

Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero

Suicide in adolescence: Risk factors, depression and gender

Luiza de Lima Braga, Débora Dalbosco Dell’Aglío

Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 115, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil.

luiza.lima.braga@gmail.com, dalbosco@cpovo.net

Resumo. Este artigo discute fatores de risco ao suicídio na adolescência, bem como características epidemiológicas de jovens que tentam ou cometem suicídio, a partir de uma perspectiva desenvolvimental. Por meio de uma 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. Com relação às diferenças de gênero, observou-se que as tentativas de suicídio são mais frequentes em meninas, porém, o suicídio consumado é maior em meninos, pois eles utilizam-se de meios mais agressivos em suas tentativas. Dentre os principais fatores de risco, destaca-se a depressão como tendo um papel fundamental no desenvolvimento de pensamentos e comportamentos de morte. Conhecer os principais fatores de risco associados ao suicídio e as diferentes formas de manifestação dos sinais a ele associados pode ser um passo importante para o planejamento de programas de prevenção.

Palavras-chave: suicídio, adolescência, fatores de risco, depressão.

Abstract. This paper discusses adolescent suicide risk factors as well as epidemiologic characteristics of adolescents who attempt or commit suicide from a developmental perspective. Through a non-systematic review of literature from national and international studies about the subject, some risk factors to adolescent suicide behavior were identified such as mental illnesses, alcohol/drug use, exposure to violence, family conflicts, family history of suicide and stressful experiences. Furthermore, gender differences were observed: suicide attempts are more common among girls, but suicide rates are higher among boys because they use more aggressive means in their attempts. Among the major risk factors, depression stands out as having a key role in the development of thoughts and behaviors of death. Knowing suicide behavior dynamics can be a relevant step for planning prevention program.

Key words: suicide, adolescent, risk factors, depression.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization* - WHO, 2010), o suicídio constitui-se, atualmente, em um problema de saúde pública mundial, pois está, em muitos países, entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos e é a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos. A cada ano, aproximadamente um milhão de pessoas morrem devido ao suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos. O índice mundial de suicídio é estimado em torno de 16 a cada 100 mil habitantes, variando de acordo com o sexo, a idade e o país. Nos últimos 45 anos, as taxas de suicídio aumentaram cerca de 60% em todo o mundo. No ano 2000, cerca de um milhão de pessoas em todo o mundo cometeram suicídio (WHO, 2010). No Brasil, no ano de 2005, foram registrados oficialmente 8550 suicídios, o que representa uma morte a cada hora diariamente (Ministério da Saúde, 2009). Apesar desses dados alarmantes, o Brasil é considerado um país com baixo índice de suicídio, pois a taxa oficial de mortalidade devido a esse problema é estimada em 4,1 por 100 mil habitantes para a população com um todo, sendo 6,6 para homens e 1,8 para mulheres. Segundo o Ministério da Saúde (2009), o suicídio é responsável por 24 mortes diárias no Brasil e três mil no mundo todo, além de 60 mil tentativas. O Rio Grande do Sul é o estado que apresenta os maiores índices de suicídio do país, com oito a dez mortes por cem mil habitantes – taxa duas vezes superior à média nacional (Ministério da Saúde, 2009). Pesquisadores sugerem que a etnia, a cultura e questões relacionadas ao clima podem ser responsáveis por esta situação (Meneghel *et al.*, 2004).

A literatura demonstra que as estatísticas de suicídio se distribuem de maneira desigual nos diferentes países, entre os sexos e entre os grupos etários. As taxas mais altas são observadas em idosos do sexo masculino – no Brasil, as taxas de suicídio nessa população são o dobro daquelas observadas na população geral (Minayo e Cavalcante, 2010). Apesar disso, o suicídio vem aumentando entre a população jovem nas últimas décadas, sendo que os jovens representam, atualmente, o grupo de maior risco (WHO, 2010). Em alguns países como Canadá, Sri Lanka, Áustria, Finlândia e Suíça, o suicídio em adolescentes e adultos jovens está se configurando em um padrão epidêmico (Meneghel *et al.*, 2004). Nesse sen-

tido, a adolescência tem sido considerada um período vulnerável ao comportamento suicida (Barros *et al.*, 2006).

Nos Estados Unidos, em 2006, 1771 crianças e adolescentes de 10 a 19 anos de idade cometeram suicídio, o que tornou esta a terceira causa de morte nesse grupo etário (Schwartz *et al.*, 2010). Na Europa, o suicídio é a segunda causa mais comum de morte entre adolescentes e adultos na faixa dos 15 aos 35 anos (WHO, 2010). No Brasil, na década de 90, entre 26% a 30% do total de suicídios consumados foram cometidos por jovens entre 15 e 24 anos (Cassorla, 1991). Além disso, o número total de suicídios entre os anos de 1998 e 2008 passou de 6.985 para 9.328, representando um aumento de 33,5%. Esse aumento foi superior ao do número de homicídios e acidentes de transportes no país, que, no mesmo período, cresceram 19,5% e 26,5%, respectivamente (Waiselfisz, 2011).

De acordo com diferentes autores, essas estatísticas não são confiáveis e podem vir a ser subestimadas, não correspondendo à realidade, já que o número que consta nas estatísticas oficiais provém das causas de morte registradas nos atestados de óbitos, sendo que, em muitos casos, a família e a própria sociedade pressionam para que a causa da morte seja falsificada (Araújo *et al.*, 2010; Cassorla, 1991; Dutra, 2002). A Organização Mundial da Saúde estima que as tentativas de suicídio sejam cerca de vinte vezes mais frequentes do que o suicídio consumado e também que, para cada tentativa de suicídio registrada oficialmente, existem pelo menos quatro tentativas não registradas (WHO, 2010). Os autores explicam que as falhas estatísticas podem ocorrer por vários motivos e, principalmente, devido às dificuldades de conceituação, como, por exemplo, identificar com precisão se um acidente de trânsito foi fatalidade ou tentativa de suicídio. Entretanto, mesmo que haja evidências de que a causa de morte de um indivíduo foi devido ao suicídio, esta geralmente é registrada como acidente, pois, muitas vezes, não apenas a família do paciente nega a realidade como também os próprios profissionais dos serviços de saúde, que comumente registram o suicídio de maneira vaga, como por exemplo: “acidente por ingestão excessiva de medicamento” (Dutra, 2002). Além disso, Avanci *et al.* (2005) consideram que entre as famílias de classe média e alta há uma grande omissão dos casos de tentativa de suicídio e até mesmo de suicídio consumado. É possível supor que jovens de

classe média e alta busquem ajuda em consultórios ou clínicas particulares em vez de hospitais e/ou postos de saúde, o que dificultaria a notificação de casos de suicídio em adolescentes desses níveis socioeconômicos (Avanci *et al.*, 2005). Fatos dessa natureza demonstram a dificuldade das pessoas, de maneira geral, em lidar com um assunto tão complexo quanto o suicídio. Isso pode ser explicado, em parte, devido ao suicídio ser um tema permeado por mitos, tabus e preconceitos de diversas naturezas, principalmente as que se referem à moral e à religião (Dutra, 2002).

