MULTIDISCIPLINARY SCIENTIFIC JOURNAL
NÚCLEO DO CONHECIMENTO
REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NÚCLEO DO CONHECIMENTO ISSN: 2448-0959
https://www.nucleodoconhecimento.com.br

DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA: A TRAJETÓRIA QUE PODE LEVAR OS JOVENS AO SUICÍDIO

ARTIGO ORIGINAL

CABRAL, Nívea Helena Nogueira [1]

SOUZA, Mônica Regina Rodrigues De [2]

MASSI, Regina Maris Villarinho [3]

BRAGA, Glaúcia Pereira [4]

CABRAL, Nívea Helena Nogueira. Et al. **Depressão na adolescência: A trajetória que pode levar os jovens ao suicídio.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 08, Vol. 03, pp. 46-65. Agosto de 2019. ISSN: 2448-0959

RESUMO

A manifestação da depressão na adolescência apresenta relevantes características fenomenológicas consideradas bastante típicas vivenciadas pelos jovens. Normalmente, adolescentes depressivos podem se apresentar irritáveis e instáveis, tristes ou não, sendo acometidos ainda por crises de explosão e raiva, onde a depressão pode ser duradoura e evasiva, prejudicando inúmeras habilidades e funções psíquicas e sociais do indivíduo. O objetivo deste estudo é investigar e discutir a temática se existe relação entre depressão e suicídio em adolescentes brasileiros entre 12 e 18 anos de idade, segundo os resultados das pesquisas qualitativas

[1] Pós-Graduação Em Saúde Mental E Atenção Psicossocial, Pós-Graduação em Psicologia hospitalar, Graduação Em Psicologia.

[2] Pós-Graduada Em Neuropsicologia E Reabilitação, Graduada Em Psicologia.

[3] Graduada em Psicologia.

[4] Professora Mestre em Psicologia, Especialista em Educação e Avaliadora do Ministério da Educação (MEC).

analisadas para a produção deste artigo. Foi realizada uma pesquisa básica, de natureza descritiva, mediante levantamento qualitativo e bibliográfico. A pesquisa indica que os problemas de identidade e de socialização da adolescência podem levar os jovens a lidar com pressões que, quando não superadas, acarretam um quadro de depressão com riscos de ideação suicida.

Palavras-chaves: Adolescência, depressão, suicídio.

1. INTRODUÇÃO

A manifestação da depressão na adolescência apresenta relevantes características fenomenológicas consideradas bastante típicas do período vivenciado pelos jovens na atualidade. Normalmente, adolescentes depressivos podem se apresentar irritáveis e instáveis, tristes ou não, sendo acometidos ainda por crises de explosão emocional e raiva, onde a depressão pode ser duradoura e evasiva, prejudicando inúmeras habilidades e funções psíquicas e sociais do indivíduo. Assim sendo, como identificar o momento em que a depressão apresenta seus primeiros sinais de manifestação e intervir com medidas de prevenção para que esses sintomas tão comuns não se tornem fatores de risco para um comportamento suicida?

A ocorrência de suicídio e depressão entre os jovens, devido a sua frequência, pode-se considerar um caso de saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS - 2006) a depressão acomete 322 milhões de pessoas no mundo. Já no Brasil, 11,5 milhões da população sofrem desse mal. Ainda segundo a OMS, 788 mil pessoas morreram por suicídio, representando 1,5% de todos os óbitos mundialmente. No Brasil, entre os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio figurou a segunda causa de morte nesse ano.

No processo da nossa jornada acadêmica, o tema apresentado – depressão e suicídio entre adolescentes – despertou grande interesse na busca da compreensão do fenômeno. Apesar da extensa literatura sobre o tema, não logrou êxito em superar as lacunas para um conhecimento mais profundo. Daí a origem desta pesquisa mediante a necessidade de continuar estudando essas variáveis.

A relevância desse trabalho está em identificar como se manifesta a depressão na adolescência e como se torna um dos fundamentais fatores de risco para o comportamento suicida. Além disso, correlacionar os conceitos adquiridos pela pesquisa como instrumento de fomento para que o aluno acadêmico de psicologia desperte o interesse por essa temática, inclusive na sua formação pessoal.

Cabe citar que categorizar e analisar a relação das condutas ditas como autodestrutivas na adolescência é bastante complexo, uma vez que as ideias de morte, de suicídio e comportamentos de risco podem se desenvolver numa escala sequencial, progressiva e variada, com situações cada vez mais graves e que nem sempre são fáceis de se entender. Neste sentido, torna-se relevante discutir sobre a relação entre depressão e suicídio como uma epidemiologia que demanda urgente atenção da saúde pública, da sociedade, dos profissionais de saúde e, principalmente, dos alunos egressos da psicologia, que pretendem trabalhar nesta área.

Para tanto, o objetivo deste estudo é investigar e discutir a temática, se existe relação entre depressão e suicídio em adolescentes brasileiros entre 12 e 18 anos de idade, segundo os resultados das pesquisas qualitativas analisadas para a produção deste artigo.

Assim, busca-se discutir depressão e suicídio na adolescência, identificar os sintomas e indícios de depressão e suicídio, relacionar a manifestação da depressão e a taxa de suicídio entre adolescentes como problema de saúde pública e indicar medidas de intervenção, prevenção e proteção para o adolescente com comportamento suicida.

A pesquisa é classificada como básica, descritiva, qualitativa e bibliográfica, sendo possível observar a relação entre depressão e suicídio em jovens adolescentes de 12 a 18 anos de idade no Brasil.

2. DEPRESSÃO

A depressão é uma condição de um estado patológico.

