

Depressão e suicídio: o adolescente frente a fatores de risco socioculturais
Depression and suicide: the adolescent facing sociocultural risk factors
Depresión y suicidio: el adolescente enfrenta factores de riesgo socioculturales

Recebido: 17/10/2019 | Revisado: 25/10/2019 | Aceito: 30/10/2019 | Publicado: 01/11/2019

Isadora Ribeiro Meine

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4226-4210>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: meineisadora@gmail.com

Maryeli Corrêa Cheiram

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9079-311X>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: marycorreacontato@outlok.com

Fernanda Pires Jaeger

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7094-7764>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: nandajaeger@hotmail.com

Resumo

Esse estudo tem como objetivo enfatizar os aspectos sociais relacionadas não apenas à figura do adolescente e o seu processo de adolecer, mas também à patologia da depressão e a relação com o comportamento suicida. A fim de alcançar um amplo panorama, realizou-se uma pesquisa bibliográfica de revisão integrativa cuja abordagem adotada foi a qualitativa. Como resultado, constatou-se que as questões sociais que circundam o adolecer são capazes de tanto possibilitar o desencadeamento da depressão e do comportamento suicida em adolescentes quanto influenciar na intervenção dos profissionais da saúde junto a estes jovens. Dessa forma, concluiu-se grande necessidade do rompimento com estigmas socialmente construídos para haver um cuidado qualificado em relação aos referidos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência; Depressão; Suicídio; Fatores de risco.

Abstract

This study aims to emphasize the social aspects related not only to the figure of the adolescent and his adolescent process, but also to the pathology of depression and the relationship with

suicidal behavior. In order to reach a broad panorama, an integrative review bibliographic research was carried out and the approach adopted was the qualitative one. As a result, it was found that the social issues surrounding the adolescent are capable of both triggering depression and suicidal behavior in adolescents and influencing the intervention of health professionals with these young people. Thus, it was concluded that there is a great need to break with socially constructed stigmas in order to have qualified care in relation to these adolescents.

Keywords: Adolescence; Depression; Suicide; Risk factors.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo enfatizar los aspectos sociales relacionados no solo con la figura del adolescente y su proceso adolescente, sino también con la patología de la depresión y la relación con el comportamiento suicida. Para alcanzar un panorama amplio, se realizó una investigación bibliográfica de revisión integradora y el enfoque adoptado fue el cualitativo. Como resultado, se descubrió que los problemas sociales que rodean al adolescente son capaces de desencadenar la depresión y el comportamiento suicida en los adolescentes e influir en la intervención de los profesionales de la salud con estos jóvenes. Por lo tanto, se concluyó que existe una gran necesidad de romper con los estigmas socialmente construidos para tener una atención calificada en relación con estos adolescentes.

Palabras clave: Adolescencia; Depresión Suicidio; Factores de riesgo.

Introdução

De maneira geral, os sentimentos de tristeza e solidão se mostram recorrentes nos dias atuais. Quando esta vivência se torna persistente, pode repercutir em um transtorno depressivo, que é o diagnóstico mais comum dentre as pessoas que consumaram suicídio (OMS, 2000). Nesse sentido, os transtornos depressivos apresentam-se muito frequentemente em toda população, sendo considerados entre as doenças mais comuns (Bahls & Bahls, 2002).

Vale considerar que o suicídio se configura como um fenômeno complexo, atravessando todas as culturas, classes sociais e faixas etárias. Além do mais, abarca desde elementos biológicos e psicológicos quanto sociais, culturais e ambientais (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005).

Nesse sentido, de acordo com as estimativas da World Health Organization - WHO (2014), em 2012, houve cerca de 804.000 óbitos por suicídio em todo o mundo. Nesse

aspecto, globalmente, o suicídio é a 2ª causa de morte daqueles que estão entre os 15 e os 29 anos de idade. Dessa forma, esse fenômeno constitui-se como um grande problema de saúde pública (WHO, 2014).

No Brasil, entre o período de 2011 a 2016, foram identificados 48.204 casos de tentativa de suicídios, sendo 69% em mulheres e 31% em homens. Além disso, nesse mesmo período, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio, chegando-se a taxa de 5,5/100 mil hab., sendo o risco de suicídio masculino de 8,7/100 hab. e o feminino de 2,4/100 mil hab. (Ministério da Saúde, 2017).

