema da violência intrafamiliar está envolto em relações complexas da família, pois os abusadores são parentes ou próximos das vítimas, vinculando sua ação, ao mesmo tempo, à sedução e à ameaça. A violência se manifesta pelo envolvimento dos atores na relação consanguínea, para proteção da “honra” do abusador, para preservação do provedor e tem contado, muitas vezes, com a complacência de outros membros da família, que nesse caso, funciona como clã, isto é, fechada e articulada. (FALEIROS, 2008, p.7).

Está inerente ao conceito de abuso sexual intrafamiliar a ideia de incesto. Apesar disso, nem todo abuso sexual intrafamiliar é praticado por pessoas com laços de consanguinidade. É muito comum constatar na literatura que padastros, ou outros parentes afins que porventura convivam com a vítima, são os perpetradores desse tipo de abuso.

Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e ou adolescentes que sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado, uma transgressão do poder dever do adulto e, de outro lado, uma coisificação da infância (AZEVEDO; GUERRA. 2001, p. 32).

O abuso sexual extrafamiliar ocorre fora do âmbito familiar. Contudo, na maioria das vezes, o abusador tem proximidade com a sua vítima e angariou a sua confiança: vizinhos ou amigos da família, educadores, responsáveis por atividades de lazer, médicos, psicólogos e líderes religiosos. Eventualmente o abusador pode ser uma pessoa totalmente desconhecida da vítima, como nos casos de estupros em locais públicos.

A exploração sexual comercial infantil é todo tipo de atividade em que as redes, usuários e pessoas usam o corpo de um menino, menina ou de adolescente para tirar vantagem ou proveito de caráter sexual com base numa relação de

exploração comercial, de poder e declara que a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes é um crime contra a humanidade. (LEAL, 1999 p.78).

Essa declaração refere que podemos identificar os elementos que configura da exploração sexual de criança e adolescente, esses sujeitos envolve vítima no sentido de obter lucro.

De acordo com dados da Disque Denúncia Nacional (2008), as diversas regiões Brasileiras apresentam exploração sexual infantil de forma distinta. No Nordeste está associado ao turismo sexual, no Norte através do lenocínio, Centro Oeste prostituição e no Sudeste o turismo sexual e pornografia.

Referente à exploração de criança e adolescente em situação de rua ou vítima de violência doméstica, por meio do turismo sexual e da pornografia com maior frequência em regiões onde há um mercado de extração de minérios como garimpo, caracterizado como cárcere privado vendas, tráfico, leilões de virgens, mutilações, desaparecimento, prostituição nas estradas em porto marítimo; o turismo portuário e de fronteiras. (LEAL, 1999, p. 69).

A exploração sexual de crianças e adolescentes é mais um aspecto negativo relacionado ao processo de globalização da sociedade capitalista, como fosse um mercado que fizesse uma seleção.

Segundo Duarte (2009), é manifesto que a exploração, para acontecer, precisa que se configure uma relação de poder, porque é o adulto, é o mais forte, e se aproveita da fragilidade física e psíquica da criança ou adolescente e os apresenta como mercadoria no comércio sexual, que só acontece porque existe procura.

A violência sexual está sempre vinculada a uma relação de poder autoritária, denominação, de subordinação hierárquica das crianças e adolescentes em relação aos adultos.

Não se restringe às classes sociais mais vulnerabilizadas e ocorre com mais frequência no âmbito doméstico, atingindo, principalmente, as meninas, De outra maneira, observa-se que sua ocorrência é mais facilmente caracterizada numa perspectiva relacional, promovendo-se a corrosão de sentimentos e papéis sócio-afetivos, como indica Faleiros (2008, p. 19, 20). Entretanto, a pobreza não constitui, por si só, fator determinante para identificar a criança e o adolescente como vítima de violência sexual.

Uma série de riscos se apresenta na vida de crianças e adolescentes sujeitados à exploração sexual. Contudo, estes riscos não surgem exclusivamente posteriormente o envolvimento real com a exploração, uma vez que aspectos familiares, estruturais, sociais e pessoais podem preceder esta materialização nas suas vidas, ou seja, crescer numa família onde o abuso sexual é corrente, ou existe presença de múltiplos fatores de risco, como pobreza, violência intrafamiliar, física, psicológica, negligência, uso e abuso de álcool e outras drogas, desemprego, dentre outros.

Os fatores de risco são, deste modo, aspectos pessoais, ambientais ou culturais, que operam como empecilhos ao desenvolvimento individual ou social e que potencializam a vulnerabilidade das pessoas, principalmente crianças e adolescentes. Os elementos culturais presentes em certas comunidades são, comumente, mais proeminentes na ocasião de se identificar a vulnerabilidade de determinados grupos do que a ausência de recursos materiais que possam envolvê-los.

Dada à complexidade do fenômeno, as propostas de intervenção devem ser sistematizadas e contemplar os diversos aspectos da problemática, perspectiva de vencer o desafio de resgatar a cidadania de quem já teve seus direitos violados e prevenir para que outras crianças e adolescentes não sejam vítimas desta cruel violência.

O suicídio na adolescência é um problema de saúde pública global e uma prioridade médica. Uma das mais consistentes evidências da epidemiologia psiquiátrica é a influência da orientação sexual no suicídio na adolescência, lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais (LGBT, ou minorias sexuais) apresentam uma maior probabilidade de planejar e cometer suicídio relativamente aos correspondentes heterossexuais. (HAAS et al., 2011).

Constata-se também a presença de risco acrescido de tentativas de suicídio e comportamentos auto lesivos em jovens com orientação homossexual e bissexual, com risco 6 vezes mais elevado que o grupo heterossexual em estudo, registrando-se tentativas de suicídio em 20 a 40% dos jovens homossexuais entre os 15 e 17 anos. (CARVALHO et al., 2013).

Por último, o risco de tentativa de suicídio foi 20% maior entre as minorias sexuais que vivem em ambientes menos tolerantes, relativamente à população LGBT que vivem em ambientes mais tolerantes. (CARVALHO et al., 2013).

Um fator relacionado com a ideação suicida é o *bullying*. É um tipo de violência exercida entre pares em contexto escolar, ou mesmo nos arredores da escola e vizinhança, que deriva de bully que significa valentão, estando o termo relacionado com agressividade e vitimização. Trata-se de comportamento agressivo desempenhado por um indivíduo ou grupo de indivíduos sobre outro indivíduo ou grupo onde há desigualdade de poder é realizado de forma intencional e repetitiva ao longo do tempo sem razão aparente. (HINDUJA; PATCHIN, 2010).