> A depressão é um distúrbio neuropsicológico que abrange o organismo como um todo, afetando o físico, o humor, o pensamento e até a forma como a pessoa vê e sente o mundo ao seu redor. A principal característica é o sentimento de desencanto pela vida que esse distúrbio provoca na pessoa. É como se a vida perdesse a cor. (CRUZ JÚNIOR, 2011, p. 66).

Apesar de algumas pessoas que sofreram algum malogro poderem, de alguma forma, superar as situações contrárias, outras pessoas, quando submetidas às variáveis estressantes, acabam sofrendo com fatores predisponentes que desencadeiam a depressão.

Entre os adolescentes, os fatores preponderantes para desencadear a depressão vêm aumentando exponencialmente, bem como o próprio quadro de depressão. Esses fatores se apresentam com características similares às dessa fase de transição (adolescência): as perdas afetivas, baixa autoestima, fracasso escolar, histórico familiar permeado de violência, conflito pessoal quanto à orientação sexual, uso excessivo de drogas e do álcool, dentre tantos outros fatores. (BIRMAHER *et al*, 1996).

A Classificação Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, implementada para disseminação eletrônica efetuada pelo DATASUS – CID 10, relaciona os transtornos depressivos de forma única para todas as faixas etárias, mas, de acordo com a caracterização sintomatológica predominante, a depressão recebe classificações diferenciadas, que vão de F30 à F39.

Já o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V (2013), dá novos subsídios aos tratamentos de depressão, discutindo essa fenomenologia como uma patologia que merece critérios diferenciados em seus registros: diagnósticos; estimativa dos números de casos; sintomatologias; e, quando necessária, a intervenção da farmacoterapia.

Segundo Atkinson *et al* (2002), no que tange à composição clínica da depressão, os eventos desencadeadores podem ser biológicos, físicos ou psicossociais.

Os fatores biológicos são aqueles ligados à suscetibilidade para distúrbios depressivos: neurotransmissores com níveis alterados, especialmente a serotonina, a dopamina e a epinefrina; disfunção hormonal e áreas cerebrais atrofiadas, especialmente no lobo pré-frontal.

Alguns distúrbios depressivos são ocasionados por causas físicas. Muitas vezes, o corpo humano, juntamente com as emoções, perpetua as dores registradas por alguns traumatismos ou acidentes físicos, criando alterações no estado emocional das pessoas, agravando ou desencadeando um estado depressivo.

Quanto aos fatores psicossociais, a perda súbita de um familiar ou de um amigo, forte conflito na malha familiar ou o rompimento de um relacionamento afetivo são fatores que listam com fundamental abrangência no desenvolvimento de um estado depressivo.

Outros fatores que podem desencadear depressão estão associados ao uso prolongado de determinados medicamentos bem como a suspensão brusca deles, como por exemplo, os betabloqueadores, alguns analgésicos e corticoides.

Não se conhece a causa exata da depressão. A explicação mais cabível é a falta de equilíbrio na química neuronal, motivo pelo qual a ministração de antidepressivos. De um modo geral, a depressão pode ser definida como um processo sindrômico, com mudança de frequência e gravidade de uma pessoa para outra, sendo seu apanágio a anedonia, podendo também, se apresentar frequentemente com alteração de humor, apatia, pessimismo, ansiedade, lerdeza, alucinações, desinteresse, dificuldade de concentração, incapacidade de expressar alegria, falta de planejamento futuro e isolamento do convívio social. Nas pessoas portadoras de depressão dentre os grupos de sintomas apresentados, as tendências suicidas alcançam maior relevância. (CORRÊA, 1995).

Estudos epidemiológicos apontam distinção de gênero na incidência, preponderância e conduta dos distúrbios depressivos: os acometimentos dos sintomas depressivos no gênero masculino são diagnosticados em uma escala 50% inferior ao gênero feminino (AROS; YOSHIDA, 2009). Já outros estudos, comprovam resultados contradizentes. Neles, a preponderância e incidência dos distúrbios depressivos assemelham-se nos dois gêneros. (ANDRADE *et al,* 2006).

Etiologicamente, à depressão são atribuídas diferentes variáveis, independentemente da disposição teórica dos autores: o papel da herança cultural e emocional de uma pessoa é especialmente relevante, bem como a conduta do cuidado materno, abuso ou negligência, para um amadurecimento mental. (BRAZ; SALOMÃO, 2002).

Ainda relativo à etiologia da depressão, Buonomano (1978), relata as mudanças ambientais como consequência para o desenvolvimento de distúrbios depressivos. Quando a pessoa não tem o controle sobre o novo ambiente que vive, sente-se desesperançada, se comparada à situação passada. Para Ballmaier *et al* (2004) e Justo e Calil (2006), em algumas pessoas os aspectos hormonais e os fatores sociais colaboram para a manifestação da depressão. Relatam que, numa mesma faixa etária, foram apontados clinicamente, diferentes tipos de distúrbios depressivos e diferentes regiões do córtex cerebral afetadas.

Com base nesses referenciais, compreende-se que a necessidade de se associar depressão com outras morbidades clínicas se dá pelo fato de que a depressão pode se tornar um fator agravante no tratamento de algumas doenças. Pessoas com distúrbios depressivos e com outras doenças crônicas se tornam indisciplinadas às recomendações médicas, esquecendo-se de ministrarem a medicação regularmente. Daí a razão de se diagnosticar a depressão associada a outras doenças.

Para Teng *et al* (2005), as doenças mais comuns que possivelmente podem acarretar depressão são: diabetes, doenças renais, dor crônica, câncer, obesidade, hipertireoidismo e cardiopatias. Em alguns pacientes, a terapia focal se mostrou com singular eficácia, sobretudo em pacientes com câncer e cardiopatias.

Aliás, o quadro epidemiológico aponta que a depressão só perde para as cardiopatias, no "*ranking*" de fatores de mortalidades. Literaturas existentes sobre transtornos depressivos, apontando previsões para 2020, sugerem que a depressão será a segunda maior causa de doença no mundo, perdendo apenas para as doenças do coração. (NAKAMURA; SANTOS, 2007).

