

Submissão: 11.01.2023
Aprovação: 21.01.2023

**Como citar
este artigo**

Pereira DH, Separavich MA, Medeiros ALAS, Nobrega MPSS, Mazzaia MC, Oliveira E. Comportamento suicida na perspectiva dos jovens: revisão da literatura. Rev Paul Enferm. 2024;35:e01. <https://10.33159/25959484.repen.2024v35e01>

Comportamento suicida na perspectiva dos jovens: revisão da literatura

Suicidal behavior from the perspective of young people: literatura review

La conducta suicida desde la perspectiva de los jóvenes: revision de la literatura

Heloísa Delmonte Pereira^I ORCID: 0000-0001-6984-8948

Marco Antonio Alves Separavich^{II} ORCID: 0000-0001-7703-344X

Ana Luiza Alegre Santiago de Medeiros^{III} ORCID: 0000-0001-8603-8779

Maria do Perpétuo S. S. Nobrega^{III} ORCID: 0000-0002-4974-0611

Maria Cristina Mazzaia^I ORCID: 0000-0001-5259-577X

Elda de Oliveira^{II} ORCID: 0000-0002-9973-0948

^I Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Enfermagem (EPE). São Paulo, SP, Brasil.

^{II} Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina (FMUSP). São Paulo, SP, Brasil

^{III} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem (EEUSP). São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

Objetivo: sumarizar a perspectiva dos adolescentes e jovens sobre o comportamento suicida e as proposições de prevenção destes e dos profissionais. **Métodos:** revisão narrativa realizada em setembro de 2022, nas seguintes fontes informacionais: PUBMed, CINAHL, ADOLEC, ERIC e LILACS. **Resultados:** foram incluídos 17 estudos, os quais foram classificados em quatro categorias temáticas que implicam no comportamento suicida – dimensões individuais, psicossociais, simbólicas e estruturais. Foram elencadas ações não homogêneas de prevenção do comportamento suicida. **Considerações finais:** há necessidade de direcionar as ações preventivas segundo raça, etnia, classe social e território.

Descritores: Adolescente, Prevenção, Suicídio, Educação em saúde, Prevenção primária.

ABSTRACT

Objective: to summarize the perspective of adolescents and young people on suicidal behavior and prevention proposals for them and professionals. **Methodology:** narrative review carried out in September 2022, in the following information sources: PubMed, CINAHL, ADOLEC, ERIC and LILACS. The analysis was conducted based on the Social Determination Theory. **Results:** 17 studies were included, which were classified into four thematic categories that imply suicidal behavior - individual, psychosocial, symbolic and structural dimensions. Non-homogeneous actions to prevent suicidal behavior were listed. **Final considerations:** There is a need to target preventive actions according to race, ethnicity, social class and territory.

Descriptors: Adolescent, Prevention, Suicide, Health education, Primary prevention.

**Autora
Correspondente**



Elda de Oliveira

E-mail:

eldadeoliveira@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: resumir la perspectiva de adolescentes y jóvenes sobre la conducta suicida y propuestas de prevención para ellos y profesionales. **Metodología:** revisión narrativa realizada en septiembre de 2022, en las siguientes fuentes de información: PubMed, CINAHL, ADOLEC, ERIC y LILACS. El análisis se realizó con base en la Teoría de la Determinación Social. **Resultados:** Se incluyeron 17 estudios, los cuales se clasificaron en cuatro categorías temáticas que implican la conducta suicida: dimensiones individual, psicosocial, simbólica y estructural. Se enumeraron acciones no homogéneas para prevenir la conducta suicida. **Consideraciones finales:** Es necesario orientar las acciones preventivas según raza, etnia, clase social y territorio.

Descriptor: Adolescente, Prevención, Suicidio, Educación para la salud, Prevención primaria.

INTRODUÇÃO

O suicídio tem se constituído uma preocupação global. A morte por suicídio é um ato direto ou indiretamente produzido pelo sujeito esperando esse resultado⁽¹⁾. Trata-se de um fenômeno complexo de impacto individual e coletivo⁽²⁾, que passa por diferentes fases de um *continuum*: ideação suicida, planejamento do suicídio, tentativa de suicídio e, finalmente, o suicídio⁽³⁾.

O entendimento do suicídio centrado na pessoa foi rompido por Émile Durkheim⁽⁴⁾, sociólogo francês, precursor em compreender o suicídio como um fato social, o qual não pode ser situado apenas na genética ou na individualidade, mas como um produto da vida em sociedade. Dessa forma, o suicídio precisa ser analisado pela ótica da coletividade, uma vez que na sua conformação se cruzam multiplicidade de fatores em relações complexas, como genético, psicológico, social, cultural e as experiências de traumas e perdas⁽⁴⁾.