Existe também o cyberbullying que versa na utilização das tecnologias de informação e comunicação para divulgar comentários, mensagens, imagens e/ou vídeos de carácter íntimo da vítima, com a finalidade de assedia e difamar (HINDUJA; PATCHIN, 2010).

As vítimas e os agressores têm ambos um risco elevado para ideação suicida, tentativas de suicídio, bem como de cometer suicídio. As vítimas encontram-se em maior risco - mantendo-se esta associação mesmo após o controle da depressão e de problemas de comportamento. Na verdade, a associação entre cyberbullying e suicídio é uma área que ainda necessita de mais investigação (HINDUJA; PATCHIN, 2010).

Em primeiro lugar, as tentativas de suicídio são mais frequentes que o suicídio nos jovens, com uma relação de 30 para 1, bem como no género feminino. Cerca de 86% não contacta os serviços de saúde. (CARVALHO et al., 2013). Constitui o fator de risco mais potente para o suicídio na adolescência. As tentativas de suicídio prévias foram identificadas como um fator que prevê a possibilidade de ocorrer futuramente mais tentativas de suicídio nos adolescentes e de morte por suicídio nos adultos. Foi estimado que mais de 36 a 42% dos jovens irão fazer uma nova tentativa de suicídio após dois anos da tentativa de suicídio inicial. (BRIDGE et al., 2006).

Existe um aumento do risco para cometer suicídio, 10 a 60 vezes superior, sobretudo nos primeiros 3 a 6 meses após uma tentativa de suicídio, podendo constatar o recurso a métodos cada vez mais perigosos nos adultos. (CARVALHO et al., 2013).

As características das tentativas de suicídio em adolescentes podem diferir relativamente às dos adultos, pois não ocorre necessariamente um aumento da severidade com a repetição. (CARVALHO et al., 2013).

Existe uma associação entre um plano suicida e um método com letalidade superior, com um maior risco de suicídio. A letalidade diz respeito ao potencial de perigo de morte ligado ao método utilizado; tal torna o emprego de armas de fogo, a precipitação de alturas ou o enforcamento, métodos de alta letalidade. Os indivíduos que se tentam suicidar com uma alta letalidade médica encontram-se em risco elevado para cometer suicídio, mas pode ser definida como a determinação para agir de modo a atingir um objetivo, neste caso o suicídio. O método refere-se à forma ou processo utilizado para o sujeito se auto lesionar. (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013).

Os métodos de suicídio mais prevalentes nas crianças e nos adolescentes dos 0 aos 19 anos são enforcamento, precipitar-se de alturas, suicídios ferroviários, intoxicação e armas de fogo. Em todos os países, os homens têm um risco maior do que as mulheres em usar armas de fogo e enforcamento e um risco menor de envenenamento com drogas, afogamento e de precipitar-se de alturas. (HEPP et al., 2012).

A acessibilidade aos meios que oferecem risco é um importante facilitador do suicídio. Muitos dos atos suicidas em jovens demoram somente alguns minutos entre a decisão e o ato suicida indicando um grau elevado de impulsividade. Estes suicídios utilizam métodos geralmente mais violentos, como armas de fogo, enforcamento e se jogar de grandes alturas. Logo, é importante limitar o acesso a métodos altamente letais para precaver o suicídio nos adolescentes e adultos jovens. (CARVALHO et al., 2013).

Em síntese, a presença de armas de fogo em casa, e de outros meios letais e a supervisão inadequada dos pais ou responsáveis aumentam o risco de suicídio (CARVALHO et al., 2013).

Além dos fatores de risco, tem-se também diversos fatores protetores que são semelhantes aos da população em geral, porém com mais destaque para os adolescentes.

Os fatores familiares que envolvem: cuidados parentais mantidos, coesão familiar, capacidade de envolvimento mútuo, partilha de interesses e suporte

emocional; - Fatores individuais: capacidades de resolução dos problemas, sentido de valor pessoal, abertura para novas experiências e projetos de vida e a não utilização de substâncias nocivas. (CARVALHO et al., 2013).

Os fatores sociais: pertença a um ambiente escolar positivo, boa relação com amigos e colegas, boas relações com professores e outros adultos, suporte dos pares e valores culturais e/ou religiosos. No fundo, a identificação dos fatores de risco ou de proteção é essencial na estratégia de prevenção do suicídio, para podermos depois delinear e detetar a natureza e o tipo de intervenção necessária. (CARVALHO et al., 2013).

O fator de risco principal de suicídio é a presença de doença psiquiátrica, incluindo o abuso de substâncias. Estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que cometeram suicídio tinham algum transtorno mental e, que nesse momento, 60% deles estavam deprimidos. Todos os tipos de variações de humor têm sido associados aos comportamentos suicidários. (OMS, 2006).

Além das variações de humor, o suicídio também tem sido ligado à esquizofrenia, abuso de substâncias, perturbações de personalidade e/ou ansiedade, incluindo o stress pós-traumático, e comorbilidade destes diagnósticos, assim como, com perturbações de comportamento do funcionamento social (OMS, 2006).

Deve enfatizar-se que os comportamentos auto lesivos e atos suicidas podem acontecer em adolescentes que não apresentavam nenhuma perturbação mental, o que sucede em cerca de 5 a 10% dos jovens que se suicidam (CARVALHO et al., 2013).

O comportamento suicida é uma das complicações da perturbação depressiva mais temível. Cerca de 60% dos suicídios acontecem na conjuntura de uma depressão. Cerca de 5 a 10% dos suicídios ocorrem nos primeiros quinze anos após o evento depressivo, havendo também uma ampliação do risco suicida durante um episódio depressivo maior, bem como pela duração da depressão. (CARVALHO et al., 2013).

O transtorno bipolar é uma categoria de perturbações ao longo da vida caracterizado por um ou mais episódios periódicos de mania, hipomania ou depressão. Pessoas que vivenciaram episódios maníacos, também vivenciam

comumente eventos depressivos, ou episódios mistos em que estão presentes características de ambos. (OMS, 2006).

Nas pessoas com transtorno bipolar, a primeira tentativa de suicídio acontece mais prematuramente, relativamente aos sujeitos que têm uma perturbação depressiva maior. O gênero também pode ser relevante nestes indivíduos, uma vez que as mulheres poderão ter um risco acrescido. Os comportamentos suicidas também estão mais associados com a mania, do que com ocorrências de depressão e hipomania. E os sintomas psicóticos representam também um risco acrescido de ideação suicida e planos suicida comparativamente com os jovens com transtorno bipolar sem sintomas psicóticos. (PEREIRA, 2015).