Seguindo essa direção, conforme a Organização Mundial de Saúde, nas próximas duas décadas haverá uma drástica transformação nas necessidades de saúde da população mundial, em consequência do fato que doenças como depressão e cardiopatias substituirão as doenças infecciosas e as de má nutrição, problemas de saúde considerados tradicionais. (BAHLS, 2002).

Segundo Aros e Yoshida (2009), ainda é bastante incipiente o conhecimento acumulado sobre a depressão, seja quanto à sua etiologia, às manifestações neurológicas ou sintomatológicas. Dentro dessa perspectiva, Teng *et al* (2005) e Baptista e Borges (2016), chamam atenção para as formas de abordagens para mensuração da depressão. Seja por quais forem os instrumentos de avaliação empregados para o levantamento do quadro de transtorno depressivo: escalas, questionários, critério intuitivo ou, condução farmacológica, é sempre fundamental a intervenção de avaliação sob a luz da psicologia e, eventualmente, de medidas psicoterápicas para a depressão.

Cabe enfatizar que, embora os transtornos depressivos configurem um grupo de patologias com crescente prevalência na população, esses transtornos seguem sendo pouco compreendidos, principalmente no referente às manifestações da depressão em relação ao gênero. Dessa maneira, entende-se que, sob um adequado e criterioso diagnóstico, os efeitos da psicoterapia promovem evidentes melhoras nas pessoas acometidas de depressão, mesmo se for o caso do necessário uso de um tratamento farmacológico concomitantemente.

O diagnóstico efetivo é de extrema importância. Afirmativa resultante de algumas pesquisas que apontam a necessidade de os profissionais de psicologia disporem de habilidades, capacidades e instrumentos apropriados para avaliação da depressão.

(OLIVEIRA *et al*, 2010). Essa afirmativa dá evidência ao que aponta Baptista e Borges (2016) em relação às estatísticas. Para ele, o número de pessoas com depressão é bem maior do que o identificado pelo sistema de saúde. Nesse contexto, para Teng *et al* (2005), existem fatores que contribuem para um sub diagnóstico da depressão, como mostrado no quadro a seguir:

Quadro 1 – Fatores que contribuem para o sub diagnóstico e sub tratamento da depressão

1. Ênfase nos sintomas somáticos em detrimento das queixas cognitivas e afetivas.
2. Relutância em estigmatizar o paciente com um diagnóstico psíquico.
3. Sintomas de depressão muito leves ou pouco específicos; sintomas físicos comuns à depressão e as condições clínicas, por exemplo: fadiga, diminuição de apetite, dores, alterações do sono e perda de peso, irritabilidade e tristeza.
4. Receio dos efeitos colaterais dos antidepressivos.
5. Noção equivocada de que a depressão não é patológica. Depressão é "reação normal" à condição do momento.
6. Falta de tempo para uma abordagem psíquica, ou falta de treinamento para tal; dificuldades pessoais do profissional de saúde em lidar com o psiquismo.

Fontes: Adaptado e modificado de Rouchell et al, 2002 e de Teng et al 2005.

De acordo com o quadro acima e os referenciais citados, observa-se que diferentes autores têm chamado a atenção para o fenômeno da depressão, considerando que a depressão maior pode se tornar um problema grave de saúde mundial e que mais e mais pessoas vêm sendo afetadas, demandando avaliação e diagnóstico precoces.

A Organização Mundial de Saúde estima que 350 milhões de pessoas sofrem de depressão em todo mundo. Dentro deste cenário, as ferramentas psicométricas produzem possíveis impactos no universo dos estudos científicos e nos contextos da prática clínica, fornecendo informações abrangentes sobre o surgimento, a prevalência e as possíveis formas de tratamento para depressão. (BAPTISTA;

BORGES, 2016). Dessa maneira, torna-se a avaliação uma ação primaz para o tratamento da depressão.

Nesse enfoque, Noronha e Reppold (2010, p. 199), afirmam:

> (..) que a avaliação seja realizada apenas por profissionais que tenham competência para tal. Para tanto, a formação brasileira precisa ser repensada. A reserva de mercado somente deve ser garantida se os psicólogos, pela sua formação, tiverem condições de compreender a complexidade de um processo avaliativo e dispuserem de recursos e conhecimentos que lhes possibilitem ponderar em que circunstâncias uma avaliação deve ser realizada, quais os melhores instrumentos a utilizar em cada caso e como interpretar, de forma contextualizada, os dados obtidos por meio da avaliação. Para tanto, é necessário que essa habilidade, prevista nas diretrizes curriculares, seja de fato desenvolvida durante o período de graduação e atualizada por meio de formação continuada.

Dessa forma, entende-se que a formação dos profissionais de psicologia precisa compreender, na sua grade curricular, conteúdos abrangentes desse fenômeno e formular diretrizes para diagnóstico e tratamento da depressão.

3. DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA

É na adolescência que os jovens enfrentam as mudanças mais significativas entre a infância e a idade adulta, sendo considerada uma espécie de passagem para alcançar a maturidade. Dessa maneira, é nesta passagem que os jovens enfrentam mudanças físicas, biológicas, psicológicas, sociais e cognitivas, havendo o fortalecimento de sua identidade e personalidade, contribuindo também com o nível de percepção de si próprio. (MAYORGA, 2006).

Nesta fase, os adolescentes vivem transformações em seu comportamento provenientes tanto de aspectos biológicos quanto psicológicos, gerando em muitos

casos possíveis questionamentos acerca da aquisição de maior autonomia em suas atitudes e independência das escolhas que deverão ser vividas. O processo de construção de identidade na adolescência muitas vezes é cercado de transformações comportamentais que incluem suposta rebeldia, isolamento, apego exagerado aos grupos de amigos, mudanças na forma de relacionar, dentre outras mudanças que alterar a maneira de interação e socialização com o mundo à sua volta.