Atualmente, a depressão na adolescência é tomada como uma condição recorrente, sua presença em adolescentes, até a década de 70, não era considerada como uma possibilidade. Isso decorre do fato de que as transformações em virtude de alterações biopsicossociais e de identidade serem características dessa fase (Costa, Gaetti-Jardim Jr., & Fajardo, 2014). Além disso, esses jovens manifestam, de acordo com Knobel (1981), a “síndrome normal da adolescência” cujas características são:

- 1) busca de si mesmo e da identidade; 2) tendência grupal; 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar; 4) crises religiosas, que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso; 5) deslocalização temporal, em que o pensamento adquire as características de pensamento primário; 6) evolução sexual manifesta, desde o auto-erotismo até a heterossexualidade genital adulta; 7) atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversa intensidade; 8) contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida; 9) uma separação progressiva dos pais; e 10) constantes flutuações de humor e do estado de ânimo (Knobel, 1981, p. 29).

Nesse sentido, uma vez que a sociedade identifica e atribui significados para as modificações no adolescente, constroem-se os estereótipos (Ozella, 2002). Nesse viés, a depressão, sob uma perspectiva histórica, era vista nos adolescentes como sinal de delinquência, sendo diagnosticadas como “idiotia, debilidade e imbecilidade” (Carneiro et al., 2018, p.11).

Embora seja um fenômeno multifatorial, hoje sabe-se que adolecer é uma atitude cultural, recheada por expectativas sociais. Assim, o processo de maturação fisiológica, psicológica e emocional, tal como a busca por uma definição de um papel social, podem gerar no adolescente o sentimento de inutilidade, insegurança e confusão (Crivelatti, Durman, & Hofstatter, 2006).

Portanto, este estudo tem como objetivo enfatizar os aspectos sociais relacionadas não apenas à figura do adolescente e o seu processo de adolecer, mas também à patologia da depressão e a relação com o comportamento suicida.

O adolecer e a depressão

Atualmente, a adolescência não é encarada apenas como um período de transição entre a infância e a fase adulta, mas também como um momento da vida atravessado por tensionamentos e mudanças no jovem em que a família e a sociedade devem auxiliar e acompanhar. Nessa perspectiva, muitas vezes, este momento é rodeado por dificuldades e conflitos inerentes ao processo de adolecer (Santrock, 2003).

Nesse viés, a adolescência deve ser abordada não apenas como uma etapa no desenvolvimento humano, mas também como um fenômeno de caráter geográfico, temporal, histórico e sociocultural. Paralelamente, muitos dos adolescentes trazidos para a consulta são patologizados em virtude de sua conduta ser considerada como “anormal” dentro de um meio social. Nesse sentido, características como rebeldia, contradições, mudanças de humor, crises religiosas e de identidade podem ser apontadas. Assim, esses traços, mesmo que estejam presentes em diminuta medida, são atribuídos como inerentes ao jovem, pressupondo que todo adolescente é um alguém em crise (Knobel, 1981).

Contudo, a adolescência não é uma época crítica, recheada de desvios, para boa parte dos jovens. Isso se explica por haver “diferenças socioeconômicas, étnicas, culturais, de sexo, idade e estilo de vida que influenciam a trajetória de desenvolvimento de todo adolescente” (Santrock, 2003, p. 8).

Entretanto, os mesmos estão, de fato, passando por algumas alterações típicas de sua faixa etária. Dentre elas, mudanças fisiológicas (em termos hormonais, sexuais e em altura e peso), cognitivas, afetivas e emocionais (Ibid, 2003). Somando-se a isso, a adolescência pode ainda ser caracterizada pelo desenvolvimento do autoconceito e da autoestima, pelo acréscimo de responsabilidades sociais, familiares e profissionais, envolvendo também o aprendizado de normas e a experimentação de seus limites. Todas essas alterações podem provocar mudanças comportamentais no adolescente (Aragão et al., 2009).