Durkheim (1982 [1897]), sociólogo francês e autor do mais conhecido trabalho sociológico sobre o suicídio, compreendeu o fenômeno como social e culpou a ‘fragilidade moral’ da então sociedade contemporânea como a raiz de todos os males sociais, incluindo o suicídio. A morte voluntária é definida pela psiquiatria como um fenômeno individual, enquanto que as ciências sociais o descrevem como um comportamento coletivo (Meneghel *et al.*, 2004). Apesar de algumas divergências, é consenso que este é um fenômeno multideterminado, que está presente em todas as faixas etárias, culturais e sociais e constitui-se em um tema de grande complexidade, o que dificulta que os pesquisadores estabeleçam uma relação causal entre o ato (suicídio consumado) e um motivo causador (Dutra, 2002). Além disso, diferentes pessoas podem ter motivações distintas e finalidades diversas para o ato suicida (Baptista, 2004). Considerando que muitos indivíduos em risco de suicídio não são identificados ou, muitas vezes, a identificação ocorre tardiamente, esforços têm sido feitos com o intuito de identificar e manejar fatores de risco a esse comportamento (Borges e Werlang, 2006).

A análise dos estudos mais recentes amplia o entendimento acerca dos fatores que predis põem ao comportamento suicida, indicando que, para que se possa atuar de maneira preventiva diante dos comportamentos suicidas, é preciso estar ciente e alerta para os diversos fatores de risco e de proteção (Borges *et al.*, 2008). É importante considerar os aspectos geográficos e culturais que muitas vezes relacionam-se com as tentativas de suicídio, com o intuito de desenvolver explicações multifacetadas sobre as principais causas do fenômeno em questão (Baptista, 2004). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), a restrição ao acesso aos meios de cometer suicídio, a identificação e o tratamento precoce de pessoas que sofrem de transtornos psicológicos, especial-

mente a depressão, bem como daquelas que abusam de substâncias, o aperfeiçoamento do acesso aos serviços sociais e de saúde são estratégias efetivas para a prevenção.

Nesse sentido, considerando que o suicídio é reconhecidamente um problema de saúde pública mundial (WHO, 2010) e que a adolescência tem sido considerada um período vulnerável a este comportamento (Barros *et al.*, 2006; Kokkevi *et al.*, 2010; Puentes-Rosas *et al.*, 2004), o presente artigo investigou, a partir da literatura nacional e internacional sobre o tema, aspectos relacionados ao suicídio na adolescência, buscando identificar fatores de risco e características epidemiológicas de jovens que tentam ou cometem o suicídio, com foco na questões de gênero e depressão.

Suicídio na adolescência

O suicídio refere-se ao desejo consciente de morrer e à noção clara do que o ato executado pode gerar (Araújo *et al.*, 2010). O comportamento suicida pode ser dividido em três categorias: ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio e suicídio consumado. A ideação suicida é um importante preditor de risco para o suicídio, sendo considerada o primeiro “passo” para sua efetivação (Werlang *et al.*, 2005). Assim, a decisão de cometer suicídio não ocorre de maneira rápida, sendo que com frequência o indivíduo que comete o suicídio manifestou anteriormente alguma advertência ou sinal com relação à ideia de atentar contra a própria vida. Da mesma forma, a literatura aponta que existe uma grande probabilidade de, após uma primeira tentativa de suicídio, outras virem a surgir, até que uma possa ser fatal (Borges *et al.*, 2008; Dutra, 2002; Espinoza-Gomez *et al.*, 2010). Portanto, a trajetória estabelecida entre a ideação suicida, tentativas e concretização da morte pode oferecer um tempo propício para a intervenção (Krüger e Werlang, 2010).

No continente americano, pesquisas têm indicado que os habitantes de zonas urbanas e os jovens de 15 a 24 anos são os grupos populacionais de maior risco de suicídio (Toro *et al.*, 2009). Países como Finlândia e Canadá têm sido identificados como possuidores de altas taxas de suicídio adolescente. Na Argentina, as taxas de suicídio entre adolescentes de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos são, respectivamente, de 2,52 e 5,90 a cada cem mil habitantes. Já na Colômbia, no ano de 2006, foram registradas

taxas de 12 por cem mil homens de 18 a 24 anos e 4 por cem mil em mulheres de 15 a 17 anos (Toro *et al.*, 2009). No México, uma investigação buscou descrever as mortalidades por suicídio no período de 1990 a 2001. Foi verificado que, no ano de 2001, foram registrados 3784 suicídios, sendo 3110 homens e 674 mulheres. O maior aumento no número de casos de suicídio por grupo etário foi observado nas adolescentes do sexo feminino de 11 a 19 anos (de 0,8 por cem mil habitantes em 1990 para 2,27 em 2001). Nesse grupo, o suicídio constitui-se na segunda causa de morte, somente inferior à mortalidade por acidentes de trânsito. No grupo dos homens, o maior aumento observado também foi em adolescentes entre 11 a 19 anos (de 2,6 por cem mil habitantes em 1990 para 4,5 em 2001). Os pesquisadores concluíram que houve um aumento acelerado de casos de suicídio, principalmente em homens e mulheres jovens (Puentes-Rosas *et al.*, 2004).

Arnautovska e Grad (2010) investigaram as atitudes de 423 adolescentes Eslovênios de 18 anos de idade com relação ao suicídio. Foi verificado que os adolescentes que relataram a experiência de qualquer tipo de comportamento suicida tiveram significativamente mais atitudes permissivas com relação ao suicídio do que aqueles sem tais experiências. A permissividade com relação ao suicídio se relacionou positivamente com a ideação suicida, tentativas de suicídio e com a maioria dos fatores de risco ao suicídio. As atitudes permissivas dos adolescentes com relação ao suicídio diferiram por tipo de família e por gênero, sendo que adolescentes com pais divorciados tiveram as atitudes mais permissivas com relação ao suicídio e aqueles com uma experiência de morte na família tiveram as atitudes mais negativas. Por fim, foi verificado que as meninas tiveram atitudes mais permissivas com relação ao suicídio do que os meninos.