Segundo Abasse *et al* (2009) a adolescência é constituída por diferentes componentes físicos e psicossociais que incidem em transformações significativas aos jovens, dentre eles:

> [...] busca de si mesmo e da identidade; a separação progressiva dos pais; a vinculação ao grupo; a evolução da sexualidade; atitude social reivindicatória, variações frequentes do humor e contradições sucessivas. Além destes, há os comportamentos de risco que se originam da necessidade de experimentar o novo e desafiar o perigo. (ABASSE *et al*, 2009, p. 409).

Com isso, a formação da identidade de cada jovem ocorre de maneira individual e social. Porém pode ser observada através da interação entre as trocas de experiências entre o adolescente e outros indivíduos que fazem parte do ambiente ao qual se encontra inserido. Sobretudo, a identidade deve ser analisada como algo mutável, visto que está relacionada com o desenvolvimento da personalidade que sofre inúmeras mudanças ao longo da adolescência até a idade adulta.

Os jovens precisam lidar com a questão do desamparo, devido à perda da identidade infantil proveniente principalmente dos privilégios que a criança normalmente recebe dos pais ou em outros ambientes educacionais como a escola. Segundo Brandão (2009), é possível identificar que o jovem no início da adolescência encontra dificuldades para assimilar as representações sobre a sexualidade, permanecendo vulnerável aos problemas existentes na sociedade como gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, orientação sexual, dentre outros temas bastante complexos. Com isso, o adolescente que não consegue manter o

domínio de seus próprios pensamentos e comportamentos nesta etapa pode acabar gerando certo temor com relação ao seu novo papel na sociedade.

De acordo com Bahls (2002), os transtornos depressivos nestes públicos apresentam características semelhantes das identificadas em adultos, mantendo os mesmos critérios para a realização de diagnósticos consistentes em crianças, adolescentes e adultos. Para o autor, alguns sintomas básicos de depressão maior, demonstrados no quadro abaixo, podem sofrer modificações conforme a idade do acometido, podendo variar principalmente em crianças e adolescentes que normalmente sofrem com irritabilidade e dificuldade em manter relações sociais, além de sintomas mais raros como dificuldade psicomotora, hipersonia e delírios.

Quadro 2 – Sintomas de Depressão Maior

1. Humor deprimido ou irritável;
2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos;
3. Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento de apetite;
4. Insônia ou hipersonia;
5. Agitação ou retardo psicomotor;
6. Fadiga ou perda de energia;
7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada;
8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão; e
9. Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida, tentativa ou plano suicida.

Fonte: Bahls (2002, p. 360).

Com isso, cabe ressaltar que:

> A maioria dos autores na área dos transtornos depressivos na infância e adolescência cita que os sintomas variam com a idade, destacando a importância do processo de maturação das diferentes fases do desenvolvimento nos sintomas e comportamentos depressivos, existindo uma caracterização sintomatológica predominante por faixa etária. (BAHLS, 2002, p. 360).

Mais de 80% dos adolescentes deprimidos demonstram irritabilidade, perda de energia, apatia e desinteresse excessivo, além de retardo psicomotor, sentimentos de desesperança, culpa, distúrbios do sono, alterações de peso, isolamento e grande dificuldade de concentração. Esta sintomatologia acaba prejudicando o desempenho escolar devido à autoestima reduzida e crises de comportamentos que podem levar os adolescentes a fazer uso abusivo de álcool e substâncias ilícitas, ou até mesmo tentar se suicidar. (BAHLS, 2002).

Muitos jovens ao presenciarem problemas no ambiente familiar ou escolar, passam a encontrar nas drogas uma fonte para descarregar seu sofrimento e lidar com a pressão constante. Dessa maneira, algumas famílias por não saberem como enfrentar e solucionar os problemas ou até mesmo não se interessarem “assumem um modelo de comportamento permissivo no que diz respeito às drogas, as quais passam a ser empregado nos mais variados momentos, como a fonte certa para a solução imediata de angústias e de problemas”. (PRATTA; SANTOS, 2006, p. 318).

Portanto, quando o jovem não consegue identificar a importância em vivenciar as mudanças próprias da adolescência, adquirindo a maturidade necessária para lidar com os problemas impostos por esta fase, há grandes chances de desenvolver quadros depressivos, revolta, perda das qualidades de sociabilidade e outros distúrbios.

Alguns autores como Baron e Campbell (1993) comprovaram que há diferenças entre a manifestação depressiva entre adolescentes do sexo feminino e masculino, ressaltando que meninas costumam apresentar sintomas mais subjetivos como tristeza excessiva, sentimento de vazio, tédio, raiva e ansiedade, demonstrando

preocupação maior em manter padrões com a popularidade e a aparência física, enquanto os meninos apresentam sentimentos de desprezo, desafio e desdém, prejudicando alguns comportamentos como falta às aulas, violência física, roubos, abuso de álcool e drogas, etc. Para tanto:

> Como orientação aos clínicos, segue a sugestão do que não deve ser considerado normal, alertando para provável presença de quadro depressivo durante a adolescência: os estados de humor irritável ou depressivo duradouro e/ou excessivos, os períodos prolongados de isolamento ou hostilidade com família e amigos, o afastamento da escola ou queda importante no rendimento escolar, o afastamento de atividades grupais e comportamentos como abuso de substâncias (álcool e drogas), violência física, atividade sexual imprudente e fugas de casa. (BAHLS, 2002, p. 362).