Posto isso, nem todo adolescente responderá a essas modificações positivamente. Assim, essas novidades, ao passo que vêm acompanhadas de pressões sociais, podem refletir em mudanças no humor e no comportamento do jovem. Favorece-se, assim, o desabrochar de sofrimentos psíquicos - como a solidão, a confusão e o descontentamento, podendo indicar depressão (Crivelatti, Durman, & Hofstatter, 2006).

Depressão, comportamento suicida e fatores de risco: uma correlação

De acordo com a OPAS - Organização Panamericana de Saúde e a OMS - Organização Mundial de Saúde (2017), a depressão é caracterizada por persistente tristeza, perda de interesse por atividades que outrora traziam prazer e incapacidade de realizar atividades diárias, por pelo menos duas semanas. Ademais, sob o ponto de vista clínico, ela pode se manifestar na adolescência de maneira semelhante aos adultos (Bahls, 2002). Diante do exposto, podem ser notabilizados sintomas como: humor depressivo; irritabilidade, falta de reatividade, variação diurna de humor; culpa excessiva ou inapropriada; anedonia; fadiga; agitação psicomotora; retardo psicomotor; insônia; anorexia, bulimia, baixo peso, perda ou ganho de peso; pessimismo; sintomas cognitivos; retraimento social, queixas psicossomáticas; ideação suicida (Crivelatti, Durman, & Hofstatter, 2006).

O Ministério da Saúde (2019) apresenta, ainda, alguns subtipos da depressão. Dentre eles: a distímia, a depressão endógena, a depressão atípica, a depressão sazonal, depressão com sintomas psicóticos, depressão secundária e a depressão que se manifesta a partir do transtorno bipolar. Vale pontuar que os primeiros sintomas costumam surgir na adolescência no início da idade adulta.

Pode-se acrescentar ainda alguns aspectos que colaboram para que a depressão se estabeleça como: doenças orgânicas, discriminação, pressão social e práticas parentais inconsistentes (Costa, Gaetti-Jardim Jr., & Fajardo, 2014). Além disso, algumas características são mais típicas nos adolescentes, como: irritabilidade, instabilidade, raiva, problemas comportamentais, abuso de álcool e outras drogas, prejuízos no desempenho escolar, baixa autoestima, isolamento social, alterações no relacionamento familiar e comportamento suicida (Aragão et al., 2009).

Nesse sentido, tem-se a significativa correlação entre transtornos de humor (principalmente a depressão) e o suicídio (Bertolote et al., 2003). Além do mais, a depressão pode tornar os adolescentes mais vulneráveis ao comportamento suicida, já que, por volta dos doze anos, o desenvolvimento do pensamento abstrato lhes possibilita maiores compreensões sobre a morte (Bahls, 2002).

Diante disso, vale considerar que a autolesão pode ser conceituada como um comportamento que repercute em dano físico, variando em termos de frequência, intensidade da lesão e rompimento com o meio social, causando, pois, riscos ao próprio indivíduo (Ceppi & Benvenuti, 2011). Neste sentido, de acordo com a WHO (2016), em pesquisas com jovens que haviam cometido autolesão, deu-se que a maioria relatava a existência de múltiplos, e por vezes contraditórios, motivos para esse comportamento e também esteve presente a ambivalência orientada à vontade de morrer no ato de automutilação. Ademais, Borges,

Werlang e Copatti (2008) defendem que na adolescência, em virtude do desenvolvimento da capacidade de resolução de questões existenciais, eventualmente, podem surgir ideias de morte. Contudo, quando a perda da vida é vista como única solução, torna-se uma condição preocupante.

Nesse sentido, o comportamento suicida se sucede desde a ideação, passando por ameaças e tentativas, até atingir a consumação do suicídio (Barrero, 1999). Além disso, o suicídio pode ser conceituado como uma lesão autoprovocada que resulta em morte. Posto isto, sua etiologia envolve “os fatores psicossociais, as doenças crônicas, a biologia, a personalidade, os transtornos psiquiátricos e a história genética e familiar” (Werlang, Borges & Fernsterseifer, 2005, p. 259).