Baggio *et al.* (2009) investigaram a prevalência de planejamento suicida e fatores associados em adolescentes escolares da região metropolitana de Porto Alegre. Foi encontrada uma prevalência de 6,3% de planejamento suicida entre esses adolescentes, com taxas maiores de planejamento entre as meninas. Com relação aos fatores associados ao planejamento, os adolescentes que relataram sentimentos de solidão e tristeza apresentaram prevalência mais alta de planejamento suicida do que adolescentes sem esses sentimentos. Os pesquisadores reforçam, assim, a ideia já sustentada por outros autores (Bahls e Bahls, 2002;

Baptista, 2004; Freitas e Botega, 2002; Kokkevi *et al.*, 2010) de que a presença de sintomas depressivos - como sentimentos de tristeza, desesperança, humor depressão, falta de motivação, diminuição do interesse ou prazer, perda ou ganho significativo de peso, problemas de sono, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, dentre outros - é um importante fator de risco para o suicídio e de que a adolescência é considerada um período propício tanto para a ideação quanto para as tentativas de suicídio, principalmente quando associada à depressão (Araújo *et al.*, 2010).

Dutra (2002) considera que a solidão é um sentimento muito comum em adolescentes que tentam o suicídio. Tais jovens relatam sentir falta de ter amigos e reclamam não ter ninguém para dividir experiências e tristezas, apresentando maior probabilidade de desenvolver problemas emocionais, comportamentais e afetivos. Prieto e Tavares (2005) constataram que a falta de convivência com os pares durante a infância ou a adolescência pode constituir-se como fator de risco ao suicídio, pois as trocas afetivas com pares, nesta fase do desenvolvimento, reduzem o impacto das experiências adversas. Nesse sentido, Rivers e Noret (2010) investigaram as implicações da exposição ao *bullying* nos pensamentos suicidas de cerca de 2000 adolescentes ingleses que desempenhavam diferentes papéis sociais no *bullying* (agressores, vítimas ou testemunhas). Os resultados indicaram que a maioria dos adolescentes do estudo já havia se envolvido em episódios de *bullying* na escola seja como agressores, vítimas, testemunhas ou uma combinação destes três papéis sociais. Entretanto, aqueles adolescentes com múltiplos papéis sociais estiveram significativamente mais propensos a pensamentos suicidas. Poucos estudos investigaram especificamente a influência dos amigos nas tentativas de suicídio, mas muitos estudos têm demonstrado que as relações interpessoais entre pares influenciam significativamente o desenvolvimento social de crianças e adolescentes, incluindo o desenvolvimento de habilidades sociais, afetivas e cognitivas (Daudt *et al.*, 2007). Entende-se que as experiências vividas no grupo de pares podem ser muito significativas e influenciar as características individuais dos adolescentes, incluindo comportamentos, temperamentos, cognições e habilidades para resolução de problemas, além de influenciar na sua autoestima e amenizar o impacto de eventos estressores, cons-

tituindo-se em importante fonte de apoio emocional e social. Assim, compreende-se que a convivência com os pares - especialmente na fase da adolescência, em que os relacionamentos interpessoais fora do âmbito familiar têm fundamental importância para o jovem em desenvolvimento - pode servir como importante fator de proteção ao suicídio na adolescência.

Os elevados números de suicídio na adolescência apontados pelos estudos podem ser explicados, em parte, pela dificuldade de muitos jovens de enfrentar as exigências sociais e psicológicas impostas pelo período da adolescência. Nessa etapa, o jovem pode experimentar grandes mudanças, adquirir novas habilidades e enfrentar diversos desafios (Steinberg, 2000), que podem impulsionar muitos jovens a desenvolverem pensamentos e comportamentos suicidas. A literatura aponta que, no período da adolescência, ocasionalmente podem aparecer pensamentos de morte devido à dificuldade dos jovens em lidar com as demandas sociais, contextuais e situacionais impostas pela fase do ciclo vital em que se encontram (Werlang *et al.*, 2005). As ideias de morte também podem surgir como uma estratégia dos jovens para lidar com problemas existenciais, como a compreensão do sentido da vida e da morte (Borges *et al.*, 2008). Além disso, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado aumentam com o passar dos anos, especialmente após a puberdade (Bahls e Bahls, 2002).

Os estudos de diferentes países indicaram que as motivações para o suicídio (ex.: história de suicídio na família, presença de transtornos mentais, exposição à violência, abuso de álcool e drogas, *bullying*, conflitos na família, etc.) tendem a ser constantes em adolescentes de diferentes culturas. Entretanto, com relação aos meios de cometer o suicídio, foi possível verificar diferenças entre países nos quais o uso de armas de fogo é permitido e países onde tal uso é proibido. A maioria dos estudos norte-americanos descreve a presença de arma de fogo no ambiente doméstico como um dos principais fatores de risco para o suicídio de adolescentes que apresentavam ideação suicida, sendo que a maior parte dos jovens que cometem suicídio, nos Estados Unidos, o faz por meio de arma de fogo (Schwartz *et al.*, 2010). Em contrapartida, os estudos nacionais (Abasse *et al.*, 2009; Baptista, 2004; Dutra, 2002) apontaram que a ingestão excessiva de medicamentos é a principal forma utilizada pelos adolescentes para tentar o suicídio.

Fatores de risco ao suicídio na adolescência

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), a vulnerabilidade associada à doença mental, à depressão, a desordens relacionadas ao álcool (alcoolismo), ao abuso, à violência, a perdas, à história de tentativa de suicídio, bem como à “bagagem” cultural e social representam os maiores fatores de risco ao suicídio. É importante considerar que esses aspectos, isoladamente, não são preditores do suicídio, mas as consequências deles derivadas podem aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos ao comportamento suicida. Especificamente com relação ao suicídio adolescente, alguns estudos destacam os seguintes fatores que podem constituir-se como risco: isolamento social, abandono, exposição à violência intrafamiliar, história de abuso físico ou sexual, transtornos de humor e personalidade, doença mental, impulsividade, estresse, uso de álcool e outras drogas, presença de eventos estressores ao longo da vida, suporte social deficitário, sentimentos de solidão, desespero e incapacidade, suicídio de um membro da família, pobreza, decepção amorosa, homossexualismo, *bullying*, *locus* de controle externo, oposição familiar a relacionamentos sexuais, condições de saúde desfavoráveis, baixa autoestima, rendimento escolar deficiente, dificuldade de aprendizagem, dentre outros (Avanci *et al.*, 2005; Baptista, 2004; Borges e Werlang, 2006; Cassorla, 1991; Dutra, 2002; Espinoza-Gomez *et al.*, 2010; Kokkevi *et al.*, 2010; Meneghel *et al.*, 2004; Prieto e Tavares, 2005; Toro *et al.*, 2009; Werlang *et al.*, 2005).

Alguns estudos têm relacionado o suicídio a diversos transtornos psiquiátricos, sejam transtornos de eixo I (transtornos clínicos) ou de eixo II (transtornos de personalidade), porém, os transtornos de eixo I estão fortemente relacionados com o aumento da probabilidade de tentativas de suicídio. Dentre esses, destaca-se a depressão, que possui uma relação bem estabelecida com a ideação suicida tanto na infância e na adolescência como na vida adulta (Baptista, 2004). Prieto e Tavares (2005), em revisão de literatura, verificaram que os estudos sobre fatores de risco ao comportamento suicida têm demonstrado uma correlação desse comportamento com a presença de alguma desordem psiquiátrica como transtorno de humor, transtorno relacionado ao uso de substâncias, esquizofrenia e transtorno da personalidade. A comorbidade mostrou-se frequente,

o que indica, segundo os pesquisadores, um sofrimento psíquico acentuado.

