



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE MEDICINA

GILVAN ALVES ARAGÃO JUNIOR

**A INFLUÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA GÊNESE DE COMPORTAMENTOS  
SUICIDAS NA ADOLESCÊNCIA**

São Luís  
2018

GILVAN ALVES ARAGÃO JUNIOR

**A INFLUÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA GÊNESE DE COMPORTAMENTOS  
SUICIDAS NA ADOLESCÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Esp. Sâmia Jamile Damous Duailibe de Aguiar Carneiro Coelho.

São Luís  
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Aragão Jr, Gilvan Alves.

A influência da violência sexual na gênese de comportamentos suicidas na adolescência / Gilvan Alves Aragão Junior. - 2018.

57 p.

Orientador(a): Sâmia Jamile Damous D. de Aguiar Carneiro Coelho.

Monografia (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Adolescência. 2. Depressão. 3. Suicídio. 4. Violência Sexual. I. Coelho, Sâmia Jamile Damous D. de Aguiar Carneiro. II. Título.

GILVAN ALVES ARAGÃO JUNIOR

**A INFLUÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA GÊNESE DE COMPORTAMENTOS  
SUICIDAS NA ADOLESCÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de  
Medicina da Universidade Federal do  
Maranhão, para obtenção do Grau de  
Bacharel em Medicina.

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof.<sup>a</sup> Sâmia Jamile Damous D. de Aguiar Carneiro Coelho (Orientadora)**  
Especialista em Psiquiatria e em Dependência Química  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof.<sup>a</sup> Maria do Carmo Lacerda Barbosa**  
Doutora em Biotecnologia  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof.<sup>a</sup> Patrícia Maria Abreu Machado**  
Mestra em Psicologia  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof.<sup>a</sup> Walquíria Lemos Ribeiro da Silva Soares**  
Mestra em Saúde da Família  
Universidade Federal do Maranhão

## RESUMO

O suicídio é um fenômeno multideterminado, presente em todas as culturas e que faz cerca de um milhão de vítimas por ano ao redor do mundo. Há uma tendência mundial de crescimento da incidência de suicídio entre adolescentes, o que exige a análise dos seus determinantes sociais, a identificação dos seus fatores de risco e a implantação de políticas públicas de prevenção. Este trabalho configura-se em uma pesquisa bibliográfica que objetiva analisar o suicídio com foco na influência que a violência sexual sofrida na adolescência tem para o desenvolvimento de comportamentos suicidas e para a consumação do suicídio. Destaca-se que a violência sexual está fortemente associada a sintomas depressivos, motivo pelo qual tanto o combate à violência sexual quanto a identificação e o tratamento de quadros depressivos são metas estratégicas no combate ao suicídio. Contudo, diversos autores apontam as fragilidades nos serviços de saúde mental no Brasil, especialmente no que se refere ao acolhimento inadequado das vítimas de violência sexual, às dificuldades de articulação e comunicação entre os diferentes pontos de atenção da rede de saúde, e à necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde para lidar com essa demanda.

Palavras-chave: Suicídio. Adolescência. Violência sexual. Depressão.

## **ABSTRACT**

Suicide is a multidetermined phenomenon, present in every culture that makes about one million victims a year around the world. There is a worldwide tendency to increase the incidence of suicide among adolescents, which requires the analysis of their social determinants, the identification of their risk factors and the implementation of prevention public policies. This work is based on a bibliographical research that aims to analyze suicide with a focus on the influence that sexual violence suffered in adolescence has on the development of suicidal behaviors and the consummation of suicide. It is worth noting that sexual violence is strongly associated with depressive symptoms, which is why both the fight against sexual violence and the identification and treatment of depressive disorders are strategic goals in the fight against suicide. However, several authors point out the weaknesses in mental health services in Brazil, especially regarding the inadequate welcoming of victims of sexual violence, the difficulties of articulation and communication between the different points of attention of the health network, and the need to improvement professionals to deal with this demand.

Keywords: Suicide. Adolescence. Sexual violence. Depression.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Perguntas para rastreamento de depressão .....	20
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CECRIA	Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CVV	Centro de Valorização da Vida
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECT	Eletroconvulsoterapia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISRS	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
ISRSN	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina e de Noradrenalina
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASP	National Association of School Psychologists
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>1</b>	<b>O FENÔMENO DO SUICÍDIO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1</b>	<b>Os fatores de risco relacionados ao suicídio .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2</b>	<b>A depressão como entidade patológica mais prevalente .....</b>	<b>18</b>
<b>1.3</b>	<b>Suicídio na adolescência .....</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>A VIOLÊNCIA SEXUAL E SUAS MANIFESTAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1</b>	<b>Tipos e Subtipos de Violência Sexual .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2</b>	<b>Manifestações Clínicas da Violência Sexual .....</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>ABORDAGEM AO PACIENTE COM COMPORTAMENTOS SUICIDAS .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1</b>	<b>Prevenção ao Suicídio no Brasil .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2</b>	<b>Abordagem à vítima de violência sexual .....</b>	<b>42</b>
<b>3.3</b>	<b>Tratamento da depressão e abordagem ao suicídio .....</b>	<b>45</b>
	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>52</b>

## INTRODUÇÃO

A média de óbitos de adolescentes em decorrência de suicídio vem aumentando de forma lenta, mas gradual, no decorrer das últimas três décadas. Um levantamento realizado em 2015 revela que 533 jovens (até 19 anos) cometeram suicídio no Brasil no ano de 1983, o que representou 0,3% de todos os óbitos de crianças e adolescentes naquele ano, enquanto 788 indivíduos da mesma faixa etária se suicidaram no ano de 2013, valor que representa 1,0% de todas as causas de óbitos de crianças e adolescentes ocorridas nesse ano (WAISELFISZ, 2015). Dessa forma, o suicídio representa um problema de saúde pública, pois evidencia um impacto sobre os anos potenciais de vida perdidos pelo indivíduo que o pratica, além de ser um grande impacto para família desse indivíduo, possuindo grande potencial epidêmico (COSTA e VICTORA, 2006).

Muitos são os fatores que podem ser associados à decisão de uma pessoa em agir contra a própria existência, o que faz com que esse fenômeno seja multifacetado e, por conseguinte, extremamente complexo, principalmente quando se pensa em estratégias para sua prevenção. Portanto, é essencial que esse tema seja exaustivamente estudado para que se possa compreender seus determinantes e, a partir daí, intervir sobre eles, superando a ideia equivocada que permeou o imaginário da sociedade brasileira durante muitos anos, inclusive entre profissionais de saúde, de que falar sobre suicídio estimularia o aumento de sua incidência. Pelo contrário, falar sobre o suicídio é uma das principais ferramentas que auxilia uma pessoa a evitá-lo (BRASIL, 2006).