A cada ano no mundo ocorrem cerca de 800.000 suicídios, representando uma morte a cada 40 segundos, sendo que 78% dos casos ocorrem em países de média e baixa renda. Representa a segunda causa de morte entre os jovens de 15 a 24 anos, atrás apenas de acidentes de trânsito. Estima-se que para cada suicídio realizado, a tentativa do ato ocorre de dez a vinte vezes mais⁽³⁾.

No Brasil, entre 2006 e 2015, a taxa de suicídio entre os adolescentes de 10 a 19 anos aumentou 24% nas cidades de Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, São Paulo e Rio de Janeiro e 13% considerando todo o país, com maior taxa na população masculina⁽⁵⁾. Entre 2000 e 2015, a tendência temporal de crescimento da mortalidade por suicídio de adolescentes aumentou, principalmente, relacionadas aos óbitos de homens adolescentes de 10 a 19 anos, pertencentes às regiões Norte e Nordeste⁽⁶⁾.

Para compreender o suicídio, pesquisadores vêm incorporando em suas análises a teoria da Determinação Social⁽⁷⁾, advinda da Saúde Coletiva. A Determinação Social postula que o processo saúde-doença se desenrola de acordo com o modo de trabalhar e viver, que se diferencia de acordo com a posição social do sujeito na sociedade, e as diferentes posições sociais resultam das desigualdades na distribuição dos recursos sociais e de poder na sociedade⁽⁷⁾.

No âmbito do processo saúde-doença mental, a Determinação Social considera os fatores genéticos, a redução de escolhas/opportunidades, o estresse como aspecto que predispõem os sujeitos aos comportamentos de risco à saúde, a falta de acesso aos cuidados e serviços de saúde. Recentemente, a Teoria da Interseccionalidade tem dialogado com a teoria da Determinação Social, propondo a descentralização da classe social para a compreensão das iniquidades em saúde⁽⁸⁾.

A Teoria da Interseccionalidade busca articular os marcadores sociais ou categorias de diferenciação social para compreender as iniquidades em saúde. Os marcadores sociais são

definidos como construções sociais anteriores à existência dos sujeitos, como classe social, raça/cor, gênero, orientação sexual que, ao se juntarem, causam maior ou menor inclusão ou exclusão social, a depender da posição que o sujeito ocupa na sociedade⁽⁸⁾, e aponta que a intersecção dos marcadores não deve ser vista como mero somatório, já que o todo sofrido por uma pessoa é maior que a soma das partes.

Nesse sentido, para compreender o comportamento suicida dos adolescentes e jovens, faz-se necessário compreender quem são esses sujeitos, pois, ainda que compartilhem o mesmo ciclo geracional, estes se diferenciam de acordo com suas experiências e condições de pertencimento social⁽⁹⁾. Uma vez que a síntese de evidências atrela-se à tendência de compreender o cuidado em saúde, no âmbito individual ou coletivo, é pertinente acessar, por meio da literatura acadêmico-científica, a perspectiva dos adolescentes e jovens sobre o comportamento suicida.

No tocante ao tema suicídio entre adolescentes e jovens, o tabu, a complexidade do fenômeno e os aspectos éticos envolvidos nas pesquisas, contribuem para a baixa produção que os inclua, mesmo aqueles não envolvidos com ideação e tentativas de suicídio. Entretanto, para atuar em prevenção e promoção da saúde com pessoas e comunidades, especialmente com adolescentes e jovens, os profissionais da saúde precisam entender que é fundamental a compreensão do problema, sob a perspectiva daqueles para os quais se dirigem as ações de prevenção, promoção e cuidado⁽¹⁰⁻¹¹⁾. A partir do exposto, o objetivo dessa revisão foi sumarizar a perspectiva dos adolescentes e jovens sobre o comportamento suicida e as proposições de prevenção destes e de profissionais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura⁽¹²⁾ a qual seguiu as etapas: 1- elaboração da pergunta de pesquisa; 2- busca na literatura; 3- seleção dos artigos; 4- extração dos dados; 5- síntese dos dados; 6- redação e publicação dos resultados. Assim, delinearam-se as perguntas: o que dizem os adolescentes e jovens a respeito das questões que remetem ao comportamento suicida juvenil? Quais as estratégias de prevenção apontadas pelos adolescentes, jovens e pesquisadores a respeito do comportamento suicida? Tais adolescentes e jovens não necessariamente precisavam ter passado pelo *continuum* do comportamento suicida.