O suicídio é a principal causa de morte antecipada nos doentes com esquizofrenia, perto 2 a 5%, ao contrário dos clássicos 10%, cometem suicídio. Estudos revelaram uma relação fraca entre comportamento suicida e eventos estressantes de vida em pessoas com esquizofrenia relativamente aos que não tinham. (CARVALHO et al., 2013).

Em adolescentes com esquizofrenia, os comportamentos suicidas estão menos associados com os eventos de vida e mais com a percepção dos eventos como negativos e o impacto destes no indivíduo

Vários fatores de risco estão implicados no suicídio de adolescentes com esquizofrenia. O risco de morte por suicídio nestes casos está ligado principalmente a sintomas afetivos, a uma história de tentativa de suicídio prévia e ao número de internamentos psiquiátricos. Outros fatores de risco identificados foram idades mais jovens, a proximidade com o início da doença, a idade avançada no início da doença, género masculino, abuso de substâncias e o período durante e após um internamento psiquiátrico, além da má adesão ao tratamento. (CARVALHO et al., 2013).

Os esquizofrénicos têm uma tendência a não imprimir a ideação suicida, que é um fator de risco comum para a maioria das outras condições psiquiátricas. Logo, os fatores de risco de suicídio conhecidos parecem ser mais relevantes para indivíduos sem esquizofrenia. O método de suicídio mais utilizado é precipitação de alturas, ao invés do enforcamento que é o mais comum nos indivíduos sem esquizofrenia

Desta forma, a limitação ao acesso a meios letais constitui uma forma de reduzir as taxas de suicídio, por exemplo limitar o acesso a *hotspots* de suicídio como alturas colocando barreiras de segurança. A identificação de fatores de risco de suicídio em indivíduos diagnosticados com esquizofrenia é imprescindível para aprimorar a gestão clínica e para desenvolver estratégias que reduzam a incidência do suicídio nesta população. (PEREIRA, 2015).

Os distúrbios alimentares, como a anorexia e a bulimia nervosas, compartilham muitos fatores de risco de suicídio. Nas últimas décadas houve um decréscimo no risco de suicídio para a anorexia nervosa, apesar de ainda permanecer com taxas de suicídio superiores às da população em geral. Isto é atribuído a uma melhoria na detecção dos casos de anorexia nervosa que necessitavam de tratamento na sequência da melhoria dos critérios de diagnóstico, na redução do estigma contra o tratamento das perturbações mentais, e pelo aumento dos especialistas na área das perturbações alimentares.

Importa aludir que as perturbações alimentares frequentemente têm como comorbilidades as perturbações de humor. As perturbações de humor, abuso de substâncias e perturbações de conduta são perturbações psiquiátricas reconhecidas como fatores de risco de suicídio nas crianças e nos adolescentes. Recentemente houve um aumento do interesse na possibilidade de se estabelecer uma associação entre perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA) e o suicídio (MENDONÇA, 2015).

A PHDA trata-se de um comportamento hiperativo, dificuldade em concentrar-se, impulsividade, num grau que é considerado desadequado para a sua idade e para o seu nível de conhecimento, que intervém com a capacidade da criança em aprender, realizar as atividades diárias, interagir com a sua família e com os outros. (MENDONÇA, 2015)

Os indivíduos com PHDA têm um risco maior para comorbilidades psiquiátricas associadas. Enquanto em crianças, os sintomas da PHDA foram associados com perturbações de ansiedade, alterações de humor e perturbações de comportamento, em adolescentes foram associados mais a perturbações de tiques, abuso de substância e dependência. No entanto, existe em ambos uma elevada prevalência, crianças e adolescentes, de ideação suicida, o que torna importante o rastreio nesta população de ideias suicidas. (MENDONÇA, 2015).

As perturbações de ansiedade, especialmente em comorbilidade com depressão, têm sido identificadas como aumentando o risco de comportamentos suicidários. Além das perturbações psiquiátricas, existem características da personalidade que podem ser consideradas fatores de risco ou de proteção. Os níveis aumentados de neuroticismo, mais comum na adolescência que na vida adulta e no género masculino, constituem o preditor mais fidedigno de comportamentos suicidas. Além deste fator, temos outros fatores de risco para o comportamento suicidas. como a ansiedade, a introversão, a agressividade, a impulsividade, a desesperança, a auto-crítica, o perfeccionismo, o sentimento de culpa e a irritabilidade. (CARVALHO et al., 2013).

Enfim, existem diversas características psicológicas, cognitivas e vulnerabilidades do indivíduo que aumentam a tendência a ter comportamentos suicidários. Fatores, como a desesperança, o pensamento dicotómico e a confusão de identidade são particularmente significativos. Outros que poderão estar associados incluem a baixa auto-estima ou autoconfiança, um modelo de autoapreciação e de culpabilidade negativamente distorcido e um locus de controlo externo. Os traços de personalidade mais associados são a impulsividade, a agressividade e o perfeccionismo. (CARVALHO et al., 2013).

O suicídio está quase sempre associado à presença de doença psiquiátrica, principalmente depressão, cerca de 60%. É de salientar também que tentativas de suicídio prévias são o fator de risco de suicídio mais significativo.

4 AS MEDIDAS PREVENTIVAS AO SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA SOB A LUZ DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO

4.1 METODOLOGIA

Para realização da presente pesquisa foi feita uma revisão sistemática que constitui um processo de reunião, avaliação crítica e sintética de resultados de múltiplos estudos.

Essas revisões são avaliadas como estudos observacionais retrospectivos ou estudos experimentais de recuperação e análise crítica da literatura. Têm como objetivos testar hipóteses, fazer um levantamento, congrega, ponderar criticamente a metodologia da pesquisa e resumir os resultados de múltiplos estudos primários. Reúne e sistematiza os dados dos estudos primários. É ponderada a evidência científica de maior grandeza e são recomendadas na tomada de decisão na prática clínica ou na gestão pública (GIL, 2010).

Nesse caso sobre as medidas preventivas ao suicídio na adolescência sob a luz da atuação do psicólogo, através de buscas em periódicos científicos selecionados por critérios de inclusão e exclusão delimitados, buscando referenciais teóricos publicados com o objetivo de obter conhecimento acerca do tema, registrando, analisando e organizando as informações obtidas.