A violência sexual é um dos fatores que podem estar diretamente relacionados às tentativas de suicídio ou ao suicídio propriamente dito. Segundo os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, 0,7% das vítimas de estupro no Brasil no ano de 2011 cometeu suicídio (CERQUEIRA e COELHO, 2014). Outra pesquisa que corrobora o entendimento de que a violência sexual participa do desenvolvimento de comportamentos suicidas foi realizada em 2009 na Universidade Estadual Paulista (UNESP). Nesse trabalho, Teixeira-Filho e colaboradores (2013) observaram que 39,8% das adolescentes vítimas de violência sexual doméstica pensaram em suicídio após a violência e 16,5% delas tentaram cometê-lo pelo menos uma vez.

A adolescência é um período permeado por mudanças biológicas e comportamentais, as quais sofrem influência de uma extensa gama de variáveis. Behrman e Vaughan (1990 *apud* LOURENÇO e QUEIROZ, 2010) afirmam que as mudanças somáticas ocorridas na adolescência têm caráter universal, no sentido de que todos os indivíduos dessa faixa etária passarão necessariamente por esse processo. Contudo, Saito (2008 *apud* LOURENÇO e QUEIROZ, 2010) alerta sobre os elementos modificadores desse processo, ao afirmar que

O crescimento e o desenvolvimento são eventos geneticamente programados, da concepção ao amadurecimento completo, porém, fatores inerentes ao próprio indivíduo (constitucionais ou intrínsecos) e outros, representados por circunstâncias ambientais, podem induzir modificações nesse processo. Fatores climáticos, socioeconômicos, hormonais, psicossociais e, sobretudo, nutricionais são alguns dos interferentes do processo de crescimento e desenvolvimento (p. 70-71).

Esse contexto gera dúvidas, instabilidade e ressignificações, deixando esse grupo de indivíduos exposto a um grande número de situações de vulnerabilidade. Uma das formas de violência que traduzem essa maior fragilidade é a sexual. Dentre todos os casos de violência sexual praticados contra mulheres no Brasil no ano de 2014, 72,7% tiveram crianças ou adolescentes como vítimas, mostrando a necessidade de proteção especial a essa parcela da população (WAISELFISZ, 2015).

Diante dos dados expostos, evidencia-se a importância de se compreender o suicídio à luz dessas duas condições: a adolescência como pano de fundo que permite a existência de hiatos que expõem o indivíduo a situações de violência; e as repercussões psíquicas resultantes da ocorrência de uma situação de violência sexual.

No que concerne aos propósitos deste trabalho, evidencia-se como objetivo geral analisar o fenômeno do suicídio relacionado a situações de violência sexual contra adolescentes. Quanto aos objetivos específicos, elencam-se os seguintes: correlacionar o sofrimento decorrente da violência sexual e os comportamentos suicidas; analisar os fatores de risco que podem gerar comportamentos suicidas; e apresentar medidas que possam ser praticadas como forma de prevenção ao suicídio de adolescentes.

Neste estudo, optou-se por realizar uma pesquisa de abordagem qualitativa, pelo fato de que os dados não são mensuráveis e, também, porque tal

abordagem permite a utilização das informações coletadas em toda sua potencialidade, visto que ela compreende o conhecimento como dinâmico e relativo.

Ainda sobre a abordagem qualitativa, é importante salientar que se trata de um processo de análise da realidade que exige a utilização de métodos e técnicas para compreender o objeto de estudo (OLIVEIRA, 2007). Assim, a técnica de pesquisa escolhida para a realização desta investigação foi a pesquisa de cunho bibliográfico.

A pesquisa bibliográfica trata-se de uma coleta de dados que analisa materiais do domínio científico, tais como livros, artigos, enciclopédias, teses, entre outros, e tem como finalidade mediar o contato entre o pesquisador e o arcabouço científico existente sobre o seu tema de estudo. Cabe citar que esta técnica utiliza fontes secundárias de dados, ou seja, ela recorre a informações que já foram trabalhadas por outros pesquisadores.

Para tanto, este texto foi organizado em três capítulos. No primeiro capítulo, são abordados o fenômeno do suicídio e seus fatores de risco, bem como suas repercussões no período da adolescência. A questão da violência sexual, com o detalhamento sobre os seus subtipos e suas manifestações na saúde mental de adolescentes é discutida no segundo capítulo. O terceiro capítulo, por sua vez, trata das perspectivas de prevenção ao suicídio, o tratamento da depressão e a abordagem à vítima de violência sexual.

Portanto, este trabalho almeja lançar luz sobre uma questão fundamental em saúde pública, na tentativa de sistematizar as principais contribuições que a comunidade científica vem produzindo acerca dessa temática nos anos mais recentes.

## 1 O FENÔMENO DO SUICÍDIO

Presente ao longo da história da humanidade, o suicídio é definido por alguns autores como uma ação ou um comportamento, e por outros como um fenômeno ou um processo, o qual ocorre em todos os países do mundo, qualquer que seja sua forma de expressão cultural.

Inicialmente, cabe citar algumas definições de suicídio, as quais servirão como referência no decorrer deste estudo. A Organização Mundial da Saúde - OMS (2002 *apud* LOVISI *et al.*, 2009) define suicídio como “[...] um ato intencional de um indivíduo para extinguir sua própria vida [...]”. Por sua vez, a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP (2014), compreende o suicídio como “[...] um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal [...]”. Segundo Araújo e colaboradores (2010 *apud* BRAGA e DELL’AGLIO, 2013), o suicídio “[...] refere-se ao desejo consciente de morrer e à noção clara do que o ato executado pode gerar [...]”. Portanto, essas três definições seguem a mesma linha teórica que ressalta que o indivíduo compreendia que a ação empregada poderia levar à morte.

O suicídio faz parte dos óbitos classificados como “mortes por causas externas”, popularmente conhecidas como “mortes violentas”, que se diferenciam das mortes por causas naturais. As mortes por causas externas incluem ainda aquelas decorrentes de acidentes (quedas, afogamento, envenenamento, queimadura, etc.) e de homicídios (GONSAGA *et al.*, 2012).

Cerca de um milhão de pessoas cometem suicídio a cada ano, o que corresponde a 1,4% de todos os óbitos ao redor do mundo; além disso, há aproximadamente vinte tentativas para cada suicídio consumado (OMS, 2010 *apud* BRAGA e DELLA’GLIO, 2013). Esses dados não deixam dúvidas sobre a necessidade de implantação, manutenção e aperfeiçoamento de políticas públicas orientadas para a prevenção e posvenção ao suicídio. A OMS estima ainda que existam pelo menos quatro tentativas de suicídio não registradas para cada tentativa oficialmente registrada.