Diante desses sintomas, é preciso enfatizar que os adolescentes costumam demonstrar facilmente sua insatisfação e possível quadro de depressão. No entanto, apenas seus amigos mais próximos reparam as transformações ocasionadas pelo quadro depressivo. A identificação da depressão em adolescentes por pais e professores ainda é mantida como um desafio. Por isso, as medidas de intervenção são consideradas fundamentais para a evolução do quadro psíquico do jovem e real melhora.

4. RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA E SUICÍDIO

Abasse *et al* (2009) afirmam que é importante tomar alguns cuidados ao se analisar as informações sobre a relação entre suicídio e jovens, pois alguns fatores interferem no dimensionamento do problema, tendo como os principais, a tendência de subnotificação dos dados, possíveis falhas nos registros e imprecisão na fonte de produção. Além disso, o uso de conceitos e definições do suicida podem dificultar a identificação se o ato foi acidental ou intencional. Considerando as crianças e adolescentes, esta avaliação é ainda mais desafiadora, pois muitos sentimentos são escondidos e negados para a família e permanecem sem entendimento.

Os autores relatam que a baixa autoestima, os conflitos familiares, fracasso escolar e perdas afetivas são predisponentes para o desenvolvimento de estresse emocional, colocando os jovens no grupo de risco para o suicídio. Os principais fatores de risco são “tentativa prévia, transtorno de humor, depressão, abuso de drogas lícitas e ilícitas, ausência de apoio familiar, história familiar de doenças psiquiátricas, história familiar de comportamento suicida, doença física grave e/ou crônica, eventos estressores, orientação sexual”. (ABASSI *et al*, 2009, p. 409).

De acordo com a OMS (2006, p. 08):

> Entre os adolescentes de 16 anos e mais velhos, o álcool e o abuso de substâncias aumentam significativamente o risco de suicídio em tempos de sofrimento. Perturbações do humor e da ansiedade, fugir de casa, e o sentimento de desespero também aumentam o risco de tentativas de suicídio. As tentativas de suicídio de adolescentes estão muitas vezes associadas a experiências de vida humilhantes, tais como fracasso na escola ou no trabalho ou conflitos interpessoais com um parceiro romântico.

Abreu *et al* (2010) classificam os conflitos familiares como importante fator de risco para o suicídio, especialmente para crianças e adolescentes, uma vez que a disfuncionalidade familiar prejudica seu processo de desenvolvimento, impondo dificuldades de relacionamento, comunicação, ausência de afeto e falta de apoio. Os autores destacam a depressão com um fator de alto risco para suicídio estando cada vez mais presente no contexto familiar.

Por sua vez, Bahls (2002) analisou a evolução, comorbidade e o comportamento suicida na depressão em crianças e adolescentes, demonstrando que o suicídio acomete este público em razão de problemas no processo de maturação de cada indivíduo, considerando características predominantes. A depressão maior em crianças e adolescentes é capaz de debilitar, se tornar recorrente e aumentar significativamente o risco de morbidade e mortalidade, se tornando um grave problema de saúde pública. Bahls (2002, p. 362) descreve que:

> O desenvolvimento do pensamento abstrato se faz ao redor dos doze anos de idade, trazendo uma compreensão mais clara do fenômeno da morte. Consequentemente, nos adolescentes depressivos tanto as ideias de suicídio como as tentativas, que costumam apresentar alta letalidade, alcançam uma dimensão maior, pois os adolescentes são altamente vulneráveis às mesmas.

Cabe ressaltar que adolescentes com histórico familiar de transtornos psiquiátricos, ausência de apoio familiar, transtornos de conduta, uso de substâncias ilícitas e comportamento autodestrutivo deliberado possuem risco três vezes maior de desenvolver o comportamento suicida. Estatisticamente, 25% dos adolescentes que já tentaram o suicídio e 25 a 40% dos jovens que já se suicidaram já tiveram pelo menos uma tentativa de suicídio prévio. Cita-se ainda que o sentimento de desesperança se encontra altamente associado com o comportamento suicida, predispondo para tentativas futuras. (BAHLS, 2002).

Borges e Werlang (2006) avaliaram a prevalência a ideação suicida e depressão em 536 adolescentes com idades entre 15 e 19 anos na cidade de Porto alegre, identificando que 36% deste público já apresentaram ideação suicida associada com elevada depressão e sentimento de desesperança de moderado a grave. Os autores ressaltaram que esta preocupação de saúde pública exige a avaliação das repercussões sociais, familiares, econômicas e clínicas para reduzir o número dos eventos.

Vieira e Coutinho (2008) estudaram a depressão e o suicídio em uma amostra de 233 adolescentes de ambos os sexos a partir do inventário de depressão de Beck (BDI) observando que 25 dos jovens apresentaram um escore acima do ponto de corte, representando um índice de prevalência de 10,72%. Dos estudantes com depressão, 80% eram do sexo feminino e 20% masculino. Com relação aos elementos representativos da depressão, foram destacados a tristeza, à autocrítica, à insatisfação, à ideação suicida e sentimento de culpa.

Teixeira Filho e Marreto (2008) analisaram a relação entre o atentar com a própria vida e homofobia em adolescentes de 14 a 20 anos, que cursavam o Ensino Médio. Os autores constataram que 25% deles já haviam pensado em se matar e 40% já haviam tentado. Constataram ainda que os adolescentes homossexuais em razão da opressão de ser heterossexual vivenciado no espaço escolar podem sofrer de rejeição enfrentando sofrimento elevado de depressão, considerando que sua vida não tem mais sentido, que deveria agir de outra forma e enfrentando problemas de aceitação.

Baggio *et al* (2009) observaram a prevalência do planejamento suicida e fatores associados em adolescentes escolares de Porto Alegre, demonstrando que 6,3% dos adolescentes já planejaram atentar contra a sua vida, com destaque para o público feminino e para os sentimentos de solidão e tristeza como motivos.