4.1.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão estabelecidos para selecionar os artigos publicados foram: terem sido publicados no período de 2010 a 2017; disponíveis em linguagem portuguesa com texto completo, que contemplem os fatores de risco ao comportamento suicida e as medidas preventivas ao suicídio na adolescência sob a luz da atuação do psicólogo. Foram excluídos os artigos que não se enquadrem nos objetivos do trabalho, aqueles cujos textos não estavam de forma integral, além de cartas, editoriais e comentários. As buscas foram realizadas no período de julho a setembro de 2017.

4.1.2 Bases de dados

O levantamento de informações foi realizado nas seguintes bases de dados: SciELO – Scientific Electronic Library Online; LILACS (Literatura Latino-Americana e

do Caribe em Ciências da Saúde); PUBMED (*National Library of Medicine and National Institutes of Health*) e Bireme.

As palavras chaves utilizadas para efetuar as buscas foram: suicídio e adolescência; fatores de riscos, fatores de proteção; intervenções psicológicas; prevenção do suicídio.

4.1.3 Procedimentos de análise dos dados

Acerca da avaliação do material coletado foram organizados em categorias prévias que tiveram por base a forma e o conteúdo dos dados, sendo apresentado em categorias cientométricas e temáticas. Com os dados das categorias cientométricas e metodológicas foram realizadas estatísticas descritivas, onde os dados foram apresentados em formato de frequências simples considerando a quantidade de artigos encontrados por base de dados, local, ano, instrumento e tipos de estudo.

Quanto às categorias temáticas os artigos foram agrupados em três categorias temáticas, sendo elas: compreender o suicídio e sua dinâmica, entender os principais fatores de risco que desencadeiam o suicídio na adolescência e apreender o suicídio sob o olhar da Psicologia.

4.2 RESULTADOS

De acordo com os critérios de exclusão, dos 103 (cento e três) artigos encontrados, 31 (trinta e um) foram publicados antes de 2010, 26 (vinte e seis) eram artigo de atualização, 26 (vinte e seis) eram anais de Congressos e 14 (catorze) publicados em língua estrangeira.

Foram encontrados 28 (vinte e oito) artigos na base de dados SCIELO, 15 (quinze) artigos na PUBMED (*National Library of Medicine and National Institutes of Health*), 44 (quarenta e quatro) na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e 16 (dezesesseis) na Bireme. Deste modo, apenas 06 (seis) artigos se encaixaram aos critérios de inclusão e atendem aos descritores deste estudo.

Ao ser realizada uma avaliação inicial dos artigos, eles foram comparados entre si, na procura de critérios de semelhança ou diferença. Logo após, os dados alcançados foram registrados no quadro 01 abaixo que traz as seguintes

informações: autor/ano, objetivo do estudo, metodologia e resultados, que facilitou a síntese e a comparação entre os dados obtidos, além de permitir uma interpretação mais objetiva dos mesmos.

Quadro 01: Quadro síntese com apresentação dos estudos selecionados conforme critérios de inclusão e exclusão

AUTOR/ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
Cerqueira, 2015	Trazer uma contribuição ao campo da psicologia e áreas afins a respeito do comportamento suicida.	Através da pesquisa de dados emitidos pela Organização Mundial de Saúde, busca tratar dos mais frequentes fatores de risco e sinais apresentados por pessoas que já se suicidaram ou tentaram suicídio.	O artigo mostra como o profissional de psicologia pode estar enriquecendo sua prática com tais informações.
Fukumitsu,2014.	Apresentar probabilidades de instrumentalização ao psicoterapeuta com clientes em circunstância de crise suicida, equipando reflexões sobre o suicídio, sobre procedimentos e estratégias empregados em psicoterapia, tanto em relação à prevenção quanto à posvenção do suicídio.	Levantamento bibliográfico de estudos realizados no Brasil e nos Estados Unidos sobre o tema suicídio, bem como a experiência de 20 anos em atendimentos a clientes em crises suicidas.	Apesar do ato de se matar deva ser visto como problemática de saúde pública, considera-se que um dos modos de se prevenir o suicídio é compreender e enxergar a pessoa suicida como um ser singular e que suas inúmeras motivações para tal conduta pertencem ao campo privado.
Braga e Dell’Aglío, 2013.	Discutir sobre fatores de risco ao suicídio na adolescência, bem como características epidemiológicas de jovens que tentam ou cometem suicídio, a partir de uma perspectiva desenvolvimental.	Revisão não sistemática de literatura, a partir de estudos nacionais e internacionais sobre o tema	Foi possível identificar alguns fatores de risco que têm sido associados ao comportamento suicida, tais como transtornos psicológicos, uso de álcool e/ou drogas, exposição à violência, conflitos familiares, história de suicídio na família e experiências estressoras.

Hildebrandt et al., 2011.	Conhecer e analisar as razões que levaram adolescentes a tentar suicídio e os métodos por eles utilizados para concretizar este evento.	Pesquisa descritiva, desenvolvida em uma instituição hospitalar localizada em um município do Rio Grande do Sul, em 2007. Para a coleta de dados foi utilizado a entrevista semiestruturada. Os sujeitos de pesquisa foram três indivíduos que tentaram o suicídio, com idade entre 13 e 18 anos.	Identificou-se que os conflitos familiares representaram a principal causa das tentativas de suicídio entre os participantes estudados.
Araújo et al., 2010.	Apreender as representações sociais da ideação suicida formadas por adolescentes do ensino médio, bem como investigar a presença deste fenômeno nesta população, considerando-se que a ideação suicida tem um importante valor preditivo para o ato suicida.	Participaram 90 estudantes do ensino médio, os quais responderam ao Teste de Associação de Palavras, ao Inventário de Ideação Suicida de Beck e a um questionário sociodemográfico.	Observou-se um índice de 22,2% de adolescentes com ideação suicida, havendo significativas diferenciações entre as representações elaboradas pelos grupos com e sem ideação suicida.
Façanha et al., 2010.	Delinear e implementar o Programa de Intervenção designado <i>BELIEVE</i> com os objetivos de avaliar a autoestima e capacidade de resolução de problemas dos adolescentes e intervir para a sua melhoria, integrado no âmbito da prevenção dos comportamentos da esfera suicidária em adolescentes.	Esse programa contemplou duas vertentes de atuação: uma orientada para Técnicos de Cuidados de Saúde Primários e a outra para o meio escolar, com 106 adolescentes do 8º e 9º ano de escolaridade em sala de aula.	Os adolescentes do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de autoestima e menos dificuldades nas estratégias de resolução de problemas do que adolescentes do sexo feminino. A implementação do programa permitiu melhorar a autoestima e capacidade de resolução de problemas dos adolescentes.