Ainda segundo a OMS (2015)<sup>1</sup>, o Brasil é o oitavo país com maior número absoluto de suicídios: cerca de 12 mil pessoas a cada ano. Apesar disso, esse valor representa um índice de 6,3 vítimas a cada 100 mil habitantes, o que é considerado baixo quando comparado à taxa mundial que é de 10,7 a cada 100 mil habitantes ou das Américas, com 9,5 a cada 100 mil habitantes. Em tempo, o índice de suicídios no estado do Maranhão no ano de 2015 foi de 6 vítimas a cada 100 mil habitantes, o que representa uma queda de 20% em relação ao ano de 1990 (BRASIL, 2017)<sup>2</sup>.

Note-se, contudo, que a OMS faz a ressalva de que muitos dos seus países-membros não fornecem dados de qualidade em relação ao suicídio, especialmente os países africanos e americanos, o que significa que os dados provenientes desses continentes podem estar subestimando o número de ocorrências. No Brasil, por exemplo, são vários os motivos que podem ser elencados para justificar essa subnotificação, dentre os quais se encontram desde situações involuntárias como o preenchimento incorreto de uma certidão de óbito até questões de elevada gravidade como a existência de cemitérios clandestinos (LOVISI *et al.*, 2009).

Dados oficiais do Ministério da Saúde – MS revelaram a ocorrência de 8550 casos de suicídios consumados no Brasil no ano de 2005, número provavelmente inferior à realidade, devido às circunstâncias acima mencionadas. Outro dado alarmante é a taxa de crescimento dos casos no país, que aumentou em 33,5% em apenas uma década, entre os anos de 1998 e 2008 (WASELFSZ, 2011 *apud* BRAGA e DELLA'GLIO, 2013).

Deve-se observar que, na maioria dos países do mundo, inclusive no Brasil, os homens cometem mais suicídio do que as mulheres, com médias globais de 15 e 8 casos a cada 100 mil habitantes respectivamente (OMS, 2018). Por outro lado, as mulheres apresentam taxas mais elevadas de tentativas de suicídio (ABASSE *et al.*, 2009; KINYANDA *et al.*, 2011; TORO *et al.*, 2009 *apud* BRAGA e DELLA'GLIO, 2013).

Quando os estudos epidemiológicos estratificam a população brasileira em faixas etárias, observa-se um maior número de suicídios em idosos, porém, a taxa de crescimento entre jovens (15 a 24 anos) aumentou em 1900% nas décadas

---

<sup>1</sup> Disponível em: <<https://www.prevencaosuicidio.blog.br/dados>>. Acesso em: 08 de julho de 2018.

<sup>2</sup> Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/66128d2a-5fde-4061-8f2e-a705861940d9>>. Acesso em 15 de julho de 2018.

de 80 e 90 (LOVISI *et al.*, 2009). O aumento das taxas de suicídio entre adultos não-idosos (20 a 59 anos) ocorre de forma semelhante em diversos países e representa, portanto, uma tendência mundial (LOVISI *et al.*, 2009). Dessa forma, a população jovem é vista como o grupo de maior risco atualmente, mas não se deve perder de vista que os idosos ainda mantêm taxas duas vezes maiores que o restante da população (MINAYO *et al.*, 2006 *apud* MINAYO e CAVALCANTE, 2010).

Entre os ambientes mais adotados para a prática de suicídio no Brasil, destacam-se o próprio domicílio do indivíduo, onde ocorrem cerca de metade dos casos, e o ambiente hospitalar (LOVISI *et al.*, 2009).

### **1.1 Os fatores de risco relacionados ao suicídio**

Deve-se dar destaque para uma característica do suicídio: o fato de que ele se constitui como um fenômeno essencialmente multideterminado. Destarte, a prática do suicídio é o resultado da interação de vários fatores, dentre os quais podem ser citados os seguintes: biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. A OMS (2002, p. 183) pontua que “[...] nem todos os que sobrevivem a um ato suicida pretendem viver, e nem todas as mortes suicidas são planejadas. Desta forma, estabelecer uma correlação entre a intenção e a realização pode ser difícil [...]”. Portanto, devemos compreender os fatores de risco que se relacionam a esse fenômeno para conseguir intervir sobre ele.

Ainda de acordo com a OMS, os principais fatores de risco para o suicídio são a vulnerabilidade associada aos transtornos mentais, o alcoolismo, o abuso sexual, a violência, a perda de uma pessoa próxima, as tentativas anteriores de suicídio e influência da cultura em que o sujeito está inserido (OMS, 2010 *apud* BRAGA e DELLA'GLIO, 2013). Lovisi e colaboradores (2009) acrescentam a ausência de apoio social, o histórico de suicídio na família, a experiência de eventos estressantes e a situação sociodemográfica como fatores de risco de grande relevância para o suicídio.

Os componentes biológicos envolvidos nos comportamentos suicidas ainda não estão satisfatoriamente elucidados, mas há indicativos de que baixas concentrações no líquido de ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA), o principal metabólito da serotonina (neurotransmissor envolvido na modulação do humor), estejam correlacionadas à fisiopatologia dessas manifestações clínicas,

especialmente as tentativas de suicídio com caráter violento (MANN *et al.*, 1989; NORDSTROM *et al.*, 1994 *apud* OLIVEIRA e NETO, 2003).

Além disso, a influência é sustentada por estudos que demonstram uma concordância estatisticamente significativa entre gêmeos monozigóticos quando comparados a genética gêmeos dizigóticos (ROY, 1991 *apud* OLIVEIRA e NETO, 2003). Há ainda evidências de que o gene transportador de serotonina (5-HTTL-PR) está envolvido na modulação dos efeitos de experiências negativas na vida de um indivíduo, o que significa que um polimorfismo disfuncional desse gene poderia representar um importante fator no desenvolvimento de quadros depressivos (GIBB *et al.*, 2006 *apud* Duarte *et al.*, 2012).

Dentre os fatores de risco psicológicos para o suicídio, podem ser destacados o sentimento de desesperança e os acontecimentos de vida negativos, que incluem experiência de violência física, abuso sexual e perda de pessoas próximas. Os efeitos negativos dessas vivências influenciam no desenvolvimento de ideação suicida, o que pode ocorrer tanto a curto quanto a longo prazo (BRÁS *et al.*, 2016).

Em relação aos fatores de risco sociais, Mann (2002 *apud* Abreu *et al.*, 2010) apontam a pobreza e o desemprego como elementos mais comuns. Meneghel e colaboradores (2004 *apud* BRAGA e DELLA'GLIO, 2013) corroboram esse entendimento e explicam que a vulnerabilidade gerada pela pobreza pode propiciar estresse e instabilidade familiar, o que aumenta o nível de ansiedade dos indivíduos, contribuindo para o desenvolvimento de ideação suicida. Outras características sociais que podem ser associadas ao suicídio são o baixo nível de educação e a condição de solteiro, divórcio ou viuvez (LOVISI, 2009).