Freitas e Botega (2002) investigaram a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em 120 adolescentes grávidas atendidas em um serviço público de pré-natal, no Brasil. Os resultados indicaram que 19 adolescentes estavam com ideação suicida. Dentre essas adolescentes, 16 já haviam tentado suicídio anteriormente. Além disso, a ideação suicida esteve associada à depressão, a estar solteira e sem namorado e também ao baixo apoio social percebido. Os autores apontaram que a gravidez na adolescência também pode ser considerada um fator de risco para o suicídio na adolescência, tendo em vista suas repercussões.

Outros fatores têm sido considerados como riscos ao comportamento suicida. Dentre eles, a vulnerabilidade gerada pelas situações de pobreza é uma situação social que pode predispor ao suicídio, uma vez que o desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar aumentam os patamares de ansiedade dos indivíduos (Meneghel *et al.*, 2004). Além disso, pessoas com histórico de suicídio na família possuem maior vulnerabilidade para repetir o comportamento, verificando-se, assim, a transgeracionalidade do comportamento suicida (Araújo *et al.*, 2010). Em adolescentes, as tentativas prévias de suicídio e a perda recente de uma pessoa amada aumentam consideravelmente a probabilidade de suicídio (Toro *et al.*, 2009). No estudo de Bella *et al.* (2010), as tentativas prévias de suicídio foram identificadas como o fator de risco mais importante para prever novos comportamentos suicidas em adolescentes.

A relação entre suicídio e conhecer uma pessoa que já tentou o suicídio é descrita pela literatura como um comportamento de imitação ou contágio (Mercy *et al.*, 2001). O comportamento de imitação pode ocorrer tanto por conhecer alguém que cometeu o suicídio como também pela veiculação de notícias de pessoas famosas que cometeram o ato suicida (Werlang *et al.*, 2005). Nesse sentido, o impacto que as notícias de suicídio veiculadas pela mídia exercem sobre algumas pessoas tem sido apontado por alguns estudos como um importante fator de risco ao suicídio (Daber e Baptista, 2004), principalmente em adolescentes e adultos jovens. Muitas pesquisas têm comprovado a existência desse fenômeno, denominado *suicide contagion* (contágio suicida), que se refere à influência da divulgação do compor-

tamento de pessoas que cometeram suicídio sobre? o comportamento de pessoas com saúde mental vulnerável, o que pode impulsionar o comportamento de imitação (Mercy *et al.*, 2001). Os pesquisadores explicam que os casos de suicídio estampados em jornais, televisão ou internet podem "contagiar" outras pessoas que estão procurando uma solução para seus problemas, principalmente adolescentes ou jovens com problemas psiquiátricos ou mentais (Daber e Baptista, 2004). A situação será agravada se o adolescente tiver presenciado a história de suicídio de um familiar ou conhecido, pois esse se torna um comportamento apreendido como forma de resolução de conflitos, aumentando, assim, os casos de suicídio através das gerações.

Kinyanda *et al.* (2011) investigaram fatores associados à história de comportamento suicida em adolescentes de diferentes zonas rurais na Uganda e identificaram que as diferenças geográficas na incidência do comportamento podem ser explicadas pelas diferenças de privação social e doenças psiquiátricas, já que o acesso ao tratamento dessas doenças se torna mais difícil nas regiões rurais. Baptista (2004) também afirma que indivíduos que vivem em áreas rurais são mais propensos a tentarem suicídio quando comparados a indivíduos de zonas urbanas, o que provavelmente ocorre porque em áreas urbanas o acesso a serviços de saúde mental e suporte social é maior. Da mesma forma, o isolamento social pode ser considerado um fator de risco ao suicídio.

Tem sido verificado que o uso de substâncias tanto lícitas quanto ilícitas está intimamente associado com pensamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio em adolescentes (Esposito-Smythers e Spirito, 2004) e essa relação estaria associada com a frequência e a intensidade do uso de drogas, pois o impacto dessas substâncias no organismo pode modificar as funções orgânicas, como também os estados de consciência e os processos de pensamento. Esposito-Smythers e Spirito (2004) exploraram a relação entre o uso de substâncias e o comportamento suicida em adolescentes, demonstrando que o uso de substâncias aumenta o risco de comportamentos suicidas, sendo que os adolescentes suicidas apresentavam elevadas taxas de uso de álcool e drogas ilícitas. Foi constatado que os efeitos do uso de álcool podem servir como um fator de risco ao comportamento suicida devido ao aumento de problemas psicológicos, agressão, distorções cognitivas e pela diminuição da capacidade de

resolução de problemas que o uso desta substância provoca.

Prieto e Tavares (2005), em revisão de literatura sobre fatores de risco ao suicídio, verificaram a presença de várias experiências adversas ou estressoras durante o desenvolvimento de indivíduos que tentam o suicídio, dentre elas: situações de violência física, sexual, negligência e rejeição na infância e na adolescência. Também foi constatada a presença de mudanças frequentes nas condições de vida destes indivíduos, como, por exemplo, o divórcio dos pais e a perda de pessoas significativas. Além disso, os pesquisadores identificaram alguns indicadores clínicos que atuam como preditores de suicídio, dentre eles: a história pregressa de tentativas de suicídio, grau de intenção suicida, tipo de método escolhido e acessibilidade a este, a presença de arma de fogo no ambiente familiar, ausência de suporte social, depressão e histórico familiar de suicídio. Por fim, os pesquisadores encontraram evidências de que o suicídio ocorre, em geral, pouco tempo depois da decisão de tirar a própria vida, o que demonstra o elevado nível de impulsividade dos indivíduos que consomem o ato (Prieto e Tavares, 2005).

Espinoza-Gomez *et al.* (2010) investigaram a associação entre conduta suicida e violência física, verbal e sexual no âmbito doméstico em 5.484 adolescentes universitários mexicanos. Os resultados mostraram que 15,8% dos adolescentes que participaram do estudo referiram ideação suicida e 7,3% referiram tentativa de suicídio, com uma frequência mais elevada entre as meninas. Da mesma forma, elas referiram exposições à violência física, verbal e sexual significativamente maiores do que os meninos. O estudo verificou uma forte associação entre violência doméstica em todas as suas formas de manifestação e conduta suicida. Dessa forma, compreende-se que a exposição à violência doméstica, além de desencadear diversos sintomas físicos, psicológicos e sociais (Sá *et al.*, 2009), pode contribuir também de forma significativa para o desenvolvimento de conduta suicida na adolescência, constituindo-se em importante fator de risco. No estudo de Dieserud *et al.* (2010), que investigou fatores associados à tentativa de suicídio em adolescentes de 13 a 19 anos, foi observado que, tanto para os meninos como para as meninas, os conflitos relacionais na família foram os principais motivos que desencadearam tentativas de suicídio. Para Benda e Corwyn (2002), o suicídio esteve positivamente relacionado com a

frequência da exposição à violência em adolescentes com 15 anos ou menos, enquanto que, para os adolescentes mais velhos, a exposição à violência associou-se com outras variáveis, como o desenvolvimento de comportamentos violentos ou antissociais.