Assim sendo, alguns fatores de risco ao suicídio são frequentemente apontados. Dentre eles: problemas de relacionamento e de convivência com familiares e amigos, isolamento social, casos de suicídio dentro da família ou a perda de pessoas amadas, exposição à violência, abuso de álcool e drogas, *bullying*, gravidez, pobreza ou desemprego, rendimento escolar insuficiente, decepções amorosas, homossexualidade, dificuldades na resolução de conflitos, depressão, dentre outros (Braga & Dell’Aglío, 2013). Entretanto, de acordo com Botega (2014), o principal fator de risco para o suicídio é a existência de alguma tentativa anterior.

Por esse ângulo, para Braga e Dell’Aglío (2013), o suicídio na adolescência constitui-se como um fenômeno que apresenta complexidade, sendo multifatorial, no qual exercem influências diferentes aspectos. Dentre eles, estão os biológicos, psicológicos e socioculturais. Neste último, vale pontuar que as meninas e os meninos, por serem socializados de formas diferentes vão apresentar manifestações distintas ao longo deste processo. As primeiras, por um lado, apresentam mais tentativas de suicídio do que os últimos que, por outro lado, são os que mais morrem desta maneira.

Questões socioculturais no atendimento

A partir de tudo o que foi dito, há um longo processo entre a ideação e a consumação do suicídio, que se dá por alterações explícitas no cotidiano, como em gestos e palavras, deixando pistas. Apesar disso, a invisibilidade dos comportamentos suicidas - tanto por parte de familiares e amigos, quanto por profissionais da saúde - reforçam o tabu predominante (Marquetti & Milek, 2014). Nesse sentido, segundo Bahls (2002), muitas vezes, pais e professores de adolescentes não ficam cientes da depressão em seus filhos e alunos e, quando

percebem, comumente os comportamentos desses adolescentes são interpretados como rebeldia e indisciplina (Costa, Gaetti-Jardim Jr. & Fajardo, 2014).

Outrossim, em uma pesquisa realizada por Melo et al (2019), com estagiários de enfermagem, notou-se que alguns participantes atrelaram as causas do suicídio, além da depressão e da desilusão sentimental, com “ausência de religião, fraqueza ou porque, por alguma razão, os suicidas queriam chamar a atenção de algo ou alguém” (Melo et al., 2019, p. 74). Além disso, parte dos participantes também afirmaram desconhecer patologias que podem levar o sujeito a cometer suicídio, tais como a esquizofrenia, a depressão e o transtorno bipolar, por considerarem que as manifestações dessas doenças se encaixam apenas como uma classificação de loucura.

Além disso, mesmo existindo serviços qualificados no atendimento de agravos da saúde mental, que focam em escutar e tratar o adolescente em sua singularidade, há um conforme (Carneiro et al., 2018, p. 9) um “número limitado de profissionais especializados, bem como as capacitações para que o atendimento seja integral e as intervenções mais eficazes, ainda são insuficientes”. Esse dado vai de encontro ao tomado pela World Health Organization - WHO (2019) que prevê como uma forma de prevenção e controle do suicídio o treinamento de profissionais da saúde para a avaliação e gestão do comportamento suicida.

Além disso, Vidal & Gontijo (2013), fazem a consideração de que a maioria dos casos de autoagressão são atendidos, principalmente, em emergências dos sistemas de saúde, sendo aquele momento de atendimento uma excelente oportunidade para que os profissionais intervenham. Contudo, essa oportunidade nem sempre é aproveitada, seja por características do serviço da emergência, seja por despreparo e dificuldades de lidar com pacientes suicidas. Nesse sentido, como os comportamentos de suicidas são vistos de maneira estereotipada, os próprios profissionais detêm uma conduta correspondente, apresentando hostilidade e rejeição, levando à diminuição de cuidados por parte da equipe.

Segundo Freitas e Borges (2014), em hospitais gerais, parte dos profissionais de saúde detêm resistências no atendimento de demandas entendidas como de saúde mental e, como resultado, quem tenta suicídio comumente é tratado com revolta e agressividade, já que esses profissionais não se apresentam suficientemente preparados para lidar com a angústia gerada no manejo desses casos. Além disso, a equipe de saúde que é preparada para “curar” se sente fracassada por não conseguir realizar seu trabalho frente à um alguém que vê na morte a solução de seus males.