No contexto do Brasil, a população indígena é a mais vulnerável ao suicídio. Em 2014, a taxa de suicídio entre os indivíduos autodeclarados índios no Brasil foi de 21,8 para cada 100 mil indígenas, uma incidência quatro vezes maior do que o restante da população nesse mesmo ano (BRASIL, 2017). A explicação para esse fenômeno pode estar relacionada com a desvalorização progressiva da cultura indígena e a supervalorização de um estilo de vida tecnológico, reduzindo as chances de inserção ocupacional dessas pessoas (MORGADO, 1991 *apud* MACHADO e SANTOS, 2015).

Outros dados que sustentam a importância da circunstância sociocultural como fator de risco para o suicídio são as taxas observadas no leste europeu, que

são as mais elevadas do mundo. Os países dessa região, que possuem uma formação sócio-histórica semelhante e que compartilham diversos elementos culturais, apresentam taxas análogas (BERTOLOTE e FLEISCHMANN, 2002).

Finalmente, acerca dos fatores ambientais, há uma controvérsia em relação ao cenário que apresenta maior vínculo com os comportamentos suicidas. Baptista (2004 *apud* BRAGA e DELLA'GLIO, 2013) afirma que indivíduos que residem em áreas rurais são mais vulneráveis ao suicídio porque o acesso aos serviços de saúde mental é escasso em comparação às áreas urbanas. Por sua vez, Toro e colaboradores (2009 *apud* BRAGA e DELLA'GLIO, 2013) asseveram que os habitantes de centros urbanos estão entre os grupos populacionais de maior risco.

Os fatores de risco supracitados, quando identificados, devem ser valorizados, evitando que eles sejam subestimados diante de fatores de risco estatisticamente mais incidentes. Não obstante a esse alerta, cabe salientar os dois principais fatores de risco relacionados ao suicídio, quais sejam, os transtornos mentais e as tentativas anteriores de suicídio (BRASIL, 2006). Em relação ao primeiro desses fatores, deve-se considerar um estudo realizado pela OMS (*apud* BRASIL, 2006), que identificou a presença de um ou mais transtornos mentais em 96,8% de todos os casos pesquisados. A maior prevalência foi de transtornos do humor (35,8%), seguido de transtornos relacionados ao uso de substâncias (22,4%), de transtornos de personalidade (11,6%) e de esquizofrenia (10,6%).

Destaca-se que o quadro clínico da depressão representa a maior parte dos pacientes suicidas com um transtorno do humor de base, pois apenas uma minoria dos casos de suicídio pesquisados foi associada a um quadro de mania (BERTOLOTE e FLEISCHMANN, 2002, p. 183-184). A ABP corrobora essa conclusão ao afirmar que pacientes suicidas com transtorno bipolar apresentam maior risco de suicídio nas fases depressivas ou nos episódios mistos (ABP, 2014).

Pacientes que apresentam associação entre dois ou mais transtornos mentais, como, por exemplo, depressão e dependência química simultaneamente, têm risco ao suicídio potencializado (BERTOLOTE e FLEISCHMANN, 2002 *apud* BOTEGA, 2014). A ocorrência de suicídio sem associação com algum tipo de transtorno mental é rara, mas eventualmente acontece (SHAFFER e PIACENTINI, 1994 *apud* KUCZYNSKI, 2014).

No que tange ao histórico de tentativas de suicídio, vários autores concordam que tentativas prévias aumentam a probabilidade de que o indivíduo

venha a consumar o suicídio, mesmo que as tentativas anteriores pareçam ter servido como uma forma de manipulação. Estima-se que o risco de suicídio consumado aumente em cem vezes após a primeira tentativa, o que torna essa ação o principal fator de risco associado a esse fenômeno (OWENS *et al.*, 2002 *apud* BOTEGA, 2014; BOTEGA *et al.*, 2004 *apud* VIDAL e GONTIJO, 2013).

Por outro lado, existem alguns fatores que são associados com um menor risco de ocorrência de suicídio, como a abstenção de álcool, a participação em cultos espirituais/religiosos e um padrão de comportamento flexível em relação ao desempenho de papéis sociais. Todos esses fatores são mais observados entre as mulheres, o que explica a menor prevalência de suicídio consumado no gênero feminino (MENEGHEL, 2004 *apud* BRAGA e DELLA'GLIO, 2013).

Urge esclarecer que o suicídio é uma dentre várias manifestações de comportamentos autolesivos, que incluem, além do suicídio consumado, a automutilação, a ideação suicida, os atos preparatórios para o suicídio e as tentativas de suicídio, entre outros (GANS *et al.*, 2010 e POSNER *et al.*, 2007 *apud* VIDAL e GONTIJO, 2013). Cabe esclarecer que a ideação suicida é a ideia ou a vontade de dar fim à própria vida e é considerada o “primeiro passo” para a efetivação do suicídio (WERLANG *et al.*, 2005 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013). A tentativa de suicídio, por sua vez, é a prática de uma ação que o indivíduo crê que pode levá-lo à morte, mas sem o alcance do objetivo fatal (FRIEDRICH, 1989 *apud* KUCZYNSKI, 2014).

A maioria dos casos de suicídio é precedida por uma dessas formas de autoagressão, portanto, é muito comum a ocorrência de uma sequência de eventos que se iniciam de modo menos grave até atingir a consumação do suicídio. Esse intervalo, quando presente, se constitui em uma oportunidade para se intervir sobre o processo/fenômeno no intuito de evitar seu pior desfecho (VIDAL e GONTIJO, 2013).

Krüger e Werlang (2010 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013, p. 04) afirmam que “[...] a trajetória estabelecida entre a ideação suicida, tentativas e concretização da morte pode oferecer um tempo propício para a intervenção [...]”. Em contrapartida, há estudos que afirmam que o suicídio ocorre pouco tempo após a decisão do indivíduo em cometê-lo, demonstrando a impulsividade como característica bastante frequente entre essas pessoas (PRIETO e TAVARES, 2005 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013).

Faz-se essencial analisar os meios mais utilizados de suicídio, pois o acesso a eles funciona como um catalisador para as tentativas de suicídio, portanto, eles devem ser identificados e restritos a pessoas que já apresentaram ideações suicidas. Dentre os meios de suicídio mais comumente utilizados pela população brasileira em geral, destaca-se o enforcamento, que é cinco vezes mais comum que a intoxicação exógena e sete vezes mais comum do que o uso de armas de fogo (BRASIL, 2017).