Moreira e Bastos (2015) analisaram a prevalência e os principais fatores associados à ideação suicida em adolescentes, demonstrando que a maioria dos atos suicidas ocorrem em adolescentes maiores de 14 anos, especialmente no início da adolescência. A taxa geral de mortalidade por suicídio no Brasil, em 2012, foi de 5,3 a cada 100 mil habitantes. Na população jovem, de 15 a 29 anos, que se enquadra a faixa etária condizente com este estudo, o aumento da taxa de suicídio foi de 15,3% de 2002 a 2012.

Werlang *et al* (2005) chamam a atenção para a questão a suicídio contagioso, que embora apresente uma pequena porcentagem em adolescentes vulneráveis que se encontram expostos ao suicídio na vida real, implica na disseminação de comportamentos influenciadores, ocorrendo suicídios de pouco tempo um do outro em proximidades geográficas. Um suicídio facilita a ocorrência de outros eventos, servindo ainda de modelo, cujo contágio ocorre por contato direto com a vítima, amizades, conhecimento da mídia ou até mesmo conversas boca a boca. Existem poucos estudos que buscam analisar estatisticamente, as taxas de suicídio de adolescentes e sua relação com o comportamento, no entanto, os encontrados constatam que a média de prevalência do suicídio em adolescentes é de 30% no Brasil, sendo que os fatores associados à ideação suicida abrangem normalmente

problemas multifacetados, incluindo transtornos mentais; características pessoais e familiares; atitudes do jovem e dos amigos de convívio.

5. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM ADOLESCENTES

A decisão de cometer suicídio não ocorre rapidamente. Normalmente, o jovem começa a manifestar comportamentos depressivos e sentimentos de desesperança, e outros sinais que podem fornecer ideias de sua vontade de atentar para com a própria vida. A trajetória determinada pela ideação suicida quando identificada inicialmente, ainda oferece chances para que ocorram intervenções capazes de impedir a concretização do suicídio. (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

Conforme a OMS (2006), identificar os fatores de risco associados com o comportamento suicida é fundamental para a tomada de decisão clínica e orientação da prevenção e intervenção do indivíduo. A avaliação dos riscos por uma equipe que conta com conselheiros, família, profissionais da saúde e educacionais possibilita o entendimento do comportamento depressivo, a falta de interesse e mudanças que caracterizam o declínio da produtividade e até mesmo que geram alterações físicas.

> Quando uma pessoa está a experimentar pensamentos suicidas (ideação), é importante iniciar imediatamente procedimentos de gestão. Estes incluirão uma avaliação (por exemplo, do nível de ambivalência, impulsividade, rigidez, e meios de letalidade), alistamento de apoios, com vários níveis de contrato pessoal e de envolvimento familiar, bem como aconselhamento. A gestão da pessoa suicida pode também incluir tratamento farmacológico ou internamento clínico. (OMS, 2006, p. 19).

Barbosa *et al* (2011) afirmam que a falta de informação e esclarecimento sobre os riscos dos comportamentos autodestrutivos, tanto por parte dos familiares quanto dos profissionais de saúde, implicam na carência de atendimento das necessidades do indivíduo que possui a ideação suicida e consequentemente prejudicando o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção. Por ser um problema de saúde pública, o cenário fica ainda mais agravado quando há a incapacitação técnica

e profissional na detecção de sinais e sintomas de depressão nos jovens, que poderia ser realizada por meio de uma investigação mais detalhada em seu histórico, bem como através de avaliações em saúde e rotinas familiares.

A prevenção do suicídio é efetuada mediante o reforço dos fatores ditos protetores e pela redução dos fatores de risco, com abrangência individual e coletiva. Os fatores protetores são o bom relacionamento e apoio dos familiares; socialização adequada; obtenção de confiança em si mesmo; integração escolar; e outros elementos que impactam positivamente a rotina do adolescente. (MOREIRA; BASTOS, 2015).

Pratta e Santos (2007) afirmam que o apoio familiar exercido através do diálogo assume um papel fundamental, pelo fato de que muitos adolescentes buscam se isolar em seu próprio mundo, vivenciando uma reclusão em uma tentativa incapaz de enfrentar os devaneios e infortúnios desta fase. Por isso, os pais devem demonstrar seu apoio incondicional e manterem seu papel de orientadores. A falta de diálogo entre adolescentes e pais pode acentuar ainda mais algumas dificuldades, prejudicando a obtenção da confiança, do respeito e do afeto.

Oliveira *et al* (2001) afirmam que é na escola que surgem os primeiros sintomas de depressão. Portanto, o espaço escolar é um ambiente importante para o desenvolvimento de estratégias de proteção e assegurar os fatores protetores ao jovem. É mediante o convívio com seus colegas que os adolescentes compartilham segredos, lutas e as ideias de morte. Assim, cabe à escola cumprir seu papel de educar e socializar o jovem, contribuindo com a família e os profissionais na identificação dos quadros depressivos psicopatológicos.

Neste sentido, o psicólogo possui a função de ajudar o jovem no enfrentamento das dificuldades identificadas na adolescência, a fim de trabalhar todas as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que envolvem o paciente. A partir da abordagem cognitiva comportamental é possível fazer com que os adolescentes reavaliem situações vivenciadas, adquirindo maior consciência acerca de sua realidade e que possam adotar melhores comportamentos para encarar os obstáculos do dia-a-dia de uma maneira mais positiva e prazerosa.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia – CFP (2013), o psicólogo irá ajudar o adolescente a ver seus problemas de forma realista, de modo a fortalecer suas próprias habilidades. É indispensável a participação da família juntamente com a intervenção dos psicólogos, pois a família precisa ser considerada como um sistema, no qual são fortalecidos e acrescentados valores, crenças, conhecimentos e práticas, dando origem a um modelo de funcionamento. Assim, os familiares integrados entre si deverão buscar a promoção do amor e cuidado de seus membros. O psicólogo atua na mudança do sistema familiar, se unindo aos membros da família para identificar os principais problemas que atrapalham o ambiente de convivência, sempre propondo soluções eficientes, que possam fazer uma reestruturação dos sentimentos e funções, atuando diretamente na identificação do comportamento depressivo que pode levar ao suicídio.