Kokkevi *et al.* (2010) examinaram fatores psicossociais relacionados às tentativas de suicídio em adolescentes de 14 a 18 anos na Grécia. Os resultados mostraram que alguns aspectos constituíram-se como fatores psicossociais de risco estatisticamente significativos para as tentativas de suicídio dos adolescentes: gênero feminino, hábito de fumar diariamente, uso ilegal de drogas, consumo frequente de álcool, insatisfação com o relacionamento estabelecido com os pais, baixa autoestima e altos indicadores de depressão e comportamentos antissociais. Foi possível verificar a influência do gênero, do uso de drogas ilícitas e da baixa autoestima sobre as tentativas de suicídio. Os adolescentes que não estavam vivendo com ambos os pais também apresentaram maior risco. Os autores concluíram que o principal fator protetivo contra as tentativas de suicídio foi a satisfação com o relacionamento com os pais e altos níveis de autoestima. Assim, é possível verificar que, ainda que o conceito de família tenha se pluralizado nas últimas décadas (Schenker e Minayo, 2003) e que as configurações familiares atualmente sejam muitas (famílias nucleares, monoparentais, reconstituídas, etc.), a importância dessa instituição para o desenvolvimento adequado de seus membros tem persistido (Krüger e Werlang, 2010) e o vínculo emocional entre os membros de uma família (seja ela nuclear ou não) continua tendo a função de proteção inclusive para o comportamento suicida. Embora a maioria dos estudos atuais sobre famílias defendam a ideia de que a configuração da família não é o que determina o desenvolvimento adequado de seus membros e sim a sua dinâmica e a qualidade do vínculo familiar, vários estudos mostraram que adolescentes oriundos de famílias nucleares apresentaram menor incidência de tentativa de suicídio do que adolescentes oriundos de famílias de pais divorciados ou de famílias nas quais um membro importante já havia falecido (Arnautovska e Grad, 2010; Ficher e Vansan, 2008; Werlang *et al.*, 2005). Também foi verificado que o adequado suporte social e familiar ao indivíduo que pensa em se matar é de vital importância na prevenção dos pensamentos e do comportamento suicida. Compreende-se, dessa forma, que o supor-

te familiar durante a adolescência pode servir como amortecedor para os eventos estressores de vida, constituindo-se em importante fator de proteção ao suicídio.

Um estudo nacional investigou, dentre outros aspectos, os motivos que originaram tentativas de suicídio em 12 adolescentes atendidos em um hospital de emergência na cidade de Fortaleza, Ceará (Vieira *et al.*, 2009). A principal razão apontada pelos jovens como causa do suicídio foi o “amor não correspondido”, seja esse amor no sentido de namoro como também no sentido dos relacionamentos familiares com pais pautados pela fragilidade dos vínculos afetivos. Assim, as pesquisadoras destacam a importância da família enquanto estabelecadora das primeiras relações de afeto e de rede social. O sofrimento psíquico foi apontado como um fator de forte influência para que o adolescente buscasse a tentativa de suicídio como um meio para resolver seus problemas e conflitos. Nesse estudo, nível socioeconômico e nível de escolaridade baixos constituíram-se como fatores que influenciaram nas tentativas de suicídio. Outro aspecto investigado foi com relação às reações das pessoas frente à tentativa de suicídio do adolescente. De acordo com as pesquisadoras, quando um adolescente obtém insucesso na tentativa de suicídio, na maioria das vezes, depara-se com a indignação, o estranhamento e a incompreensão não apenas por parte dos amigos e familiares, como também por parte dos serviços de emergência que, muitas vezes, não promovem um ambiente de escuta e acolhimento a esses jovens (Vieira *et al.*, 2009).

Para Dutra (2002), devido a tabus e preconceitos, muitos dos profissionais da área da saúde podem sentir-se despreparados para lidar com tentativas de suicídio, não apenas devido à falta de treinamento técnico, mas também pelo fato de a tentativa de suicídio, provavelmente, acionar sentimentos, crenças e valores pessoais que os deixem receosos e confusos, sem saber como agir junto ao jovem que tentou o suicídio. Nesse sentido, é importante, além de instrumentalizar teoricamente esses profissionais para a intervenção nesses casos, fornecer-lhes também espaços de discussão sobre esse assunto tabu, a fim de aumentar a clareza sobre o tema, o que talvez diminuiria receios ou crenças errôneas que giram em torno dessas questões. Baptista *et al.* (2004) sustentam que a questão se torna ainda mais difícil de lidar devido à cultura, em países ocidentais, de evitar assuntos relacionados à mor-

te e à finitude da vida. Nessas culturas, é prática de muitos pais afastar os filhos de questões relacionadas à morte, disfarçando o óbito de animais de estimação para crianças e evitando levá-las a cerimoniais de óbitos. Essas atitudes dos pais para com seus filhos aumentam a dificuldade dos mesmos de conversar sobre o assunto. Os pesquisadores entendem que a proximidade com assuntos tabus melhoraria a clareza da criança sobre o assunto e a compreensão sobre esse tema tão controvertido (Baptista *et al.*, 2004).

Características epidemiológicas: diferenças de gênero e depressão

Os estudos que investigam as características epidemiológicas das pessoas que tentam ou cometem suicídio têm destacado a importância da associação desse ato com as variáveis gênero e depressão. Quanto ao gênero, Dutra (2002) aponta que, em diferentes culturas, as características de pessoas que cometem suicídio são semelhantes, dentre as quais podem ser destacadas: indivíduos do sexo masculino, adultos e solteiros, verificando-se que poucos países diferem-se desse padrão, dentre eles Índia e China, onde as ocorrências de morte voluntária predominam no sexo feminino. Em contrapartida, as tentativas de suicídio são epidemiologicamente diferentes do suicídio consumado não apenas no Brasil, mas também em muitos outros países, sendo que, de maneira geral, as mulheres cometem maior número de tentativas (Abasse *et al.*, 2009; Kinyanda *et al.*, 2011; Toro *et al.*, 2009). O maior número de tentativas entre adolescentes do sexo feminino pode estar relacionado ao maior índice de depressão desse grupo, já que a literatura aponta que a depressão desempenha um importante papel no comportamento suicida (Bahls e Bahls, 2002). As mulheres que tentam o suicídio comumente são jovens e solteiras e as tentativas geralmente ocorrem por meio da ingestão excessiva de medicamentos ou venenos (Baptista, 2004; Dutra, 2002).