Quando se trata de tentativas de suicídio, e não do suicídio consumado, o envenenamento abrange mais da metade dos casos oficialmente registrados no SINAN do Sistema Único de Saúde – SUS. Canuto e Sakinofsky (1998 *apud* LOVISI *et al.*, 2009) afirmam que a escolha do método suicida é influenciada pelo gênero do indivíduo que o comete, pois existem alguns meios socialmente aceitos para homens, como o uso de armas de fogo, e outros socialmente aceitos para mulheres, como a intoxicação exógena por meio de medicamentos.

Essa preferência é um elemento que contribui para explicar o maior número de suicídio dos homens em comparação ao maior número de tentativas de suicídio das mulheres, visto que os homens tendem a usar métodos mais letais. Outra questão que auxilia no entendimento desses dados é que as mulheres apresentam maior disposição a buscar ajuda profissional quando sofrem algum agravo relacionado à sua saúde mental (STACK, 2000 *apud* LOVISI *et al.*, 2009; MENEGHEL *et al.*, 2004 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013). Portanto, deve-se ponderar a influência do machismo como um dos fatores que moldam as características da epidemiologia do suicídio no Brasil.

O acesso indevido a medicações e objetos perfurocortantes também aumenta o risco de um indivíduo cometer suicídio. Isso ajuda a explicar porque os hospitais seguem como um dos ambientes preferenciais para os pacientes suicidas. Além disso, há outros fatores que elevam o número de ocorrências nessas instituições, como ausência de redes de proteção, falta de atenção da equipe e banheiros com trancas na parte interior (BOTEGA, 2014).

## 1.2 A depressão como entidade patológica mais prevalente

Conforme exposto anteriormente, os transtornos do humor representam o principal grupo nosológico associado ao suicídio, em especial a depressão, que é a entidade patológica que mais causa mortes por suicídio no mundo (OMS, 2000).

A depressão é uma doença de curso crônico e com grande potencial de recorrência. Os pacientes com essa condição apresentam prejuízo em seu bem-estar e limitação em suas atividades cotidianas, acarretando, muitas vezes, a incapacitação funcional e comprometimento da saúde física (FLECK *et al.*, 2009). Além disso, ela ocasiona um grande número de internações hospitalares, gerando custos elevados para a saúde pública.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM pontua que a depressão pode se apresentar sob várias formas ou subtipos, quais sejam: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo induzido por outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. As características gerais dessa gama de subtipos são o humor triste, as alterações somáticas e cognitivas e a influência negativa desses sintomas sobre a dinâmica de vida do indivíduo (DSM-V, 2014).

Dentre os subtipos de depressão supracitados, o mais comum – e que será utilizado como referência neste estudo – é o transtorno depressivo maior. O DSM-V (2014, p. 160-161) estabelece os seguintes critérios para o diagnóstico dessa doença:

- A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.
1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.
  2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
  3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.
  4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.

5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
  6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
  7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriação ou culpa por estar doente).
  8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
  9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
- D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
- E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Em suma, esse transtorno é representado por um quadro de alterações no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas que duram pelo menos duas semanas, sendo alternado com períodos de remissão desses sintomas (DSM-V, 2014).

A partir dessas características, pode-se compreender o motivo pelo qual a depressão potencializa os comportamentos suicidas e também a importância em a realçar como um dos principais fatores de risco para o suicídio.

Apesar disso, a depressão é uma doença subdiagnosticada e subtratada, especialmente quando se trata da assistência médica na atenção básica, onde cerca de 30 a 60% dos casos deixam de ser identificados (ROST *et al.*, 1998 *apud* FLECK *et al.*, 2009). Os motivos que estão na origem desse problema se relacionam tanto com os pacientes, que expressam preconceito em relação ao diagnóstico e apresentam ceticismo em relação ao tratamento; quanto com os médicos, que, muitas vezes, não estão preparados para lidar com essa realidade, ou são indulgentes diante dos sintomas da depressão (DAVIDSON e MELTZER-BRODY, 1999 *apud* FLECK *et al.*, 2009). Além disso, o diagnóstico correto da depressão, quando realizado por um médico não-psiquiatra, não está acompanhado do manejo adequado do paciente (SIMON *et al.*, 2004 *apud* FLECK *et al.*, 2009).

Diante dessa realidade, foram desenvolvidos e aperfeiçoados sistemas classificatórios de fácil aplicação com o objetivo de melhorar a intervenção médica

no que tange ao diagnóstico da depressão. Um desses sistemas é a Escala de Goldberg, que abrange quatro perguntas iniciais e outras cinco subsequentes que funcionam como método de rastreamento da depressão (Tabela 1). Esse método tem sensibilidade de 85% e especificidade de 90% quando os pacientes respondem afirmativamente para três ou mais perguntas.

Tabela 1 - Perguntas para rastreamento de depressão

---

### **Escala de Goldberg para detecção de depressão**

---

1. Você vem tendo pouca energia?
2. Você vem tendo perde de interesses?
3. Você vem tendo perda de confiança em si mesmo?
4. Você tem se sentido sem esperança?

Caso alguma das respostas acima seja afirmativa, prosseguir com as questões subsequentes.

5. Você vem tendo dificuldade para se concentrar?
  6. Você vem tendo perda de peso (devido a inapetência)?
  7. Você tem acordado cedo?
  8. Você vem se sentindo mais devagar?
  9. Você tende a se sentir pior pela manhã?
- 

Fonte: GOLDBERG *et al.*, 1988 *apud* FLECK *et al.*, 2009.

Outro modelo simples que pode ser empregado em qualquer ambiente de saúde frente a uma suspeita de um quadro de depressão foi desenvolvido pela OMS segundo os critérios estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças – CID. Esse sistema investiga um conjunto de sintomas semelhantes àqueles elencados pelo DSM-V, mas os divide em sintomas fundamentais e acessórios. Os sintomas fundamentais incluem o humor deprimido, a falta de interesse e a fadigabilidade; enquanto os sintomas acessórios são a diminuição da concentração e da atenção, a redução da autoestima e da autoconfiança, a presença de ideias de culpa ou de inutilidade, visões pessimistas do futuro, sono perturbado e apetite prejudicado. São necessários pelo menos dois sintomas fundamentais e dois acessórios para diagnosticar um episódio de depressão leve, enquanto os casos

mais graves são aqueles que reúnem os três sintomas fundamentais e pelo menos cinco dos seis sintomas acessórios (OMS, 1993 *apud* FLECK *et al.*, 2009).

Diante do cenário exposto acima, é imprescindível considerar a depressão como um sinal de alerta para os comportamentos suicidas, sem menosprezar outros quadros patológicos. Salienta-se que o suicídio é um fenômeno plurifacetado, portanto, sua gênese não pode ser reduzida a determinado fator de risco, por mais alta que seja a sua prevalência.