Foram incluídos estudos de abordagem qualitativa, nos idiomas português, inglês e espanhol; realizados no contexto escolar, comunitário e hospitalar que possibilitasse a participação dos jovens nas discussões dos problemas que enfrentam, levando-os ao comportamento suicida. Os descritores selecionados foram: adolescente ou juventude, suicídio, atenção e prevenção. As buscas foram adequadas para cada fonte informacional, e foi realizada de 2000 a janeiro de 2021. E atualizada em setembro de 2022 no Portal PubMed, por ter apresentado o maior número de artigos sobre o tema na primeira busca. Os artigos antes do ano 2000 foram excluídos a fim de que os dados encontrados possam dialogar com a juventude contemporânea.

As fontes informacionais utilizadas foram: PubMed, CINAHL, ADOLEC, ERIC e LILACS. Após análise dos títulos e dos resumos, 17 artigos foram selecionados. A partir da leitura pormenorizada dos artigos, foi possível apreender que o modo como os adolescentes e jovens estruturam as explicações ao comportamento suicida passa por uma complexidade de razões que se conectam entre si. Cada uma das razões ocupa um espaço na vida dos jovens, os quais foram denominadas dimensões. Tais dimensões foram categorizadas em temas como: dimensões individuais, psicossociais, estruturais e simbólicas.

Para análise e discussão dos resultados partimos da concepção da juventude como uma categoria socialmente construída, não homogênea, pois ela depende do processo histórico, social, econômico e cultural, tornando-se usual utilizar a expressão juventudes⁽⁹⁾. Tal compreensão

foi incorporada ao campo da Saúde Coletiva, que trata o processo saúde-doença-cuidado de acordo com a reprodução social dos sujeitos sociais.

Entende-se que os adolescentes e jovens expressam, na literatura investigada, a compreensão da realidade em que vivem, atribuindo sentidos prático e simbólico à própria realidade. A compreensão dessa realidade traz consigo representações, isto é, envolve crenças e valores sócio normativos não redutíveis aos aspectos cognitivos, pois informam suas ações e articulam as dimensões individual e coletiva⁽¹³⁾.

RESULTADOS

Compuseram esta revisão 17 estudos. Os participantes das investigações foram homens e mulheres adolescentes e jovens, com idades entre 12 a 28 anos. Apenas um estudo se referiu a grade escolar 10 e 12, não especificando a idade dos participantes⁽¹⁴⁾. A caracterização dos dados dos artigos que compõem a revisão está descrita no Quadro 1.

A seguir apresentam-se as quatro categorias temáticas em que os achados foram classificados: dimensão individual, psicossocial, estrutural e simbólica que implicam no comportamento suicida.

Na Dimensão individual os adolescentes salientam: a) Pressão do momento atual da vida⁽¹⁵⁾; b) Estresse e dificuldades em enfrentar os problemas da vida cotidiana⁽¹⁴⁻¹⁶⁾; c) Insatisfação com a aparência⁽¹⁷⁾ e gravidez⁽¹⁸⁾; d) Problemas emocionais, principalmente nos relacionamentos amorosos⁽¹⁹⁾; e) Isolamento, solidão, autoagressão, falta de serem escutados como também serem invadidos em suas vidas, sentimento de desproteção e depressão⁽¹⁸⁾; f) insegurança, baixa autoestima; sentimento de perda; desilusão⁽²⁰⁾; g) emoções negativas, sentimento de solidão, desesperança e tristeza⁽²¹⁻²²⁾; h) crises pessoais, tristeza, estresse, autoagressão, sofrimento mental, depressão⁽¹⁷⁻¹⁸⁻²²⁻²³⁾; autoagressão⁽¹⁸⁾; h) estigmas e medos em relação a não confiança nos pares⁽²⁴⁾; i) vazio existencial⁽²⁵⁾; j) sentimentos de desespero e fracasso no amor⁽²⁶⁾. Alguns jovens atribuem que a tristeza e o sofrimento fazem parte da vida dos adolescentes⁽²⁷⁾ devido às alterações orgânicas advindas desse período existencial^(18,20,28).

Na Dimensão Psicossocial os jovens apontam: a) falta de espaço na sociedade para os jovens serem escutados⁽²³⁾; b) falta de oportunidades, rejeições, injustiça relacional (com amigos e pais); c) pressão dos pares e violência entre os pares⁽¹⁹⁻²¹⁻²⁶⁾; d) pobre relacionamento e habilidades dos pais para lidarem com os filhos, faltas de suporte familiar; inabilidades em lidarem com os irmãos, acusação dos pais e amigos de que os adolescentes não são verdadeiros, falta de conhecimento das pessoas para oferecer suporte, eventos negativos da vida⁽¹⁴⁻²²⁻²⁶⁾; e) consumo de álcool e drogas; consumo de álcool entre os pais⁽¹⁵⁻²⁰⁾; f) Bullying⁽²⁴⁾; g) suicídio entre pares e familiares, influências dos amigos que tentaram suicídio anteriormente; falta de atenção da sociedade de compreender sua existência atual, não como uma pessoa em transição para a vida adulta; dificuldades em cumprir tarefas agendadas; dupla tarefa com a escola e atribuições da tarefa de casa⁽¹⁸⁻²²⁾. Além disso, há a atribuição de que o período da adolescência como sendo o momento das faltas de responsabilidade, de completude e de conhecimento; faltas que se completarão no futuro⁽²⁸⁾.