De acordo com Meneghel *et al.* (2004), alguns fatores protetores têm sido relacionados à menor ocorrência do suicídio consumado entre as mulheres, destacando-se a baixa prevalência de alcoolismo, religiosidade e/ou espiritualidade e atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Soma-se a isso o fato de as mulheres, em geral, identificarem precocemente sinais de risco para depressão ou outras doen-

ças mentais, estarem mais propensas a buscar ajuda em momentos de crise e terem uma rede de apoio social e afetivo mais ampla do que os homens. Por outro lado, os papéis atribuídos à masculinidade envolvem aspectos que podem predispor os homens a comportamentos suicidas. Tais aspectos podem incluir a competitividade, a impulsividade e o maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo. Além disso, os homens são mais sensíveis a aspectos relacionados ao trabalho, ao desemprego e ao empobrecimento (Meneghel *et al.*, 2004).

No estudo de Werlang *et al.* (2005), foram investigados fatores de risco associados à ideação suicida em adolescentes portoalegrenses com idades entre 15 e 19 anos, bem como fatores protetores. Os resultados revelaram que a maioria dos adolescentes com ideação suicida eram mulheres. Esse dado corrobora com a literatura sobre suicídio, que indica que as mulheres estão, de maneira geral, mais propensas à ideação suicida e os homens ao suicídio consumado (Abasse *et al.*, 2009). Também foi verificado que dos 18 adolescentes da amostra que já haviam perdido um dos pais, 11 apresentaram ideação suicida. Além disso, as variáveis depressão e conhecer uma pessoa que já tentou ou cometeu o suicídio foram as variáveis que mais se relacionaram com a ideação suicida. As autoras concluíram, assim, que adolescentes que possuíam indicadores de depressão e que tinham um amigo que tentou o suicídio podem desenvolver ideação suicida mais facilmente do que outros adolescentes (Werlang *et al.*, 2005).

O estudo de Avanci *et al.* (2005) investigou o perfil epidemiológico de adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos em uma unidade de emergência da cidade de Ribeirão Preto (SP) devido à tentativa de suicídio durante o ano de 2002. A maioria dos 72 adolescentes atendidos pertencia ao sexo feminino, possuía idades entre 15 e 19 anos, era solteira e proveniente de bairros onde predominava um nível socioeconômico baixo. Foram observadas diferenças com relação ao gênero, sendo que as tentativas em adolescentes do sexo feminino ocorreram, na maioria dos casos, por meio do uso de medicamentos (psicotrópicos e neurolépticos), seguido de substâncias químicas e métodos violentos. Em contrapartida, os métodos violentos foram os mais utilizados pelos adolescentes do sexo masculino, seguidos de medicamentos e substâncias químicas. Embora o referido estudo não tenha descrito quais foram as estratégias que se configuraram como “mé-

todos violentos”, a literatura demonstra que os meninos utilizam-se de meios mais agressivos para tentar o suicídio, o que explica, na cultura ocidental, uma maior mortalidade do sexo masculino por suicídio (Marín-Leon e Barros, 2003). Assim, estratégias como enforcamento, pular de locais altos, uso de arma de fogo ou armas brancas, dentre outros, são mais facilmente verificados em meninos do que em meninas. Aspectos culturais e sociais devem ser considerados nessas diferenças de gênero, pois meninos e meninas são socializados de maneira diferente e a sociedade é mais permissiva com meninos do que com meninas para o uso de comportamentos mais agressivos. Das meninas, é socialmente esperado que sejam mais delicadas, contidas e menos agressivas que os meninos. Assim, é possível pensar que a diferença na forma com que meninos e meninas são educados e socializados influencia na escolha de métodos suicidas mais agressivos (e por consequência mais efetivos) por parte dos adolescentes do sexo masculino.

Ficher e Vansan (2008) investigaram aspectos epidemiológicos de adolescentes e jovens com idades entre 10 e 24 anos atendidos em um setor de urgência de um hospital psiquiátrico na cidade de Ribeirão Preto (SP) após tentativa de suicídio e abuso de substâncias psicoativas durante o período de 1988 a 2004. No período investigado, foram atendidos 1377 casos de tentativas de suicídio de adolescentes na faixa etária investigada, sendo 75 do sexo feminino e 25 do sexo masculino, o que estabelece uma relação aproximada de três para um. Os resultados apontaram uma correlação positiva entre o número de casos atendidos por tentativa de suicídio e o número de casos atendidos devido ao abuso de substâncias psicoativas para ambos os sexos. A distribuição das tentativas de suicídio por idade apontou uma proporção mais elevada de casos (43,5%) em adolescentes com idades entre 15 e 19 anos. O estudo verificou ainda que a maioria dos meninos atendidos por tentativa de suicídio encontrava-se na faixa etária de 20 a 24 anos; já as meninas encontravam-se na faixa etária dos 15 aos 19 anos. Foram estabelecidos diagnósticos psiquiátricos para 692 casos de adolescentes com tentativa de suicídio. Por fim, o estudo verificou que as histórias clínicas dos adolescentes mostraram que a maioria era proveniente de famílias de pais separados e a tentativa havia ocorrido com mais frequência após discussão com pessoas significativas do núcleo familiar. Além disso, o método mais utilizado pelos

adolescentes do sexo masculino e do feminino foi o envenenamento (93,9%).

Em estudo com adolescentes entre 10 e 19 anos, no estado de Minas Gerais, no período entre 1980 e 2003, foram verificadas taxas mais altas de internações decorrentes de tentativa de suicídio entre adolescentes do sexo feminino, numa proporção de três para um (Abasse *et al.*, 2009). Além disso, foi possível observar que o meio mais utilizado pelos adolescentes de ambos os sexos para as tentativas de suicídio foi a autointoxicação, sendo que as meninas optaram por esse método cerca de três vezes mais. Porém, para a efetivação do ato suicida, o principal meio utilizado pelos jovens foi o enforcamento, seguido de arma de fogo pelos meninos e pela autointoxicação pelas meninas. Adicionalmente, os resultados mostraram que os adolescentes do sexo masculino entre 15 e 19 anos apresentaram maior risco de morte ao longo dos anos, com uma taxa de mortalidade média cerca de duas vezes maior que as adolescentes.