4.3 DISCUSSÃO

A análise dos artigos foi realizada a partir de critérios escolhidos sobre o ponto de vista dos fatores de risco ao comportamento suicida e das medidas preventivas ao suicídio na adolescência sob a luz da atuação do psicólogo. Dessa forma, a seguir são descritas as 03 (três) categorias elaboradas para realizar a discussão: fatores de risco, medidas preventivas ao suicídio na adolescência e o acolhimento e o cuidado na intervenção do Psicólogo junto aos adolescentes que apresentam comportamento suicida.

4.3.1 Fatores de risco

Toda ação na qual o indivíduo atenta contra si mesmo, independentemente da intenção letal com que o faz e do motivo desse ato, é considerado suicida, que pode ser evidenciado através de pensamentos, da tentativa e da morte por suicídio.

É importante destacar que dentre os 06 (seis) estudos analisados, os estudos que mais abrangem a temática fatores de risco são o de Cerqueira e Lima (2015), Braga e Dell’Aglío (2013) e Araújo et al. (2010).

De acordo com Cerqueira e Lima (2015), no comportamento suicida em adolescentes, existe um conjunto de fatores que contribuem para essa conduta. Dentre os fatores de risco, destacam-se “transtornos mentais, sociodemográficos, psicológicos e condições clínicas incapacitantes”.

De acordo com o autor supracitado, existe uma grande dificuldade de se analisar de forma mais aprofundada os fatores de risco para o suicídio pelo fato de que os indivíduos que, provavelmente, melhor poderiam descrever esses fatores são aqueles que morreram por suicídio, tornando impossível obter mais informações diretamente.

Estas informações são compartilhadas também no estudo de Lima et al., (2010, p.197) onde os autores delimitam como fatores de risco: transtornos mentais, os quais estão presentes em mais de 90% daqueles que morrem por suicídio, antecedentes familiares, sexo, idade, relações familiares, abuso de substâncias, problemas físicos, principalmente aqueles que causam invalidez e/ou dor crônica e situação social desfavorável, como pobreza e desemprego.

No estudo de Braga e Dell’Aglío (2013), único a trazer dados de amplitude nacional e internacional, são elencados os seguintes fatores que podem constituir-se como risco: uso de álcool e outras drogas, isolamento social, transtornos de humor e personalidade, abandono, exposição à violência intrafamiliar, história de abuso físico ou sexual, doença mental, impulsividade, estresse, sentimentos de solidão, desespero e incapacidade, suicídio de um membro da família, decepção amorosa, homossexualismo, *bullying*, *locus* de controle externo, baixa autoestima, dificuldade de aprendizagem, rendimento escolar deficiente, dentre outros.

Ainda aparecem outros fatores de risco pontuados por Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010), segundo estes, a presença de histórico de suicídio, doenças psiquiátricas ou transtornos mentais no contexto familiar prévio aditam risco

de tentativas de suicídio. Neste cerne, alocam-se os resultados decorrentes do levantamento de prontuários – base deste estudo, pontuando-se aqui o contexto mental e a reincidência: no primeiro tópico tem-se predomínio de alegações de ausência de transtorno, seguido de citações de depressão, ideação, uso de drogas e álcool, enurese, ansiedade, TDAH, bulimia e transtorno de humor. E no que se refere à questão da reincidência, tem-se do total de 30 casos avaliados, a presença de reincidência em 9 ocorrências, ou seja, em 30% dos casos de tentativa, esta não se apresenta como a primeira, sendo que nos casos de reincidência citados, alguns ultrapassam também o número de 2 ou 3 vezes.

Observa-se que em ambos os estudos supracitados, dois fatores que chamam atenção, o abuso de drogas e antecedentes familiares. Sabe-se que um dos grandes problemas que assolam a sociedade é o número de pessoas dependentes químicas, o que demanda por ações em diversos âmbitos, incluído a Psicologia. Em relação aos antecedentes familiares, é fundamental que o psicólogo busque investigar o histórico de tentativa ou morte por suicídio entre os familiares, assim apreendendo esse fator, será possível intervir de forma preventiva.

Explicam Araújo et al. (2010) que, às vezes, os adolescentes, ao serem expostos às intensas e prolongadas circunstâncias de sofrimento, de desorganização, podem desenvolver patologias e tornar-se mais suscetíveis ao suicídio.

Para Schnitmann et al. (2010, p. 47) “as pesquisas que enfocam a presença de fatores estressores na história de vida de pessoas que tentam ou cometem suicídio, principalmente adolescentes e jovens, são convergentes em apontar uma elevada incidência de experiências adversas durante o desenvolvimento emocional”,

[...] “entre as quais encontram-se uma infância marcada pela presença de indicadores de negligência emocional, rejeição [...], violência física, verbal e sexual intrafamiliar”. E ainda, segundo os mesmos autores, impactam sobre o principal ponto os “conflitos relacionais graves e separações recentes também foram identificados como fatores precipitadores das tentativas de suicídio. [...]” (SCHNITMANN et al., 2010, p. 47).

Complementa Fukumitsu (2014) que o ato suicida abrange o viés individual, social e cultural. Sob esta linha de pensamento, Alvarez (1999) enriquece a análise afirmando: “diga-me a sua taxa de suicídio e eu lhe direi o seu grau de sofisticação

cultural – pela simples razão de que o ato vai contra o mais básico dos instintos, o instinto de auto-preservação”.

Nesta mesma linha de raciocínio, afirmam em seu estudo Hildebrandt et al. (2011), que alguns adolescentes tentam a morte por terem uma convivência familiar conflituosa e repleta de desavenças, sendo que os fatores podem ser os mais diversos e contraditórios, e que acabam servindo de motivo para atentarem contra a própria vida.

De acordo ainda com Façanha et al. (2010), existem um conjunto de fatores psicológicos que influenciam o ato suicida ou alteram o risco de suicídio: os de vulnerabilidade, os predisponentes e os precipitantes. É importante concordar com os estudos de Lima et al., (2010, p. 197) que afirmam a existência ainda, além dos fatores de risco já citados, de outros importantes a serem evidenciados como:

problemas no nível psíquico, como ansiedade, impulsividade, transtornos de humor, transtornos afetivos, baixa auto-estima, sentimentos de desesperança e solidão, sofrimento intenso, frustrações, estresse, esquizofrenia, e psicopatologias em geral, que agravam a situação. Nesse nível destaca-se a depressão, que é fator de alto risco para suicídio, e que está cada vez mais presente na vida dos seres humanos, podendo encontrar-se desde etapas precoces da vida, como a lactância.