Na Dimensão Estrutural: a) naturalização do suicídio em algumas regiões, como por exemplo, na região sul do Brasil onde a maioria possui ascendência alemã⁽²⁷⁾; b) complexidade do mundo e a dificuldade de enfrentar o seu modo de vida⁽¹⁶⁻²⁵⁾; c) má distribuição de renda na sociedade/pobreza e percepção de impotência, dificuldades em comprar certas mercadorias⁽²⁶⁾; d) competição na academia e pressão para o sucesso, pressão dos pais para um bom desempenho escolar e alta expectativas dos pais para suas vidas⁽¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁹⁻²¹⁻²⁶⁾ e, e) um mundo sem cuidado⁽²⁹⁾.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos, conforme país de origem do autor, campo de atuação do primeiro autor, local do estudo, tipo de coleta de dados e análise dos dados. São Paulo (SP); 2022

Autor, ano	País de origem 1º autor	Campo de atuação do 1º autor	Local de realização do estudo	Coleta de dados	Análise dos dados/ teoria
Keyvanara e Haghshenas, 2011	Iran	Ciências sociais	Hospital	EP	Não referiram
Canon, Parra, Ortega, 2022	Colômbia	Ciências sociais	Escola		Análise temática
Martínez e Guinsberg, 2009	México	Psicologia	Hospital		Triangulação dos dados
Rossi et al., 2019	Brasil	Terapia ocupacional	Universidade	EP, OP	História oral
Escobar et al., 2010	Colômbia	Enfermagem	Comunidade		Não referiram
Sánchez-Loyo et al., 2014	México	Psicologia	Hospital	ESE	Análise temática
Shilubane et al., 2012	África do Sul	Enfermagem	Comunidade		Não referiram
Sampaio et al., 2000	Portugal	Psiquiatria	Escola		Análise do conteúdo
Chaniang et al. 2019	Tailândia	Enfermagem	Escola	GF	Análise do conteúdo
Shilubane et al., 2014	África do Sul	Enfermagem	Escola		Não referiram
Kravetz et al., 2021	Brasil	Psicologia	Escola		Representação social
Ballesteros et al., 2010	Colômbia	Psicologia	Universidade	GF, EP, CF.	Teoria fundamentada nos dados
Benincasa, Rezende, 2006	Brasil	Psicologia	Escola		Não referiram
Ratnayake e Links, 2009	Sri Lanka	Epidemiologia	Escola	GF, EIC.	Não referiram
Jo et al., 2010	Coreia	Enfermagem	Escola	PA	Análise do conteúdo
Kok et al., 2015	Malásia	Psicologia	Escola		Análise temática
Berger et al., 2017	Austrália	Psicologia	Escola		Análise temática

Legendas: Grupo Focal (GF), Entrevista em Profundidade (EP), Entrevista Semiestruturada (ESE), Complementação de frases sobre o tema (CF), Observação Participante (OP), Entrevista Informantes Chaves (EIC), Perguntas Abertas relacionadas ao tema (PA).

Quadro 2 – Estratégias para a prevenção do suicídio do ponto de vista dos jovens e dos pesquisadores. São Paulo, SP; 2022