### **1.3 Suicídio na adolescência**

Para falar sobre um fenômeno a partir de determinada amostra, como aqui proposto, deve-se analisá-lo sob a luz das especificidades desse grupo. Portanto, a primeira tarefa a ser empregada é tentar compreender as características da adolescência e o que significa o suicídio para os adolescentes.

A adolescência é definida por Eisenstein (2005, p. 07) como

[...] o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA estabelece cronologicamente a adolescência entre os 12 e 18 anos de idade, diferentemente da Organização das Nações Unidas – ONU, que situa essa fase do desenvolvimento entre os 10 e os 19 anos. O Ministério da Saúde brasileiro, por sua vez, adota a faixa entre 10 e 24 anos para orientar as políticas de saúde para adolescentes e adultos jovens. Portanto, deve-se considerar a existência de diferenças de corte temporal entre os estudos sobre a adolescência de acordo com os objetivos da pesquisa e o local onde ela foi realizada, evitando-se generalizações equivocadas.

Friedman (1994 *apud* RUZANY, 2008) pontua que durante a adolescência os indivíduos passam por diversas mudanças de ordem emocional, tais como o desenvolvimento de autoestima e de autocrítica, que os permitem questionar os valores dos adultos de modo geral. É um período de ambivalência, pois, por um lado o adolescente ainda não assume as responsabilidades da vida adulta, por outro não pode mais se comportar de forma infantilizada (DiCLEMENTE, 1996 *apud* RUZANY, 2008). Esse paradoxo está na origem do padrão de comportamento oscilante e da

instabilidade emocional dos adolescentes, o que os expõem a uma grande quantidade de riscos, tornando-os mais vulneráveis às diversas formas de violência, inclusive àquelas praticadas contra si próprio. Werlang e colaboradores (2005 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013) afirmam que as dificuldades intrínsecas ao período da adolescência podem resultar em pensamentos de morte.

Essas idiosincrasias exigem olhar e intervenção verdadeiramente diferenciados, como defendem Rohde e colaboradores (2000, p. 02) ao afirmar que “[...] a avaliação psiquiátrica de crianças e adolescentes apresenta características peculiares que a diferenciam claramente da avaliação de adultos [...]”.

No que diz respeito à percepção sobre a morte e sobre o processo de morrer, um estudo realizado na Argentina demonstrou que os adolescentes têm a capacidade de realizar especulações metafísicas sobre a morte e teorizam sobre a vida após a morte. Além disso, à medida que caminham para o fim da adolescência, os indivíduos vão agregando outros valores, como o desejo de viver a vida intensamente, o ceticismo em relação à imortalidade, e a sensibilização diante do suicídio de outrem (GESELL *et al.*, 1971 *apud* KUCZYNSKI, 2014). Funcionalmente, o suicídio parece se apresentar como uma forma de escape das angústias relacionadas ao propósito da vida, “[...] uma estratégia dos jovens para lidar com problemas existenciais [...]” (BORGES *et al.*, 2008 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013, p.06).

O suicídio é a terceira causa mais frequente de óbito entre os adolescentes ao redor do mundo, atrás somente dos acidentes de trânsito e homicídios (KIM e LEVENTHAL, 2008 *apud* KUCZYNSKI, 2014). No Brasil, o meio mais utilizado em casos de suicídio consumado é o enforcamento; porém, quando o foco recai apenas sobre os adolescentes, a forma mais comum de suicídio no país é o envenenamento mediante a ingestão excessiva de medicamentos (ABASSE *et al.*, 2009; BAPTISTA, 2004; DUTRA, 2002 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013).

Tomando como referência a estratificação por faixas etárias, a variação da incidência do suicídio apresenta uma curva ascendente em praticamente todos os grupos culturais já estudados, sendo menos frequente na infância e início da adolescência, aumentando após os quinze anos de idade e início da terceira década e atingindo a sua taxa mais elevada entre os idosos (SHAFFER e FISCHER, 1981 *apud* KUCZYNSKI, 2014). Cabe esclarecer que, apesar de incomum, crianças também cometem suicídio. Uma pesquisa realizada no Brasil entre 2000 e 2008

apontou 43 casos entre crianças (até nove anos de idade) durante esse ínterim, o que representou 0,1% de todas as mortes de crianças dentro dessa faixa etária nesse período (SOUZA, 2010 *apud* KUCZYNSKI, 2014).

Sem deixar de lado os fatores de risco gerais para que um indivíduo cometa suicídio, os quais foram elencados anteriormente, cabe destacar os fatores de risco que mais influenciam os adolescentes, quais sejam:

[...] 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<sup>3</sup>, 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 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013).

Dessa forma, pode-se perceber que muitos fatores de risco associados ao suicídio em adultos também são identificados quando se trata de adolescentes. Porém, observa-se igualmente que alguns fatores pouco prevalentes em adultos são importantes quando se trata de adolescência, como o *bullying*, a homossexualidade e a dificuldade de aprendizagem.

Definido como o “[...] uso de força ou coerção para afetar negativamente aos demais, envolvendo um desequilíbrio do poder social, físico e/ou emocional, e atos danosos voluntários e repetitivos [...]” (NASP, 2012 *apud* KUCZYNSKI, 2014, p. 247), o *bullying* baseia-se na exposição de características que diferenciem a vítima dos demais membros de um grupo, como a cor de pele, o peso, a orientação sexual, a aparência física, etc. Apesar do fato de não se restringir aos adolescentes, o *bullying* é muito mais prevalente entre eles do que entre pessoas adultas e pode ser expressado mediante várias formas: verbal, física, social e eletrônica – o *cyberbullying* (NASP, 2012 *apud* KUCZYNSKI, 2014). Kim e Leventhal (2008 *apud* KUCZYNSKI, 2014) apontam o *bullying* como uma das principais causas de suicídio entre crianças e adolescentes.

---

<sup>3</sup> *Locus* de controle refere-se à orientação da fonte de controle dos comportamentos de um indivíduo. Quanto mais interno, mais o indivíduo percebe suas próprias ações como definidoras dos eventos que ocorrem em sua vida; por outro lado, quanto mais o *locus* de controle é externo, mais a pessoa compreende o ambiente externo (pessoas e entidades) como determinantes da circunstância na qual ela se encontra (COLETA, 1979).