Metodologia

A pesquisa qualitativa “se ocupa [...] com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (p. 21). Acrescenta-se ainda que esses fenômenos fazem parte da realidade social, em que a produção humana deriva das relações, das representações e da intencionalidade, o que dificilmente pode ser quantificado (Minayo, Deslandes, & Gomes, 2018).

Nesse sentido, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, por meio da leitura e seleção de alguns artigos e cartilhas que contemplassem o objetivo desse estudo. Optou-se, então, por essa metodologia qualitativa já que a vantagem desse tipo de pesquisa é a de permitir que o investigador cubra uma amplitude maior de fenômenos do que poderia se pesquisasse de maneira direta (Gil, 2002).

Por meio da análise qualitativa dos conteúdos escolhidos, tornou-se possível tanto estabelecer uma compreensão do material coletado, podendo ser ou não confirmadas as questões que impulsionaram a pesquisa, quanto ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado (Deslandes, Neto, & Gomes, 2003).

Nesse sentido, a revisão integrativa é uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento ao passo que permite a incorporação da aplicabilidade dos resultados estudados na prática. Além disso, ela mostra-se como uma abordagem ampla na compreensão dos fenômenos, incluindo desde estudos experimentais aos não experimentais. Destarte, utiliza-se também da literatura teórica e empírica. Assim, torna-se possível, no âmbito das ciências da saúde, a inclusão de métodos diversos (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

Assim sendo, nesta pesquisa, utilizou-se como descritores os seguintes termos: depressão, suicídio, adolescentes, atendimento de saúde, estereótipos, fatores de risco e fatores de proteção. Ademais, a busca bibliográfica se deu por meio da leitura em artigos (tanto nacionais quanto internacionais), livros, dissertações, cartilhas, relatórios e boletins epidemiológicos.

Discussão do estudo

A adolescência é tida como uma categoria sociocultural e historicamente construída, sendo considerada como um período de transição entre a infância e a idade adulta cujos critérios abarcam as dimensões biopsicológica, cronológica e social (Ribeiro et al., 2012).

Nesse viés, tanto a ciência como o senso comum, elegem a adolescência como um período em que ocorrem grandes transformações, havendo alterações nos aspectos físicos,

sexuais, cognitivos e emocionais, esbarrando também em pressões sociais que favorecem mudanças de comportamento (Ribeiro, Coutinho, & Nascimento, 2010).

Nesse sentido, condutas danosas à integridade podem ser adotadas, indicando a possibilidade de uma patologia, tal como sintomas depressivos e a ideação suicida. Para tanto, alguns fatores de risco ao suicídio na adolescência podem ser apontados. Dentre eles: aspectos culturais, sociodemográficos, familiares, estilo cognitivo e personalidade, perdas pessoais, doença física, conflitos interpessoais, transtornos psiquiátricos, tentativas de suicídio anteriores ou presença de histórico de comportamento suicida e/ou ocorrência de comportamento suicida de pessoas conhecidas (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005).

Acerca disso, em decorrência do aumento do número de ocorrências de tentativa ou consumação do suicídio, tornou-se mais frequente esses casos no trabalho cotidiano dos profissionais da área da saúde. Entretanto, a lida com esses pacientes não é simples (Freitas & Borges, 2014). Tendo isso em vista, foram percebidas atitudes negativas, acompanhadas de irritação e raiva no atendimento realizado por profissionais da saúde (Vidal & Gontijo, 2013).

Nesse sentido, a falta de informação por parte dos familiares e dos profissionais de saúde traz consigo a dificuldade de ação de quem convive com quem apresenta comportamento suicida e das necessidades do paciente. Além disso, pode-se notabilizar que não é costumeiro o acompanhamento de pacientes após a tentativa de suicídio, indo novamente ao encontro da falta de capacitação dos profissionais para a detecção de sinais depressivos que poderiam ser obtidos pela análise cuidadosa do histórico do paciente, por exemplo (Barbosa, Macedo, & Silveira, 2011).