Prevenção do suicídio	
Ponto de vista dos jovens	Ponto de vista dos pesquisadores
Ter amigos para o suporte emocional ⁽²⁰⁾	Levar em consideração nos programas de prevenção: sexo, idade, escolaridade, região onde estudam e o fato dos jovens ter ou não ideias de suicídio.
Formar uma rede de apoio social ⁽²⁷⁾	Abrir espaço de escuta para os jovens.
Não abordou ⁽¹⁶⁾	Desconstruir o pensamento psiquiátrico hegemônico e passar a compreender a natureza do comportamento suicida.
Ter a religião Budista; restringir acesso aos pesticidas; restringir bebidas alcoólicas perto das escolas e universidades; restringir acesso a armas letais; trabalhar técnicas de habilidades sociais por meio de dramatizações; promover diálogos sobre prevenção do suicídio ⁽¹⁵⁾	Regulamentação por parte do Governo na distribuição dos pesticidas; elaborar programas de prevenção em escala de nível comunitário, envolvendo as escolas e os jovens; aproveitar as crenças dos jovens na produção dos programas educativos e realizar programas midiáticos de prevenção.
Não abordou ⁽²⁸⁾	Descentralizar a prevenção e a promoção da saúde mental da visão individual e orgânica dos sujeitos, mas basear-se nos aspectos histórico, cultural e social.
Ter apoio espiritual; ter pessoas para contar os problemas, podendo ser um amigo, um profissional da saúde, pastor ou padre ⁽²⁵⁾	Trabalhar os vínculos familiares e amorosos a fim de ajudá-las em situações difíceis.
Não abordou ⁽¹⁷⁾	Abordar nos programas educativos as questões culturais, pois é um fator de proteção ao suicídio.
Não abordou ⁽²⁶⁾	Trabalhar para fortalecer os laços familiares e estruturar programas de acordo com cada país.
Não abordou ⁽²²⁾	Desenvolver estudos quantitativos para verificar as variáveis importantes de ser incluídas em um programa de prevenção do suicídio.
Realizar fóruns com os adolescentes e especialistas em suicídio; disponibilizar pessoas que entendem os adolescentes para que conversem com eles; os pais devem aprender a conversar com os filhos; trabalhar com os jovens a prevenção do consumo de drogas; disponibilizar recursos estruturais para a vida social dos adolescentes ⁽¹⁸⁾	Desenvolver um programa abrangente de prevenção do suicídio envolvendo estudantes, professores, líderes escolares e escolas de saúde a fim de identificar e oferecer suporte aos adolescentes.
Falar sobre o problema, se comunicar mais, comunicar com os pais os problemas que sentem ⁽²¹⁾	Considerar a família nos programas de prevenção do suicídio.
Ter uma orientação psicológica; desenvolver habilidades para resolver problemas; ter uma religião, ter atividades recreativas ⁽¹⁹⁾	Considerar aspectos culturais e religiosos dos jovens na elaboração dos programas de prevenção, pois há diferenças entre os grupos étnicos da pesquisa.

Continua

Continuação do Quadro 2

Prevenção do suicídio	
Ponto de vista dos jovens	Ponto de vista dos pesquisadores
Oferecer ajuda online aos jovens, pois os adolescentes que buscam e os que oferecem o suporte social estão vivenciando o mesmo período de vida. Logo, pode entender a solicitação de ajuda ⁽²⁴⁾	Elaborar programas de prevenção de suicídio seguindo as propostas dos adolescentes proporcionando liberdade de participarem da avaliação do programa realizado.
Não abordou ⁽²³⁾	Abrir espaço para acolhimento e escuta qualificada.
Oferecer suporte de saúde mental ⁽¹⁴⁾	Envolver os adolescentes, os pais e os professores em programas de saúde mental.
Ter uma vida mais significativa e livre ⁽²⁹⁾	Não abordou.
Necessidade de ter uma rede de apoio para a prevenção do ato ⁽³⁰⁾	Não abordou..

Na Dimensão Simbólica há: a) naturalização do suicídio ⁽²⁷⁾; b) suicídio é a chave para fechar o mundo do sofrimento; morrer representa a passagem da vida terrena para a vida eterna (concepção cristã) ⁽¹⁶⁾; c) suicido faz parte da norma da comunidade ⁽¹⁵⁾; d) uso de metáforas centradas no pensamento mágico-religioso, tais como: pecado, obscuridade, fim, liberdade, luz, alternativa ⁽²⁸⁾; e) medicamentos para os transtornos mentais muitas vezes é visto como símbolo da loucura ⁽²³⁾; f) culturalmente é aceito que quem comete suicídio reencarna em forma de animal ou verme ⁽¹⁷⁾; g) morrer alivia o ônus financeiro para a família dos jovens pobres ⁽²⁶⁾; h) suicídio é uma maldição ⁽¹⁸⁾; i) medicamentos para os transtornos mentais muitas vezes é visto como símbolo da loucura ⁽²³⁾. Na sequência, apresenta-se o Quadro 2 com as propostas de prevenção atribuídas pelos jovens e pelos pesquisadores.

DISCUSSÃO

As razões apontadas pelos jovens que remetem ao comportamento suicida centradas na dimensão individual, são como que encerrando no sujeito a causalidade desse comportamento. Esse raciocínio vai ao encontro da teoria tradicional da juventude, a qual considera a juventude uma categoria etária, que transita entre a infância e a idade adulta, tempo de mudanças biológicas significativas, período de socialização secundária e de exposições aos comportamentos problemáticos ⁽⁹⁾.