A maioria dos estudos sobre suicídio menciona a depressão como um dos principais fatores de risco ao suicídio em todas as faixas etárias. Assim, o estudo sobre depressão na adolescência torna-se relevante principalmente ao se considerar que esse transtorno desempenha um importante papel diante dos atos suicidas (Baggio *et al.*, 2009; Bahls e Bahls, 2002; Baptista, 2004; Werlang *et al.*, 2005), sendo um dos fatores que mais têm se relacionado com o suicídio na adolescência (Toro *et al.*, 2009). Entre um terço a dois terços dos suicídios em jovens ocorre em adolescentes clinicamente deprimidos (Bahls e Bahls, 2002). O reconhecimento de que crianças e adolescentes podem sofrer de depressão é datado da década de 70 (Barros *et al.*, 2006). Posteriormente, a depressão na adolescência passou a ser considerada comum, podendo manifestar-se por longos períodos de tempo, além de afetar múltiplas funções e causar diversos prejuízos psicossociais. Estudos epidemiológicos sobre depressão sugerem, ainda, um claro predomínio desse transtorno em adolescentes do sexo feminino (Bahls e Bahls, 2002), sugerindo que pode ser um dos motivos pelos quais as meninas tentam mais o suicídio do que os meninos. Bella *et al.* (2010) também investigaram a frequência de transtornos mentais em crianças e adolescentes de 8 a 17 anos que tentaram suicídio, sendo que a depressão foi a patologia mais associada ao suicídio, seguida do transtorno de conduta.

Adolescentes com transtorno depressivo maior apresentam, em geral, humor irritável e instável, com frequentes episódios de explosão e de raiva. Podem, ainda, apresentar perda de energia, apatia, desinteresse, retardo psicomotor, perturbações do sono, alterações de apetite, isolamento, dificuldade de concentração, sentimentos de desesperança, uso e abuso de drogas e, em casos extremos, ideação e comportamento suicida (Bahls e Bahls, 2002). Borges e Werlang (2006) investigaram a presença de ideação suicida em adolescentes com idades entre 15 e 19 anos de uma população não clínica da cidade de Porto Alegre, buscando identificar o nível de associação entre ideação suicida e depressão/desesperança. Dos 526 adolescentes da amostra, 36% apresentaram ideação suicida, sendo que, desses, 36% demonstraram sintomas de depressão e 28,6% demonstraram sintomas de desesperança. Dos adolescentes com ideação suicida, a maioria tinha em torno de 15 anos. Além disso, as pesquisadoras verificaram que as variáveis que mais estiveram associadas à ideação suicida foram: sexo feminino, tentativa de suicídio de um amigo, depressão e desesperança. Assim, considera-se necessária 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.

Considerações finais

Este artigo teve como objetivo discutir aspectos relacionados ao suicídio na adolescência, fatores de risco e características epidemiológicas de adolescentes que tentam suicídio, destacando a questão de gênero e a depressão. Os resultados apontaram como principais fatores de risco ao suicídio na adolescência: a presença de eventos estressores ao longo da vida, a exposição a diferentes tipos de violência, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, problemas familiares, histórico de suicídio na família, questões sociais relacionadas à pobreza e à influência da mídia, questões geográficas e depressão. Com relação ao gênero, os resultados demonstraram que, embora as meninas tentem mais o suicídio, os meninos o cometem mais, pois utilizam-se de meios mais agressivos em suas tentativas, que, com mais frequência, levam ao êxito.

Os sintomas de depressão, como tristeza, desesperança, falta de motivação e interesse pela

vida fazem com que este transtorno seja um dos principais fatores de risco ao suicídio. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de que os profissionais da área da saúde sejam capacitados para a identificação e o manejo de sintomas depressivos, além de conhecer a dinâmica do suicídio e as características de gênero envolvidas nesse comportamento. Salienta-se também a importância do aprimoramento e do avanço nos estudos sobre os medicamentos antidepressivos específicos para essa faixa etária, já que a maior disponibilidade desses medicamentos em serviços de saúde poderia auxiliar na redução dos casos de suicídio em adolescentes.

Os resultados encontrados reforçam a ideia, já apresentada em outros estudos, de que o suicídio na adolescência é um fenômeno complexo e multideterminado, no qual fatores de ordem biológica, psicológica, sociodemográfica e cultural interagem entre si. Nesse sentido, a prevenção deste grave problema de saúde pública não é uma tarefa fácil.

Embora a identificação dos fatores de risco ao suicídio seja importante para a prevenção, os profissionais da saúde devem estar atentos para saber interpretá-los e manejá-los de forma adequada. O simples reconhecimento dos fatores de risco não é suficiente para evitar o suicídio, principalmente ao se considerar que muitos adolescentes expostos a diferentes tipos de fatores de risco não desenvolvem pensamentos de morte. Além disso, a ausência dos reconhecidos fatores de risco ao suicídio não impede que um adolescente possa vir a tentar ou a cometer o suicídio.

Embora neste estudo tenha se destacado a importância da identificação de fatores de risco, é preciso considerar também que o conhecimento a respeito dos fatores de proteção ao suicídio na adolescência é de vital importância para que se construam estratégias de prevenção e para que se possa atenuar os efeitos dos fatores de risco. Dessa forma, torna-se necessário o fortalecimento das redes de apoio dos adolescentes, envolvendo principalmente a família, grupos de pares e escola, promovendo relações mais satisfatórias e maior bem-estar, tendo em vista que os relacionamentos pessoais e a percepção de apoio ocupam um importante papel nessa etapa do ciclo vital.

Considerando que o suicídio na adolescência é um problema que diz respeito não apenas à família das vítimas, mas também aos profissionais de saúde e à comunidade como um todo, são necessários novos estudos que investiguem este fenômeno de uma forma multifacetada,

buscando uma maior compreensão de sua dinâmica e que possibilitem a proposição de estratégias de prevenção e intervenção junto a essa população. As equipes de profissionais que trabalham com adolescentes, seja no âmbito da escola ou de serviços de saúde, precisam estar capacitadas para o trabalho com essa faixa etária. A questão do suicídio na adolescência deve ser combatida, evitando-se que mais jovens recorram à morte voluntária como forma de enfrentamento de dificuldades encontradas ao longo de seu desenvolvimento.

Referências

- ABASSE, M.L.F.; COIMBRA, R.; SILVA, T.C.; SOUZA, E.R. 2009. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, **14**(1):407-416.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200010>
- ARAÚJO, L.C.; VIEIRA, K.; COUTINHO, M. 2010. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, **15**(1):47-57.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100006>
- ARNAUTOVSKA, U.; GRAD, O. 2010. Attitudes toward suicide in the adolescent population. *Crisis*, **31**(1):22-29.
<http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000009>
- AVANCI, R.C.; PEDRÃO, L.J.; COSTA JÚNIOR, M.L. 2005. Perfil do adolescente que tenta suicídio admitido em uma unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, **58**(5):535-539.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000500007>
- BAGGIO, A.; PALAZZO, L.; AERTS, D.R.G.C. 2009. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: Prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*, **25**(1):142-150.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100015>
- BAHLS, S.; BAHLS, F.R.C. 2002. Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, **6**:49-57.
- BAPTISTA, M.N. 2004. Suicídio: Aspectos teóricos e pesquisas internacionais. In: M.N. BAPTISTA (Ed.), *Suicídio e depressão – atualizações*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 3-22.
- BAPTISTA, M.N.; BORGES, A.; BIAGI, T.A.T. 2004. Pesquisas de suicídio no Brasil. In: M.N. BAPTISTA (Ed.), *Suicídio e depressão – atualizações*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 23-32.
- BARROS, A.P.R.; COUTINHO, M.P.L.; ARAÚJO, L.F.; CASTANHA, A.R. 2006. As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estudos de Psicologia*, **23**(1):19-28.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000100003>
- BELLA, M.E.; FERNÁNDEZ, R.; WILLINGTON, J.M. 2010. Intento de suicidio en niños y adolescentes: Depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*, **108**(2):124-129.