Diante das explicações feitas, é de suma importância ressaltar que, identificar esses fatores ainda é a principal medida preventiva ao suicídio, contudo, no próximo item estas medidas serão discutidas de forma mais aprofundada.

4.3.2 Medidas preventivas ao suicídio na adolescência

Através da análise dos estudos, observou-se que todos os seis estudos abordam de forma significativa as medidas de prevenção ao suicídio na adolescência.

É de grande contribuição o estudo de Cerqueira (2015) ao enfatizar que a partir do momento em que o psicólogo desconfia de que algo possa estar ocorrendo, o cliente poderá ser abordado, aparecendo a possibilidade dele falar de si mesmo, coisa que muitas vezes ele não consegue em seu cotidiano.

Nesse diálogo, é de suma importância que o profissional observe atentamente alguns aspectos do outro, tais como: estado mental atual e pensamentos sobre morte e suicídio; plano suicida atual – até que ponto está preparado o indivíduo, e

quão cedo o ato está para ser efetivado e sistema de apoio social da pessoa (família, amigos, dentre outros).

Em contrapartida Fukumitsu (2014) explicita que a prevenção ocorre no intuito de minimizar as mortes e de, com base no conhecimento prévio dos fatores de risco, possibilitar o levantamento e o conhecimento dos fatores de proteção.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde–OMS (2012), é fundamental que a comunidade adote uma postura no intuito de prevenir o suicídio, que se envolva ativamente no intuito de buscar formas localmente viáveis de implementar intervenções em nível da população para diminuir o acesso a meios de suicídio e constituir cooperação entre os setores da saúde e outros importantes para restringir o acesso a estes meios localmente relevantes de suicídio.

No âmbito das ações preventivas, sugere ainda a OMS (2012), o desenvolvimento de ações que busquem reduzir o uso prejudicial de álcool como um componente de prevenção de suicídio e se busque o auxílio e incentivo junto à mídia no que se refere às práticas responsáveis de relatos de suicídio.

Braga e Dell’Aglio (2013) apontam, como medida preventiva ao suicídio, a instrumentalização teórica dos profissionais para possibilitar a intervenção nesses casos, fornecendo aos adolescentes espaços de discussão sobre o tema tabu, com a finalidade de esclarecer sobre o assunto. Essas medidas talvez poderão diminuir a incidência de tentativa de morte por suicídio entre os jovens.

Hildebrandt et al. (2011) esclarecem que a rede de apoio desempenha um papel fundamental na inclusão social de pessoas que possuem comportamento suicida e se constitui em instrumento de proteção, visto que permite a inclusão dos adolescentes. Nessa rede, o adolescente pode descobrir auxílio através da discussão de problemas intrínsecos a sua realidade individual.

Nessa perspectiva, Araújo et al. (2010) enfatizam que é imprescindível compreender como as pessoas criam, transformam e interpretam as problemáticas ligadas à sua realidade. Também é necessário conhecer seus pensamentos, percepções, sentimentos, experiências de vida compartilhadas e destacadas nas modalidades diferenciadas de comunicação; conforme o contexto cultural, a classe social a que pertencem e as instituições às quais se está ligado; extrapolando as dimensões intrapsíquicas e materializando-se em fenômenos sociais palpáveis de serem identificados e mapeados.

Evidenciam ainda Façanha et al.,(2010) que constituem importantes medidas preventivas ao suicídio na adolescência as seguintes: a criação de serviços de apoio e promoção de estratégias de proteção, melhoria do diagnóstico e do tratamento pelos profissionais de saúde, desenvolvimento de programas com o intuito de promover táticas de resolução de problemas e a autoestima, ampliar o conhecimento e a sensibilização das pessoas para a problemática do suicídio. Complementando as ideias dos autores supracitados, a OMS (2012, p. 16-17) sugere como medidas preventivas as seguintes:

A criação de uma estratégia nacional que possa propor o tipo mais adequado e combinação de intervenções baseadas em evidência - universais, seletivas e indicadas. A intervenção universal visa a população geral com cobertura da população como um todo. independentemente do grau de risco. A intervenção seletiva se enfoca nas subpopulações que são conhecidas como tendo risco elevado e podem ser empregadas com base nas características sócio-demográficas, distribuição geográfica, ou prevalência de distúrbios mentais e devidos a uso de substâncias, dependendo da contribuição destes diversos fatores para a carga geral de suicídio. A intervenção indicada é destinada aos que já são conhecidos como sendo vulneráveis ao suicídio ou que tentaram suicídio. Um programa abrangente de prevenção de suicídio emprega normalmente uma combinação destas três abordagens.

Diante desse contexto, é de fundamental importância a atuação de diversos profissionais no âmbito da saúde, dentre eles destaca-se o Psicólogo. É sobre a intervenção deste no acolhimento, no cuidado e na prevenção junto aos adolescentes que apresentam comportamento suicida que se falará a seguir.

4.3.3 O acolhimento e o cuidado na intervenção do Psicólogo junto aos adolescentes que apresentam comportamento suicida

Dos seis estudos analisados, apenas o de Hildebrandt et al., (2011) não dá enfoque ao tema acolhimento e cuidado na intervenção do Psicólogo junto aos adolescentes que apresentam comportamento suicida, mas contribui para a temática ao afirmar ser de grande valia a inserção de adolescentes em redes de apoio, vistas como forma de prevenir a tentativa e o ato suicida propriamente dito. É importante o encaminhamento deste contingente populacional para grupos de socialização, mantendo-os em atividade, ocupando seu tempo livre e sua mente com tarefas

diversas. Este modo de agir impulsiona os jovens a se expressarem e, de certa forma, a se desenvolverem como cidadãos.