A homossexualidade é outro fator de risco que agrava a susceptibilidade do adolescente ao suicídio. Várias pesquisas (D'AUGELLI *et al.*, 2002; GAROFALO *et al.*, 1998; REMAFEDI *et al.*, 1998 *apud* TEIXEIRA-FILHO e RONDINI, 2012) evidenciaram que adolescentes homossexuais cometem mais tentativas de suicídio proporcionalmente do que os heterossexuais e têm entre duas a três vezes mais chances de consumir o suicídio. Note-se que não é a condição de homossexualidade em si que gera o risco, mas os efeitos advindos da homofobia praticada contra o adolescente homossexual, como a negação de sua própria orientação sexual, a baixa autoestima, o isolamento social, entre outros (BLUMENFELD, 1992; ISAY, 1998; HARDIN, 2000 *apud* TEIXEIRA-FILHO e RONDINI, 2012).

Uma condição de extrema relevância ao se tratar de suicídio na adolescência é o uso de substâncias psicoativas e sua vinculação aos pensamentos autodestrutivos e aos comportamentos autolesivos. Note-se que tanto as substâncias lícitas quanto as ilícitas aumentam a probabilidade de que o adolescente usuário venha a cometer suicídio quando o uso se caracteriza como abusivo, ou seja, quando há prejuízo físico, mental ou social para a pessoa que consome a droga (ESPOSITO-SMYTHERS e SPIRITO, 2004 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013).

No contexto do suicídio cometido por adolescentes, um elemento de grande relevância é o histórico de submissão a uma situação de violência sexual. Vários estudos revelam a associação entre esse tipo de violência e o suicídio nessa faixa populacional. Dentre tais estudos, há a pesquisa realizada por Buffraerts e colaboradores (2010 *apud* SOUSA *et al.*, 2017), que observaram que adolescentes com histórico de abuso sexual tinham seis vezes mais chances de cometer suicídio. Os tipos de violência sexual e os seus efeitos serão pormenorizados no capítulo seguinte deste trabalho.

A dinâmica familiar também tem grande influência sobre a origem de comportamentos suicidas. A exposição à violência doméstica (como vítima ou como observador) pode causar danos psicológicos e contribuir para o desenvolvimento de ideações suicidas (SÁ *et al.*, 2009 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013). Um elemento controverso é a configuração familiar, pois, embora existam vários estudos que enfatizem que o afeto nas relações familiares seja mais importante do que o arranjo dos membros, existem pesquisas que concluem que a família nuclear

representa um fator de proteção contra o suicídio (ARNAUTOVSKA e GRAD, 2010; FICHER e VANSAN, 2008; WERLANG *et al.*, 2005 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013). Em trabalho realizado na Grécia, Kokkevi e colaboradores (2010 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013) concluíram que adolescentes que moravam com apenas um dos pais (devido a divórcio ou falecimento) estavam mais suscetíveis ao risco de suicídio em comparação àqueles que moravam com ambos os pais.

Não obstante as especificidades de alguns fatores de risco quando se trata de adolescência, os transtornos mentais e as tentativas anteriores de suicídio são também, nessa estratificação, os fatores mais associados ao suicídio consumado (BELLA *et al.*, 2010 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013). Segundo Shaffer e Fischer (1981 *apud* KUCZYNSKI, 2014), um terço dos adolescentes que cometem suicídio possuem histórico de tentativas pregressas.

Deve-se ponderar que o fato de o suicídio ser resultado de diversos fatores impede o estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre a sua ocorrência e a existência de determinado fator de risco (DUTRA, 2002 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013). Portanto, muitas vezes não é possível identificar com exatidão o motivo que levou um indivíduo a cometer suicídio.

Diversos autores destacam a manifestação de tristeza e solidão entre os sentimentos mais expressados por adolescentes com comportamentos suicidas. Esses sintomas depressivos são comuns na adolescência devido à instabilidade emocional que essa fase do desenvolvimento propicia, conforme exposto anteriormente, e podem ser acompanhados de desesperança, falta de motivação, diminuição de apetite, distúrbios de sono, entre outros. Portanto, o período da adolescência associado à depressão é um dos cenários que mais expõem os indivíduos ao risco de suicídio (ARAÚJO *et al.*, 2010 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013).

Sendo assim, deve-se dar atenção para a depressão como uma das principais entidades patológicas envolvidas no suicídio cometido durante a adolescência, tendo em vista a grande prevalência da depressão entre os pacientes jovens e esse vínculo incontestável que ela estabelece com a ideação suicida, tanto na vida adulta quanto na infância e na adolescência (BAPTISTA, 2004 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013).

Reitera-se que a maioria dos indivíduos que cometeram suicídio apresentavam um transtorno mental associado e cerca de um terço destes eram

portadores de um transtorno de humor. No que concerne aos adolescentes, entre 33% e 66% dos suicídios são praticados por indivíduos clinicamente deprimidos (BAHLS e BAHLS, 2002 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013).

## 2 A VIOLÊNCIA SEXUAL E SUAS MANIFESTAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES

Universalmente aceita como uma violação aos Direitos Humanos, a violência se manifesta sob uma grande variedade de formas e sofre influência moral e legal do contexto no qual ela ocorre (SCHRAIBER *et al.*, 2006). A OMS (2002, p. 05) define violência como

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Apesar do fato de que a OMS traz o poder como uma alternativa à força física na conceituação de violência, pode-se aquiescer esse fator como elemento constitutivo de qualquer forma de violência, pois o emprego de força física também é uma das manifestações do poder exercido sobre os corpos.

A violência está presente em todos os tipos de cultura e é produzida por relações sociais desiguais, efetivando-se contra alguém que esteja em desvantagem, seja ela física, emocional ou social (LEAL, 1999).

As condições socioeconômicas, especialmente no que tange à uma situação de pobreza, representam um catalisador da exposição dos indivíduos a diversas formas de violência. Contudo, a interferência de condições materiais precárias para o surgimento de violência física ou sexual é complexa, sendo mediada por fatores como o alcoolismo, o machismo, entre outros (CECRIA, 1997).

### 2.1 Tipos e Subtipos de Violência Sexual

Existem diferentes maneiras de classificar os tipos de violência e vários critérios podem ser utilizados para empreender esse exercício. Dentre eles, destacam-se o agente causador (violência intrafamiliar ou extrafamiliar), o ambiente em que ela ocorre (violência doméstica, violência institucional, etc.) e a natureza do ato violento em si (violência física, sexual ou psicológica). Doravante, será tratada, neste trabalho, especificamente a violência sexual e seus subtipos.

Recorrendo novamente à OMS (2002, p. 147), encontramos a seguinte definição de violência sexual:

[...] qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles.