A abordagem tradicional da juventude não contesta as estruturas sociais ⁽⁹⁾. Ela desconsidera as transformações sociais e a heterogeneidade dos jovens ⁽³¹⁾, situadas nos marcadores sociais da diferença. Além disso, há um interesse maior pelo que os jovens serão no futuro. É desse raciocínio que os jovens concebem o comportamento suicida individualizando e naturalizando o sofrimento, o que bloqueia o reconhecimento do sofrimento e a dificuldade ou negação em pedir ajuda ⁽²³⁻²⁸⁾. A abordagem tradicional, ainda hoje, está presente no sistema escolar ⁽⁹⁾.

No tocante à dimensão psicossocial a posição social atribuída às juventudes pela abordagem tradicional, de momentos de faltas que se completará no futuro ⁽²⁸⁾, garante e reforça o poder das instituições sociais e dos adultos, dos privilégios de um grupo etário sobre o outro, sendo utilizado como mecanismo de dominação e poder ⁽⁹⁻³¹⁾, com distribuições desiguais de oportunidades ⁽³²⁾. Se de um lado, na abordagem tradicional a juventude é considerada como período de transição entre a infância e a vida adulta, do outro lado, na contemporaneidade, esse período é plural, ativo, com múltiplas socializações ⁽⁹⁾.

As múltiplas socializações ocorrem através das experiências, nas relações sociais estabelecidas e no processo de socialização, conformando, assim, a identidade dos jovens⁽³³⁾. Posto que na contemporaneidade as mudanças ocorrem rápidas em todos os sentidos, inclusive aos mais velhos, nesta dinâmica, estes últimos perdem o papel de transmitir experiências aos mais novos⁽⁹⁾. Isto se reflete nos conflitos salientados pelos jovens, principalmente, na dimensão psicossocial em suas relações sociais.

Considerando que a identidade e a posição geracional atuam de forma dinâmica, fluida, flexível e depende dos contextos sociais, das relações de poder, dos privilégios e processos estruturais de opressão⁽⁸⁻³⁴⁾, compreende-se a correlação da taxa de suicídio entre os adolescentes de 10 a 19 anos com os fatores socioeconômicos⁽⁵⁾. Neste sentido, vê-se, na dimensão estrutural, que os jovens apontam a pobreza⁽¹⁵⁻²⁶⁾, a complexidade do mundo e o modo de vida contemporâneo⁽¹⁶⁾, a competição e alta expectativas dos pais como razões para o comportamento suicida. Tendo em vista que, na sociedade de consumo a juventude torna-se signo para o consumo⁽³³⁾, esta produzirá efeitos como o 'consumismo' em parte dos jovens que estão em desvantagem social, o que pode acarretar problemas neste grupo, incluindo a saúde mental⁽⁷⁾.

É diante dessa complexidade e ambiguidade que homens e mulheres jovens buscam as possíveis formas para lidar com a dor existencial⁽³⁵⁾, sendo o comportamento suicida uma dessas saídas. Assim, na dimensão simbólica tem-se as redes de significados do comportamento suicida que passam a ser uma espécie de sono do qual é possível despertar um dia; é um tempo de suspensão, um lugar de distanciamento da realidade⁽³⁵⁾. A depender do contexto sociocultural e ambiental, o comportamento suicida pode ser naturalizado, deixando adolescentes e jovens ainda mais vulneráveis⁽¹⁴⁻³⁴⁾.

Nesse sentido, tanto os jovens como os pesquisadores ressaltaram diferentes pontos para ser abordados na prevenção do suicídio. Ressalta-se que os programas e as abordagens para a prevenção do suicídio não devem ser homogêneos e devem considerar as dimensões do comportamento suicida em articulação com os marcadores sociais da diferença⁽¹⁵⁻¹⁶⁻²⁰⁻²³⁾ e com a cultura da região⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Pesquisas apontam que o convite à participação das famílias⁽²¹⁾ e a abertura de espaços para que os jovens possam falar e serem escutados constituem em oportunidade de enfrentamento da questão. Neste contexto, a escola sobressai como lugar preferencial para a prevenção e promoção da saúde mental dos jovens. Nela, a enfermagem e outros profissionais da saúde, como psicólogos, podem produzir em conjunto com os adolescentes e jovens, orientando não apenas educadores, como também os próprios jovens, no tocante à prevenção do comportamento suicida⁽³⁶⁾.

As limitações do estudo recaem no fato dos autores dos estudos sob análise não considerarem em suas investigações os quesitos raça/cor, gênero e classe social, entre outros marcadores sociais da diferença, dificultando realizar uma análise interseccional dos achados nos estudos. Afim de superar essa limitação, aponta-se aos investigadores a necessidade de considerar nos estudos empíricos os marcadores sociais da diferença nos coparticipantes do estudo.