Cerqueira (2015) ressalta que compete ao profissional apreender o que os sinais querem dizer a respeito do cliente e ajudá-lo a se perceber. Este profissional é responsável por auxiliar o sujeito a encontrar um caminho que o traga à saúde e irá, muitas vezes como um alerta, emitir determinados sinais que mostrem que algo não está bem. Nesse entendimento explica Perls (2011, p.76-77) que:

[...] como uma terapia experiencial, a técnica gestáltica demanda do paciente que ele se auto-experencie o tanto quanto possa, que ele se vivencie tão completamente quanto possa, no aqui e agora. Pedimos ao paciente que se dê conta de seus gestos, de sua respiração, de suas emoções, de sua voz, e de suas expressões faciais, tanto quanto dos pensamentos que mais o pressionam. Sabemos que quanto mais se der conta de si mesmo, mais aprenderá sobre o que é seu si mesmo. À medida que experimente os modos pelos quais se impede de “ser” agora – os meios por que se interrompe -, também começará a experienciar a si mesmo – o que interrompeu” (PERLS, 2011, p. 76-77).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2013, p.115), algumas intervenções junto aos pacientes que demonstram ideação, ou que tentaram suicídio são as seguintes:

O paciente em risco de suicídio procura uma opção de morte, mas devemos lembrar que existem ainda pulsões de vida que devemos estimulá-las para agir como um fator protetor imediato. O apoio profissional procura, na sua intervenção, superar a crise e tratar de centrar seu esforço na procura por parte do paciente de alternativas não letais na solução do sofrimento. A intervenção profissional deve reforçar as condições de proteção pessoais e familiares. As condições de cada paciente também devem ser avaliadas na clínica geral. Se são identificadas alterações psiquiátricas, estas devem ser tratadas imediatamente. Se esses pacientes já estão sendo tratados, deve ser realizado um acompanhamento permanente para avaliar a eficácia terapêutica sobre seu problema. Nesses pacientes, é importante diferenciar se sua intencionalidade ou crise na sua conduta suicida é durante sua internação hospitalar ou se trata de um paciente que reside em seu domicílio (em família ou sozinho).O tempo de acompanhamento de um paciente com risco de suicídio é muito variável e os terapeutas devem ter um leque de instrumentos para tomar decisões sobre a frequência de sessões e, inclusive, para reavaliar de maneira continuada os objetivos e tempo (imediato e mediato) do projeto terapêutico (BRASIL, 2013, p.115).

Façanha et al. (2010) identificam como sendo ações primordiais do Psicólogo junto aos adolescentes: desmistificação de conceitos acerca do suicídio; aprofundamento de conceitos (suicídio, para-suicídio e tentativa de suicídio); alerta para a necessidade de avaliar a gravidade de intenção suicida; ênfase nos fatores de risco para o comportamento suicida; sistematização dos modelos de intervenção terapêutica e discussão sobre os recursos comunitários existentes.

De acordo com Fukumitsu (2014), o profissional de Psicologia deve intervir seguindo as seguintes etapas: primeira etapa: perguntar e explorar; segunda etapa: compreender, confirmar e acolher e terceira etapa: encaminhar e acompanhar.

Braga e Dell'Aglio (2013) afirmam que é fundamental a avaliação de adolescentes e o tratamento de sintomas depressivos identificados, que podem se constituir numa importante ferramenta de prevenção ao desenvolvimento de pensamentos e comportamentos suicidas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo de identificar as principais medidas preventivas ao suicídio de adolescentes sob a perspectiva de intervenção do psicólogo. Inicialmente foi possível constatar que a morte por suicídio não se trata de uma prática recente, visto que relatos evidenciaram que esta circunstância já existia, o que já podia ser confirmado por meio de antigos livros, como o Alcorão, a Bíblia, dentre outros. Também se constatou os principais fatores de risco e de proteção ao suicídio, que devem ser apreendidos pelos profissionais que atuam diretamente sobre esta questão.

Observou-se que é de suma importância que o Psicólogo junto ao paciente seja capaz de reconhecer determinados sinais que mostre que há o risco de suicídio, além de avaliar e apreender a história de vida desse indivíduo, respeitando sua dor e legitimando a estes o valor de sua existência em todos os aspectos.

Também foi discutido sobre a adolescência, as principais transformações ocorridas nessa etapa da vida e a razão pela qual este segmento da população vem cada vez mais ampliando as estatísticas de suicídio no país.

Através dos artigos selecionados, constatou-se que os autores concordam que os fatores de risco para o suicídio são diversos e complexos, e o conhecimento prévio destes, é um dos grandes determinantes entre a vida e a morte de adolescentes que vivenciam o comportamento suicida.

No que se refere à intervenção do Psicólogo, os autores estudados afirmam que o primeiro passo é identificar os sinais, pois através dessa ação, é possível traçar todo um conjunto de estratégias de intervenção, que visam sensibilizar o adolescente da importância de sua vida, em todos os âmbitos.

Diante das observações feitas, espera-se que este estudo possa de forma efetiva contribuir para futuras produções acadêmicas sobre o tema debatido, visto que o suicídio constitui um grave problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M.; **Adolescência normal**: Um enfoque psicanalítico; Porto Alegre; Artes Médicas; 2003.

ARAÚJO, L. C., VIEIRA, K. F. L., COUTINHO, M. P. L. Ideação Suicida na adolescência. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 47-57, jan./abr. 2010.

AZEVEDO, Maria Amélia e GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Mania de bater**: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: Editora iglu, 2001.

BAPTISTA, M.N. Suicídio: Aspectos teóricos e pesquisas internacionais. *In*: M.N. BAPTISTA (Ed.), **Suicídio e depressão – atualizações**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2004.

BERNARDINO, A. **A beleza de Narciso**. 3 ed. São Paulo: FTD, 1999.

BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de and BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2010, vol.32, suppl.2, pp.S87-S95.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo, SP: Ed. Unesp. 2012.

BOTEGA, N. J., et al. **Prevenção do comportamento suicida**. Psico, 2006.

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

BRACONNIER, A. **Guia da adolescência**. Lisboa: Prafácio, 2002.

BRAGA, Luiza de Lima. DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, 6(1):2-14, janeiro-junho 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**: competência e habilidades. Brasília, 2008.

BRASIL. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica. Brasil, 2009. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_prevencao240111.pdf>

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **O suicídio e os desafios para a Psicologia**. 1ª edição. Brasília, dezembro, 2013.

BRAZ, S. C, PEIXOTO, B, SAMPAIO, D. **Suicídio e Comportamentos Autolesivos**: dos Conceitos à Prática Clínica. 1a Edição. LIDEL, editor. 2014.

BRIDGE, J.A. GOLDSTEIN, T.R. BRENT, D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**.2006.

CALLIGARIS, Contardo. **A Adolescência**. Coleção Folha Explica. São Paulo: PUBLIFOLHA, 2009.