- BENDA, B.B.; CORWYN, R.F. 2002. The effect of abuse in childhood and in adolescence on violence among adolescents. *Youth & Society*, 33(3):339-365.
<http://dx.doi.org/10.1177/0044118X02033003001>
- BORGES, V.R.; WERLANG, B.S.G. 2006. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3):345-351.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>
- BORGES, V.R.; WERLANG, B.S.G.; COPATTI, M. 2008. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói*, 11(1):109-123.
- CASSORLA, R.M.S. 1991. *Da morte: Estudos brasileiros*. Campinas, Papirus, 244 p.
- DABER, A.V.S.; BAPTISTA, M.N. 2004. Suicídio e saúde mental na mídia. In: M.N. BAPTISTA (Ed.), *Suicídio e depressão – atualizações*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 239-262.
- DAUDI, P.; SOUZA, L.; SPERB, T. 2007. Amizade e gênero nos conflitos de pré-escolares. *Interpersona*, 1(1):77-95.
- DIESERUD, G.; GERHARDSEN, R.M.; WEGHE, H.V.; CORBETT, K. 2010. Adolescent suicide attempts. *Crisis*, 31(5):255-264.
<http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000030>
- DURKHEIM, E. 1982 [1897]. *O suicídio: Um estudo sociológico*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 568 p.
- DUTRA, E. 2002. Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: Orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: C.S. HUTZ (Ed.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. Porto Alegre, Casa do Psicólogo, p. 53-87.
- ESPINOZA-GOMEZ, F.; ZEPEDA-PAMPLONA, V.; HERNÁNDEZ-BAUTISTA, V.; HERÁNDEZ-SUÁREZ, C.M.; NEWTON-SÁNCHEZ, O.A.; PLASENCIA-GARCIA, G.R. 2010. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Publica Mexico*, 52(1):213-219.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342010000300005>
- ESPOSITO-SMYTHERS, C.; SPIRITO, A. 2004. Adolescent substance use and suicidal behavior: A review with implications for treatment research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(5):77-88.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.ALC.0000127417.99752.87>
- FICHER, A.M.F.T.; VANSAN, G.A. 2008. Tentativas de suicídio em jovens: Aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Estudos de Psicologia*, 25(3):361-374.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300005>
- FREITAS, G.V.S.; BOTEGA, N.J. 2002. Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*, 48(3):245-249.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302002000300039>
- KINYANDA, E.; KIZZA, R.; LEVIN, J.; NDYANA-BANGI, S.; ABBO, C. 2011. Adolescent suicidality as seen in rural northeastern Uganda. *Crisis*, 32(1):43-51.
<http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000059>
- KOKKEVI, A.; ROTSICA, V.; ARAPAKI, A.; RICHARDSON, C. 2010. Changes in associations between psychosocial factors and suicide attempts by adolescents in Greece from 1984 to 2007. *European Journal of Public Health*, 8(2):1-5.
- KRÜGER, L.L.; WERLANG, B.S.G. 2010. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*, 15(1):59-70.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100007>
- MARIN-LEÓN, L.; BARROS, M.B.A. 2003. Mortes por suicídio: Diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista de Saúde Pública*, 37(3):357-363.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000300015>
- MENEGHEL, S.N.; VICTORA, C.G.; FARIA, N.M.X.; CARVALHO, L.A.; FALK, J.W. 2004. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, 38(6):804-810.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600008>
- MERCY, J.A.; KRESNOW, M.; O'CARROLL, P.; LEE, R.; POWELL, K.; POTTER, L.; SWANN, A.; FRANKOWSKI, R.; BAYER, T. 2001. Is suicide contagious? A study of the relation between exposure to the suicidal behavior of others and nearly lethal suicide attempts. *American Journal of Epidemiology*, 154(2):120-127.
<http://dx.doi.org/10.1093/aje/154.2.120>
- MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G. 2010. Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, 44(4):750-757.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2009. *Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica*. Brasília, OPAS/Unicamp, 35 p.
- PRIETO, D.; TAVARES, M. 2005. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2):146-154.
- PUENTES-ROSAS, E.; LÓPEZ-NIETO, L.; MARTINEZ-MONROY, T. 2004. La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 16(2):102-109.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892004000800005>
- RIVERS, I.; NORET, N. 2010. Participant roles in bullying behavior and their association with thoughts of ending one's life. *Crisis*, 31(3):143-148.
<http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000020>
- SÁ, D.G.F.; CURTO, B.M.; BORDIN, I.A.S.; PAULA, C.S. 2009. Exposição à violência como risco para o surgimento ou a continuidade de comportamento antissocial em adolescentes da região metropolitana de São Paulo. *Psicologia Teoria e Prática*, 11(1):179-188.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M. 2003. A implicação da família no uso abusivo de drogas: Uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):299-306.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100022>
- SCHWARTZ, K.A.; PYLE, S.A.; DOWD, D.; SHEEHAN, K. 2010. Attitudes and beliefs of adolescents and parents regarding adolescent suicide. *Pediatrics*, 125:221-227.
<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-2248>
- STEINBERG, L. 2000. The family at adolescence: Transition and transformation. *Journal of Adoles-*

- cent Health, 27:170-178.
[http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(99\)00115-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(99)00115-9)
- TORO, D.C.; PANIAGUA, R.E.; GONZÁLEZ, C.M.; MONTOYA, B. 2009. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista da Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3):302-308.
- VIEIRA, L.J.E.S.; FREITAS, M.L.V.; PORDEUS, A.M.J.; SILVA, J.G.E 2009. Amor não correspondido: Discursos de adolescentes que tentaram o suicídio. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(5):1825-1834.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500024>
- WAISELFISZ, J.J. 2011. *Mapa da violência 2011: Os Jovens do Brasil*. Brasília, Instituto Sangari, 163 p.
- WERLANG, B.S.G.; BORGES, V.R.; FENSTERSEIFER, L. 2005. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2):259-266.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2010. Participant manual – IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV Geneva. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf. Acesso em: 10/05/2010.

Recebido: 21/12/2012

Aceito: 01/04/2013