Acredita-se que, com essa revisão narrativa, seja possível contribuir para a valorização da inclusão e escuta dos adolescentes e jovens nas pesquisas. Essas pesquisas podem e devem servir de fonte de informação para a elaboração de políticas de cuidado e outras ações de prevenção e, neste caso, cuidado e ações de prevenção do suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos voltados à compreensão dos aspectos que contribuem para o comportamento suicida entre adolescentes e jovens na pesquisa qualitativa, aquela que dá voz ao sujeito,

têm sido desenvolvidos por pesquisadores em diferentes países e campos disciplinares, demonstrando assim, o quão complexo e sensível é o fenômeno e a sua amplitude em termos geográficos.

A partir da leitura dos artigos sumarizou-se, da perspectiva dos jovens, o comportamento suicida em quatro dimensões: individual, estrutural, psicossocial e simbólica, as quais relacionam-se entre si. Em cada uma das dimensões estão inseridas uma gama de razões que desencadeiam o comportamento suicida entre os jovens. No eixo central das razões está a família ora sendo barreira, ora facilitadora do comportamento suicida.

Nesse sentido, é necessário considerar o contexto social dos jovens a fim de traçar planos de atenção centrados em suas necessidades de saúde e, assim, construir espaços de escuta, seja em casa, na escola ou na universidade, formando redes de apoio social para que os jovens possam se sentir acompanhados ao enfrentar os problemas cotidianos. Verificou-se que as estratégias de prevenção ao suicídio no segmento de jovens e adolescentes necessitam incorporar as diversas especificidades dos países e suas diferentes regiões.

Dar voz aos adolescentes e jovens sobre suas percepções e representações sobre o comportamento suicida, é reconhece-los como sujeitos de direitos e coparticipes na formulação de estratégias e ação de prevenção ao suicídio e promoção de comportamentos saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. Durkheim E. O suicídio: estudo de sociologia. São Paulo (BR): EDIPRO. 2014.
2. Ribeiro JM, Moreira MR. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2018; 3(9):2821-34. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.17192018>
3. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative [Internet]. 2014[cited 2023 Jan 20]. 92 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
4. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Heeringen K, Arensman E, Scharpiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatr*. 2016;8(7):646-59. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
5. Jaen VD, Mari JJ, Asevedo E, Borschmann R, Diniz E, Ziebold C et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *J Psychiatry*. 2019;41(5):389-95. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223>
6. Cicogna JIR, Hillesheim D, Hallal ALLC. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *J Bras Psiquiatr*. 2019;68(1):1-7. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000218>
7. Alegria M, NeMoyer A, Falgas BI, Wang T, Alvarez K. Social determinants of mental health: where we are and where we need to go. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(11):95. <http://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>
8. Couto MT, Oliveira E, Separavich MAA, Luiz OC. The feminist perspective of intersectionality in the field of public health: a narrative review of the theoretical methodological literature. *Salud Colect*. 2019;15:e1994. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>
9. Groppo LA. Teorias pós-críticas da juventude: juvenilização, tribalismo e socialização ativa. *Rev Latinoam Cienc Soc, Niñez Juventud*. 2015;13(2):567-79. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1321300514>