Entretanto, os fatores de risco, mesmo quando estão ausentes ou havendo a sua identificação, não impossibilitam o adolescente de cometer suicídio. Assim sendo, faz-se necessário conhecer também os fatores de proteção. Dentro disso, encontra-se a necessidade da existência de redes de apoio, que envolvam a família, a escola e os grupos de pares (Braga & Dell'Aglio, 2013).

Assim sendo, uma boa relação intrafamiliar e extrafamiliar, a definição de algum propósito para a própria vida, a capacidade para buscar e receber auxílio quando surgem problemas, pertencer à tradições culturais e adotar valores, são fatores que configuram-se como protetivos e devem ser levados em conta pelos profissionais da saúde, viabilizando o acesso às intervenções necessárias (Abasse et al., 2009).

Ademais, ter momentos de lazer, praticar esporte ou fazer atividade física, estar em dieta saudável e com boa qualidade do sono, além de ter uma religião, boas relações com

amigos, colegas, professores e outros adultos também podem ser considerados como fatores de proteção (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005).

Nesse sentido, frente ao fenômeno de patologização do processo de adolescer e a ampla gama de estereótipos culturalmente disseminados a respeito da figura do adolescente, da depressão e dos comportamentos suicidas, considerou-se como urgente a reformulação de tais estigmatizantes paradigmas. Assim sendo, nos âmbitos escolar e familiar, faz-se necessária a criação de espaços que permitam aos adolescentes a expressão de suas questões, de forma que suas queixas sejam levadas em consideração.

Ademais, no cenário acadêmico e profissional, a área da saúde deve estar adequadamente preparada para apresentar-se empática e cautelosa frente às demandas apresentadas pelos adolescentes. Somando-se a isso, tais trabalhadores devem buscar, constantemente, o aprimoramento nas suas funções, não apenas fazendo cursos e afins, mas também refletindo, de maneira crítica, sobre suas próprias práticas.

Considerações Finais

Diante da temática exposta, é primordialmente necessário que a sociedade preste mais atenção aos comportamentos dos jovens e os fatores de risco à sua vida. Deve-se buscar, para tanto, um olhar não estigmatizado e determinista, permitindo ao adolescente que a complexidade de sua singularidade possa ser salientada e considerada para, assim, desenvolverem-se ações voltadas a este público.

Depois, as práticas dos profissionais de saúde precisam vislumbrar um atendimento multi e interprofissional, capaz de compreender e acolher o adolescente. Nesse sentido, o indivíduo em depressão e em risco de suicídio deve ser cautelosamente escutado para que sejam identificados fatores de risco e, partindo disso, serem disponibilizados tratamentos suficientemente resolutivos e protetivos.

Reconhecendo-se que, longe de compreender todos os aspectos que abarcam as questões relacionadas ao olhar social acerca do adolescer e dos jovens em depressão e que apresentam comportamento suicida, tencionou-se a promoção de reflexões sobre o assunto, vislumbrando, de forma panorâmica, a problemática levantada. A depressão e o suicídio na adolescência constituem-se como um fenômeno complexo, multicausal e que demanda formas de tratamento amplas que vão desde a psicoterapia até o tratamento farmacológico.

No entanto, os fatores sociais e vinculares são elementos que interferem de maneira significativa no desencadeamento, bem como na evolução, do quadro apresentado. Sendo

assim, as ações de cuidado e tratamento destinados a adolescentes que vivenciam tais situações precisam considerar o contexto sociocultural no qual está inserido e a história de vida do adolescente, levando em conta suas vivências particulares.

Os assuntos depressão e suicídio, em virtude de serem considerados como fenômenos complexos que abrangem a sociedade como um todo, tem-se significativa relevância para futuros estudos envolvendo não apenas os adolescentes, mas também adultos e crianças. Assim, pesquisas que relacionam a vigente temática, com o impacto da solidão nesta era digital merecem maiores aprofundamentos. Além do mais, sugere-se também que sejam realizadas investigações sobre como se dá a naturalização e a romantização do sofrimento humano frente às adversidades da vida e como essa questão pode compreender o adolecer.

Referências

Abasse, M. L. F., Oliveira, R. C. de, Silva, T. C., & Souza, E. R. de. (2009). Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 407–416.

Aragão, T. A., Coutinho, M. da P. de L., Araújo, L. F. de, & Castanha, A. R. (2009). Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 395–405.

Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359–366.

Bahls, S., & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6(1), 49–57.

Barbosa, F. de O., Macedo, P. C. M., & Silveira, R. M. C. da. (2011). Depressão e o Suicídio. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(1), 233–243.

Barrero, S. A. P. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196–217.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2003). Suicide and mental

disorders: do we know enough? *British Journal of Psychiatry*, 183(5), 382–383.

Borges, V. R., Werlang, B. S. G., & Copatti, M. (2008). Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói*, (28), 109–123.

Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231–236.

Braga, L. D. L., & Dell’Aglío, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2–14.

Carneiro, E. S., Souza, A. I. J., Pina, J. C., Rumor, P. C. F., Gevaerd, T. C., & Cicéron, M. Y. (2018). Abordagem da equipe de saúde nos agravos de saúde mental de crianças e adolescentes hospitalizados. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 18(1), 7–14.

Ceppi, B., & Benvenuti, M. (2011). Análise funcional do comportamento autolesivo. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38(6), 247–253.

Costa, F. C., Gaetti-Jardim Júnior, E., & Fajardo, R. S. (2014). Depressão e suicídio na adolescência: representações sociais e indicadores de risco. *Revista Visão Universitária*, 1(1), 9–19.

Crivelatti, M. M. B., Durman, S., & Hofstatter, L. M. (2006). Sofrimento Psíquico na Adolescência. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(Esp), 64–70.

Deslandes, S. F., Neto, O. C., & Gomes, R. (2003). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (22º ed; M. C. S. Minayo, org.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Freitas, A. P. A. de, & Borges, L. M. (2014). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 560–577.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4º ed). São Paulo: Atlas.

Knobel, M. (1981). A síndrome da adolescência normal. In A. Aberastury & M. Knobel (Orgs.), *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico* (p. 24–59). Porto Alegre: Artes Médicas.

Marquetti, F. C., & Milek, G. (2014). Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(1), 18–26.

Melo, M. M., Fontes, F. L. de L., Silva, R. C. da, Lima Junior, J. G. A., Santos, J. M. S., Pinho, L. F., et al. (2019). Prevenção ao suicídio na atenção básica: discutir para prevenir. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 26(1), 72–75.

Minayo, M. C. de S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2018). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Ministério da Saúde. (2017). Boletim Epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Suicídio. Saber, agir e prevenir.*, 48(30), 1–14. Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>

Ministério da Saúde. (2019). Depressão: como diagnosticar, quais os sintomas e qual o tratamento. Recuperado 12 de outubro de 2019, de Ministério da Saúde website: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), & Organização Mundial da Saúde (OMS). (2017). Depressão: o que você precisa saber. Recuperado 4 de setembro de 2019, de Organização Pan-Americana da Saúde website: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5372:depressao-o-que-voce-precisa-saber&Itemid=822

Ozella, S. (2002). Adolescência: Uma perspectiva crítica. In S. H. Koller (Org.), *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas* (p. 16–24). Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia.

Ribeiro, K. C. S., Coutinho, M. P. de L., & Nascimento, E. S. (2010). Representação social da depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 448–463.

Ribeiro, K. C. S., Medeiros, C. S. de, Coutinho, M. da P. de L., & Carolino, Z. C. G. (2012). Representações sociais e sofrimento psíquico de adolescentes com sintomatologia depressiva. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3), 18–33.

Santrock, J. (2003). Introdução. In *Adolescência* (p. 2–20). Rio de Janeiro: LTC.

Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102–106.

Vidal, C. E. L., & Gontijo, E. D. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(2), 108–114.

Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fernsterseifer, L. (2005). Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Interamerican Journal of Psychology* 39(2), 259–266.

World Health Organization (WHO). (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (WHO). (2016). *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*. Recuperado de <https://www.who.int/publications-detail/practice-manual-for-establishing-and-maintaining-surveillance-systems-for-suicide-attempts-and-self-harm>

World Health Organization (WHO). (2019). Suicide. Recuperado 4 de setembro de 2019, de World Health Organization website: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Isadora Ribeiro Meine – 40%

Maryeli Corrêa Cheiram – 30%

Fernanda Pires Jaeger – 30%