CARVALHO. A, et al. **Plano Nacional de Prevenção de Suicídio**. 2013.

CERQUEIRA, Y. LIMA, P. **Suicídio**: a prática do psicólogo e os principais fatores de risco e de proteção. Rio de Janeiro. Ver. IGT na rede, v. 12, nº 23, 2015.

CHAGAS, Arnaldo. Adolescência: Um fenômeno contraditório. In **Revista de Psicologia Catharsis**. [2011] Disponível em:
<http://www.revistapsicologia.com.br/materias/hoje/adolescencia.htm>

COLEMAN, J.C. **The Nature of Adolescence**, 4th Edition. 2011. Disponível em:
http://books.google.pt/books/about/The_Nature_of_Adolescence_4th_Edition.html?id=Sb_qF0zbA4AC&pgis=1.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005. Disponível em:
<http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/codigo_etica>.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro**: direito de família. 23 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

DUARTE, Luciana da Silva. **Curso Nacional de Enfrentamento à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes**. Brasília – DF – Secretaria Nacional de Segurança Pública -SENAS/MJ, atualizado em 14/09/2009. Disponível em:
(http://senaspead.ip.tv/modulos/educacional/conteudo/01021/paginas/EnfrentamentoExploracaoCriançasAdolescentes_completo.pdf)

DUTRA, E. M. do S. **Compreensão de tentativas de suicídio de jovens sob o enfoque da abordagem centrada na pessoa**. São Paulo, 2000. 195p. (Doutorado Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

DURKHEIM, E. **O Suicídio**. 1ª. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

EISENSTEIN, E. **Adolescência: definições, conceitos e critérios**. Adolescência e Saúde, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 302-44, ago, 2005.

ERIKSON, Erik. H. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1976.

FAÇANHA, Jorge Daniel Neto et al. Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção *BELIEVE*. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**. V.6, n.1. 2010.

FALEIROS, V. P. Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores. Brasília, DF: Universa, 2008.

FUKUMITSU, Karina Okajima. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Revista de Psicologia USP**. volume 25 | número 3 | 270-275.

FUKUMITSU, K.O. **Suicídio e Psicoterapia** – Uma visão gestáltica. Série Gestalt-Terapia. Campinas: Livro Pleno, 2005.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo : Atlas, 2010.

GUERREIRO, D.F. SAMPAIO, D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **RevPort Saúde Pública**; 2013. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S087090251300030>

GUTIERREZ, B. A. O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicol. USP**, São Paulo, dez. 2014;25(3). Disponível em: <http://www.scielo.br>.

HAAS, A.P, et al. **Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations**: review and recommendations. J Homosex. 2011.

HEPP, U. Stulz N, UNGER-KÖPPEL, J. AJDACIC-GROSS, V. **Methods of suicide used by children and adolescents**. EurChildAdolescPsychiatry. 2012. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22130898>>.

HILDEBRANDT, Leila Mariza Hildebrandt, ZART, Franciele, LEITE, Marinês Tambara. A tentativa de suicídio na percepção de adolescentes: um estudo descritivo. **Rev. Eletr. Enf.** 2011 abr/jun;13(2):219-26

HINDUJA S, PATCHIN JW. **Bullying, cyberbullying, and suicide**. Arch Suicide Res. 2010.

LEAL, M. L. P. A exploração sexual comercial de meninos, meninas e adolescentes na América Latina e Caribe. Brasília: CECRIA, 1999.

LIMA, M.A.D. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Rev. Eletr. Enf.** Vol. 12, nº 01. 2010. Disponível em:<<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf>>.

LOUZÃ NETO, MARIO R. **Psiquiatria básica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENDONÇA, Flavio Moniz. **Suicídio na adolescência**. 2015. Disponível em:< <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/30460/1/Suic%C3%ADdo%20na%20Adolesc%C3%A7%C3%A3o%20-%20Artigo%20de%20Revis%C3%A3o%20-%2003.15%20-%20Fl%C3%A1vio%20Mendon%C3%A7a.pdf>>.

MIRIAM H. **Adolescência e saúde**: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação. Petrópolis: Vozes; 2006.

OLIVEIRA, I. R.; LIMA, P. A. P. Utilidades e limitações do uso de diretrizes no tratamento da depressão. São Paulo, 2003. **Revista brasileira de psiquiatria**.

OUTEIRAL, J. **Adolescer**: Estudos sobre Adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Prevenção do suicídio**: um manual para médicos clínicos gerais. Genebra: 2000.

_____. **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros, Genebra: OMS, 2006.

_____. **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio**: uma estrutura. 2012.

PANDEY, G.N. **Biological basis of suicide and suicidal behavior**. Bipolar Disord Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3749837&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

PERES F, ROSENBERG CP. **Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública**. Saúde Soc., 1998.

PEREIRA, Adelino Gonçalves. **Ideação Suicida na População Universitária: Uma Revisão de Literatura**. **Revista E-Psi**, v.5, n. 2, 2015.

RODRIGUES, Rosa Maria. **Contracepção e Gravidez na Adolescência – Mesa Redonda**. **Nascer e Crescer**, v.19 n.3 Porto set. 2010.

SCHNITMANN, G.; KITAOKA, E. M.; AROUCA, G. S. de S.; LIRA, A. L. da S.; NOGUEIRA, D.; DUARTE, M. B. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. In: **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 34, n. 01, p.44-59, jan./mar., 2010.

SHAFFER, D. KIPP. K. **Developmental Psychology**: Childhood and Adolescence. 2013 Disponível em:
<http://www.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=qTgLAAAAQBAJ&pgis=1>

STRATHERN, P. 1940- **Foucault (1926-1984) em 90 minutos/Paul Strathern**: tradução, Cassio Boechat: consultoria, Danilo Marcondes. – Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

TIBA, Içami. **Adolescência: O despertar do sexo- um guia para entender o desenvolvimento sexual e afetivo das novas gerações**. São Paulo: Gerações, 1994.

UNFER, Mara. **O adolescente que busca suicidar-se**: registros de vida no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1236/1/Mara%20Unfer.pdf>>.

VOLPE, F.M.; CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. Epidemiologia do suicídio. In: Ed(s) CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. **Suicídio**: uma morte evitável. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

WERLANG, Blanca Susana Guevara et al. **Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos**. Barbarói. Santa Cruz do Sul, n. 28, jan./jun. 2008. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/192/581>>.

XIMENES, F. R. G. N. et al. **Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 3, mai/jun, 2007.