Andrade e Romagnoli (2010) relatam que a atuação do psicólogo no atendimento aos adolescentes e seus familiares deve partir de um trabalho clínico amplo, cujos mecanismos são capazes de combater a exclusão social. Portanto, para estes autores, as ações e estratégias precisam estar pautadas na heterogeneidade de classes sociais, espaços distintos e necessidades diversas, promovendo encontros singulares, acolhendo devidamente seus usuários. Deve-se construir laços afetivos colaborativos entre os adolescentes e seus familiares através da promoção de diálogos reflexivos, prática de atividades criativas e transformadoras, desenvolvimento de grupos de apoio, visitas domiciliares, orientações clínicas e outras ações socioeducativas que buscam melhorar o convívio e a interação entre os membros.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Depressão é uma doença que pode influenciar o desenvolvimento psíquico do ser humano, podendo causar distúrbios cognitivos, psicomotores e psicológicos, sendo possível desenvolver outras patologias como transtorno depressivo maior, melancolia, distimia, transtorno bipolar, entre outras. A característica principal do quadro depressivo envolve o sentimento de tristeza e vazio, sendo que a maioria dos

pacientes apresenta desinteresse pela vida e pelo desenvolvimento de relações sociais.

Os principais sintomas da depressão em adolescentes envolvem: irritabilidade e instabilidade; humor deprimido; desinteresse importante; sentimentos de desesperança; isolamento; dificuldade de concentração; baixa autoestima; e ideação suicida.

Ao analisar a relação entre depressão e suicídio, pode-se entender que os problemas de identidade e de socialização da adolescência podem levar os jovens a lidar com pressões que quando não superadas, acarretam um quadro de depressão com riscos de ideação suicida. Portanto, a ideação suicida e a depressão são preditores para o risco de suicídio, destacado como grave problema de saúde pública, implicando na necessidade de se conhecer o comportamento suicida e os fatores de risco relacionados a esta ideação, especialmente em adolescentes vulneráveis.

O conhecimento e oferecimento dos fatores de proteção ao indivíduo na adolescência é essencial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção que possam combater os problemas de identidade. O fortalecimento das redes de apoio através de conselheiros, profissionais da saúde, educadores e família é responsável pela promoção de relações satisfatórias e integração social.

No âmbito profissional, o psicólogo assume a função de ajudar o adolescente a entender seu próprio comportamento e o mundo em que vive, a fim de criar expectativas positivas para o seu futuro, para desenvolvimento da autoestima, combate da depressão e outros problemas que podem afetar seu crescimento e vínculo familiar, sobretudo impedindo que o mesmo desenvolva o comportamento suicida. Dessa maneira, a formação dos profissionais de psicologia deve abranger conteúdos que analisem a depressão cada vez mais intensamente, suas causas, comportamentos e consequências considerando nosso contexto social atual, a fim de contribuir com o desenvolvimento de estratégias adequadas para o diagnóstico e tratamento deste fenômeno.

7. REFERÊNCIAS

ABASSE, M. L. F.; OLIVEIRA, R. C. de; SILVA, T. C.; SOUZA, E. R. de. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 407-416, 2009. Disponível em: <http://www.scielo. br/pdf/csc/v14n2/a10v14n2.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

ABREU, K. P. de; LIMA, M. A. D. da S.; KOHLRAUSCH, E; SOARES, J. F. **Comportamento suicida:** fatores de risco e intervenções preventivas. Rev. Eletr. Enf., v. 12, n.1,p. 195-200, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1 a24.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

ANDRADE, L. F.; ROMAGNOLI, R. C. **O psicólogo no CRAS:** uma cartografia nos territórios subjetivos. Psicologia ciência e profissão, v. 30, n. 3, p. 604-619, 2010. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5155060.pdf.>. Acesso em: 10 jul. 2017.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. **Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher**. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a03v33n2.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

AROS, M. S.; YOSHIDA, E. M. P. **Estudos da depressão:** Instrumentos de avaliação e gênero. Bol. Psicol.., v. 59, n. 130, p. 61-76, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/ pdf/bolpsi/v59n130/v59n130a06.pdf>. Acesso em: 26 de jul. 2017.

ATKINSON, R. L.; ATKINSON, R. C.; SMITH, E. E.; BEM, D. J.; NOLEN-HOEKSEMA, S. Psicopatologia. In: R. L. Atkinson; R.C. Atkinson; E.E. Smith; D.J. Bem & S. NolenHoeksema. **Introdução à Psicologia de Hilgard.** Porto Alegre: Artmed, 2002. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/317599987/2013-Livro-DP-Vol-2-pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

BAGGIO, L.; PALAZZO, L.; AERTS, D. R. G. de C. **Planejamento suicida entre adolescentes escolares:** Prevalência e fatores associados. Caderno de Saúde Pública, v. 25, n. 1, p. 142-150, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextos clinicos/article/download/3592/1533>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BAHLS, S. C. **Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes**. Depression in childhood and adolescence: clinical features. Jornal de Pediatria, v. 78, n. 5, p. 359-366, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n5/7805359.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

BALLMAIER, M.; KUMAR, A.; THOMPSON, P. M.; NARR, K. L.; LAVRETSKY, H; ESTANOL, L.; DELUCA, H.; TOGA, A.W. **Localizing gray matter deficits in late-onset depression using computational cortical pattern matching methods**. The American Journal of Psychiatry, n. 161, p. 2091-2099, 2004. Disponível em: <https://ils.unc.edu/bmh/ neoref/nrschizophrenia/jsp/review/tmp/111.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