10. Oliveira E, Couto MT, Separavich MAA, Luiz OC. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e180736. <https://doi.org/10.1590/Interface.180736>
11. Masson LN, Silva MAI, Andrade LS, Gonçalves MFC, Santos BD. A educação em saúde crítica como ferramenta para o empoderamento de adolescentes escolares frente suas vulnerabilidades em saúde. *REME Rev Min Enferm [Internet]*. 2020[cited 2023 Jan 20];24:e-1294. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1294.pdf>
12. Vosgerau DSAR, Romanowski JP. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Rev Diálogo Educ [Internet]*. 2014[cited 2023 Jan 20];14(41):165-89. Available from: <http://educa.fcc.org.br/pdf/de/v14n41/v14n41a09.pdf>
13. Laplantine F. Antropologia dos Sistemas de Representações da Doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: Jodelet D. (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj. 2001. p. 241-59.
14. Chaniang S, Warunee F, Hunsu S, Sumalee L, Schepp KG. Perceptions of adolescents, teachers and parents towards causes and prevention of suicide in secondary school students in Chiang Mai. *Pac Rim Int J Nurs Res Thail [Internet]*. 2019[cited 2023 Jan 20];23(1):47-60. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/105566>
15. Ratnayake R, Links P. Examining student perspectives on suicidal behaviour and its prevention in Sri Lanka. *Int J Soc Psychiatr*. 2009;55(5):386-400. <https://doi.org/10.1177/0020764008098699>
16. Martínez AB, Guinsberg B. Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. *Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]*. 2009[cited 2023 Jan 20];27(1):32-38. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000100006&lng=en
17. Jo KH, An GJ, Sohn KC. Qualitative content analysis of suicidal ideation in Korean college students. *Collegian*. 2010;18(2):87-92. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2010.11.001>
18. Shilubane HN, Ruiter RAC, Bos AER, Reddy P, Borne B. High school students' knowledge and experience with a peer who committed or attempted suicide: a focus group study. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1081. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1081>
19. Kok JK, Schalkwyk GJ, Cham HWC. Perceived stressors of suicide and potential prevention strategies for suicide among youths in Malaysia. *Int J School Educ Psychol*. 2015;3(1):55-63. <https://doi.org/10.1080/21683603.2014.920285>
20. Sampaio D, Oliveira A, Vinagre MG, Pereira MG, Santos N, Ordaz O. Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *An Psicol [Internet]*. 2000[cited 2023 Jan 20];18(2):139-55. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v18n2/v18n2a01.pdf>
21. Sánchez LLM, Morfín LT, Garcia AGJ, Quintanilla MR, Hernández MR, Contreras P, et al. Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural. *Acta Investig Psicol*. 2014;4(1):1446-58. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70386-2](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70386-2)
22. Shilubane HN, Ruiter RAC, Bos AER, Borne BVD, James S, Reddy PS. Psychosocial determinants of suicide attempts among black South African adolescents: a qualitative analysis. *J Youth Stud*. 2012;15(2):177-89. <https://doi.org/10.1080/13676261.2011.634400>
23. Rossi LVM, Marcolino TSQ, Speranza M, Cid MFB. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(3):e00125018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125018>

24. Berger E, Hasking P, Martin G. Adolescents' perspectives of youth non-suicidal self-injury prevention. *Youth Soc.* 2017;59(1):3-22. <https://doi.org/10.1177/0044118X13520561>
25. Escobar CGS, Villamizar SMR, Giraldo MA, Roperio OEV, Navas NMI, Ortega LYF. Viviendo en una realidad, que me ata al abismo. *Rev Cienc Cuidad.* 2010;7(3):45-51. <https://doi.org/10.22463/17949831.492>
26. Keyvanara M, Haghshenas A. Sociocultural contexts of attempting suicide among Iranian youth: a qualitative study. *East Mediterr Health J [Internet]*. 2011[cited 2023 Jan 20];17(6):529-35. Available from: https://applications.emro.who.int/emhj/V17/06/17_6_2011_0529_0535.pdf
27. Benincasa M, Rezende MM. Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. *Bol psicol.* 2006[cited 2023 Jan 20];56(124):93-110. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v56n124/v56n124a07.pdf>
28. Ballesteros MDP, Gutiérrez MEM, Martínez LMS, Medina NEH, Sotelo APG, Bouquet RI. El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. *Rev Colomb Psiquiat.* 2010; 39(3):523-543. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60223-7](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60223-7)
29. Cañón SC, Parra JAC, Ortega AA. Narrativas de jóvenes con intentos suicidas: una mirada al cuerpo y la micropolítica. *Rev Colomb Cienc Soc.* 2022;13(1):151-172. <https://doi.org/10.21501/22161201.3640>
30. Kravetz PL, Madrigal BC, Jardim ER, Oliveira EC, Muller JG, Prioste VMC, et al. Representações Sociais do Suicídio para adolescentes de uma Escola Pública de Curitiba, Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(4):1533-42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.09962019>
31. Gamalho NP. Juventudes do Guajuviras: Percursos em comunidades de sentido. *Textura.* 2020;22(49):167-89. <https://doi.org/10.17648/textura-2358-0801-22-5066>
32. Compton M, Shim R. The social determinants of mental health. *Psychiatric Annals.* 2014;44(1):17-20. <https://doi.org/10.3928/00485713-20140108-03>
33. Viana N. Juventude e sociedade: ensaios sobre a condição juvenil. São Paulo: [Giostri]; 2015
34. Duarté-Vélez YM, Bernal G. Suicide risk in Latino and Latina adolescents. In: Leong FTL, Leach MM, (Eds.). *Suicide among racial and ethnic minority groups: theory, research, and practice.* Routledge/Taylor & Francis Group; 2008. p. 81-115
35. Le Bretton D. *Desaparecer de si: uma tentação contemporânea.* Rio de Janeiro (BR): [Vozes]; 2018.
36. Walsh E, Eggert LL. Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. 2007;16(5):349-59. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00483.x>