BAPTISTA, M. N.; BORGES, L. **Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira**. Avaliação Psicológica, v. 15, p. 19-32, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v15nspe/v15nspea04.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

BARBOSA, F. de O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. da. **Depressão e o Suicídio**. Rev. SBPH, v. 14, n. 1, p. 233-243, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ rsbph/v14n1/v14n1a13.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

BARON, P.; CAMPBELL, T. L. **Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents:** an extension of early findings. Adolescence, v. 28, a. 112, p. 903-11, 1993. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/02-78-05-359/ing.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BIRMAHER, B.; RYAN, N. D.; WILLIAMSON, D. E.; BRENT, D. A.; KAUFMAN, J.; DAHL, R. E. **Childhood and Adolescent Depression**: A Review of the Past 10 Years. Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v. 35, n. 11, p. 1427-1439, 1996. Disponível em: < http://www.jped.com.br/conteudo/02-78-05-359/ing.pdf>. Acesso em: 10 jul.2017.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. **Estudo de Ideação Suicida em Adolescentes de 15 a 19 anos**. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 11, n. 3, p. 345-351, 2006. Disponível em: < https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/192/581>. Acesso em: 19 jul. 2017.

BRAGA, L. de L.; DELL'AGLIO, D. D. **Suicídio na adolescência:** fatores de risco, depressão e gênero. Contextos Clínicos, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013. Disponível em: <http:// pepsic.bvsalud. org/pdf/cclin/v6n1/v6n1a02.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

BRANDÃO, E. R. **Desafios da contracepção juvenil:** interseções entre gênero, sexualidade e saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 4, p. 1063-1071, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a08v14n4.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRAZ, F. S.; SALOMÃO, N. M. R. **A fala dirigida a meninos e meninas:** um estudo sobre o input materno e suas variações. Psicologia Reflexão e Crítica, v. 15, n. 2, p. 333-344, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ld/v14n1/12.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2017.

BUONOMANO, J. **Mudança de cultura, depressão e a dimensão locus of control**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1978. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp048102.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

CANALE, A., FURLAN, M. M. D. P. **Depressão**. Arq. Mundi, Paraná, v. 10 n. 2, p. 23-31, 2006. Disponível em:

<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/4941/1/000449616-Texto%2BParcial-0.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/ Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

CORRÊA, A. C. O. A fenomenologia das depressões: da nosologia psiquiátrica clássica aos conceitos atuais. **Revista Psiquiatria Biológica**, v. 3, n. 3, p. 61-72, 1995. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n1/v19n1a06.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

CRUZ JÚNIOR, A. J. **Questões/problemas em perícias médicas nos casos de depressão**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 10, a. 2, p. 66-78, 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8854> Acesso em: 26 de jul. 2017.

JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. **Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres?** Rev. Psiq. Clín., v. 33, n. 2, p. 74-79, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br /pdf/rpc/ v33n2/a07v33n2> Acesso em: 26 jul. 2017.

MOREIRA, L. C. de O.; BASTOS, P. R. H. de O. **Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência:** revisão de literatura. Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, v. 19, n. 3, p. 445-453, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v19n3/2175-3539-pee-19-03-00445.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

NAKAMURA, E.; SANTOS, J. Q. **Depressão Infantil:** Abordagem antropológica. Revista de Saúde Pública, v. 41, n. 1, p. 53-60, 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel /index.php/mediacoes/article/viewFile/3410/2773>. Acesso em: 26 jul. 2017.

NORONHA, A. P. P.; REPPOLD, C. T. **Considerações Sobre a Avaliação Psicológica no Brasil.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 30, p.192-201, 2010. Disponível em: <http://www. scielo.br/pdf/pcp/v30nspe/v30speca09.pdf> Acesso em: 19 jul. 2017.

OLIVEIRA, A.; AMÂNCIO, L; SAMPAIO, D. **Arriscar morrer para sobreviver:** olhar sobre o suicídio adolescente. Análise Psicológica, v. 4, n. XIX, p. 509-521, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v19n4/v19n4a03.pdf >. Acesso em: 05 mai. 2017.

OLIVEIRA, G. M.; CAMARGO, F. T; GONÇALVES, E. C.; DUARTE, C. V. N.; GUIMARÃES, C. A. **Revisão sistemática da acurácia dos testes diagnósticos:** uma revisão narrativa. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 37, n. 2, p. 153-156, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v15nspe/v15nspea04.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros**. Genebra, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media /counsellors_portuguese.pdf>. Aceso em: 05 mai. 2017.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. **Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família:** um estudo bibliográfico. Estudos de Psicologia, v. 11, n. 3, p. 315-322, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v44n1/v44n1a10.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2017.

TEIXEIRA FILHO, F. S.; MARRETTO, C. A. R. **Apontamentos sobre o atentar contra a própria vida:** homofobia e adolescências. Revista de Psicologia da UNESP, v. 7, n. 1, p. 133-151, 2008. Disponível em: <http://revpsico.assis.unesp.br/revpsico/index.php /revista/article/ viewFile/115/93>. Acesso em: 05 mai. 2017.

TENG, C.; HUMES, E. de C.; DEMETRIO, F. N. **Depressão e comorbidades clínicas**. Rev. Psiq. Clín. v. 32, a. 3, p. 149-159, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/ v13n1/v13n1a06.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. da P. de L. **Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia**. Psicologia Ciência e Profissão, v. 28, n. 4, p. 714-727, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a05.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R; FENSTERSEIFER, L. **Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência**. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, v. 39, n. 2, p. 259-266, 2005. Disponível em:<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03929.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

Enviado: Julho, 2019.

Aprovado: Agosto, 2019.