Conforme já descrito, a violência assume condições específicas do contexto em que ela se desenvolve. Nesse sentido, um fator de grande relevância para a compreensão da origem da violência sexual é o desequilíbrio nas relações de gênero. Mahoney (*apud* CECRIA, 1997) afirma que o papel sexual masculino está culturalmente relacionado a poder, força, virilidade e superioridade; enquanto o papel sexual feminino está atrelado a submissão, passividade, fraqueza e inferioridade. Esses elementos construíram um estereótipo de supremacia masculina (inclusive sexual) que implica na manutenção de um ideal de dominação dos homens sobre as mulheres que resulta na concepção de que é um direito do homem obter satisfação sexual a partir do corpo feminino, como um objeto de fácil acesso. A autora prossegue (MAHONEY *apud* CECRIA, 1997, p. 04):

Uma vez que o uso das mulheres como objeto pelos homens esteja legitimado ou enraizado na cultura, o terreno está preparado para todas as formas de tráfico, prostituição, sexo, turismo e abuso sexual de crianças e adolescentes do sexo feminino e de mulheres.

A violência sexual se divide em dois tipos, exploração sexual e abuso sexual, os quais serão diferenciados a seguir com ênfase nas características mais observadas quando as vítimas são adolescentes<sup>4</sup>.

De antemão deve-se esclarecer que a exploração sexual pressupõe uma relação mercantil, direta ou indireta, entre o agressor e a vítima. Esse tipo de violência sexual se subdivide em exploração sexual de crianças e adolescentes, pornografia, exploração sexual no contexto do turismo e tráfico sexual (MELLO e FRANCISCHINI, 2010). Todas essas formas podem ser efetivadas contra adolescentes, mas a categoria “exploração sexual contra crianças e adolescentes” (outroza denominada prostituição infantil) existe para dar ênfase à essa realidade tão comum aos jovens brasileiros.

A exploração sexual de crianças e adolescentes se configura diante da presença de uma relação comercial em que o corpo objetificado das vítimas

---

<sup>4</sup> Cabe esclarecer que, apesar do foco desta pesquisa ser orientado para a adolescência, a maior parte das produções científicas sobre violência sexual contra jovens aborda infância e adolescência simultaneamente.

funciona como mercadoria. Por esse motivo, deve-se atentar para a existência de uma relação de poder em que a criança/adolescente se encontra em posição de vulnerabilidade, tanto física quanto emocional (LEAL, 2003). Geralmente o pagamento pela atividade sexual é realizado com dinheiro, mas itens de alimentação ou de vestuário e até mesmo moradia podem ser usados para esse fim, o que demonstra a perversidade com que se estabelece essa relação (CASTANHA, 2008). Note-se que crianças e adolescentes não podem ser considerados agentes ativos da prostituição que sofrem, tanto pelo desenvolvimento psicossocial incompleto, quanto pelo conjunto de situações que os colocaram nesse lugar, dessa forma, essas pessoas são consideradas “prostituídas” e não prostitutas (OIT, 2002).

A pornografia infantil é a exposição audiovisual de crianças em um contexto sexual, sendo prescindível a existência do fator comercial para caracterizar essa forma de violência, embora ele normalmente esteja presente. Nesses casos, a pornografia é o centro de uma rede de exploração sexual que inclui os produtores (das mídias audiovisuais), os aliciadores das crianças, os difusores dos materiais e os consumidores do produto, pedófilos em sua grande maioria (FIGUEIREDO e BOCHI, 2006).

A exploração sexual no contexto do turismo é uma ramificação da exploração sexual em que a prostituição faz parte de um conjunto de atividades oferecidas a turistas, nacionais ou internacionais, como forma de entretenimento. Essa forma de violência sexual pode ser praticada por turistas autônomos, mas é mais comum que seja oferecido como parte de um pacote turístico (CASTANHA, 2008).

Finalmente, o tráfico sexual é o “[...] recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento, ou o acolhimento [...]” de pessoas mediante uso de força e/ou coação para que elas sirvam como objeto sexual de outrem (BRASIL, 2004, p. 01). Esse modo de violência sexual correlaciona-se frequentemente com a exploração sexual no contexto do turismo.

Por sua vez, o abuso sexual, que se configura como outra forma de violência sexual, pode ser descrito como uma violação sexual praticada por um adulto (ou mesmo por um adolescente) contra uma criança ou adolescente com o intuito de obter satisfação, valendo-se de poder ou autoridade. Essa experiência está além da capacidade da vítima em consentir ou compreender a ação efetivada (LAVAREDA e MAGALHÃES, 2015). Como pode ser observado, o abuso sexual não

se sustenta em uma relação mercantil, mas em uma forma de coerção, o que o diferencia da exploração sexual.

Sanderson (2005, p. 17) traz outros elementos ao compreender o abuso sexual contra crianças e adolescentes como o envolvimento destes em “[...] atividades sexuais com um adulto ou com qualquer pessoa um pouco mais velha ou maior, em que haja uma diferença de idade, de tamanho ou de poder [...]”. Portanto, a criança ou adolescente é usado como objeto sexual para a gratificação das necessidades ou dos desejos do agressor e são incapazes de consentir essa prática devido ao desequilíbrio no poder em desvantagem da vítima ou em razão de qualquer incapacidade física ou mental.

O abuso sexual é subdividido em abuso sexual com contato físico e em abuso sexual sem contato físico. O primeiro, como a própria denominação indica, é o ato sexual em que há o contato direto entre o corpo do agressor e o corpo da vítima, tais como carícias em regiões erógenas, a masturbação, o sexo oral, e a penetração vaginal ou anal. Por seu turno, o abuso sexual sem contato físico pode se expressar mediante propostas de relação sexual, conversas sobre atividades sexuais, a exibição de órgãos sexuais ou masturbação diante da vítima e a observação desta em situação constrangedora (por exemplo, durante o banho) (CONANDA, 2018)<sup>5</sup>.

Destaca-se que a maioria dos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes é intrafamiliar, ou seja, ocorre dentro do seio familiar e é perpetrado por alguém que possui vínculo com a vítima, seja consanguíneo ou afetivo, como o genitor, padrasto, tio ou outra figura que detenha algum poder sobre eles e para quem a criança/adolescente orienta sua confiança (SANDERSON, 2005).

A violência sexual contra crianças e adolescentes é frequentemente silenciada, o que está diretamente relacionado ao fato de que a maioria dos agressores sexuais são membros da família, onde eventualmente se desenvolve a síndrome do segredo, na qual os familiares, e até vizinhos, se furtam em denunciar a situação de violência, mesmo após a sua descoberta, com o objetivo de evitar alterações na dinâmica familiar (FURNISS, 1993).

---

<sup>5</sup> Disponível em: <<http://www.direitosedacrianca.gov.br/midiатеca/publicacoes/abuso-sexual>>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.

## 2.2 Manifestações Clínicas da Violência Sexual

Dada a variedade de elementos relacionados ao impacto da violência sexual sobre os adolescentes, encontramos na literatura uma gama de sinais e sintomas, os quais serão abordados doravante. Sanderson (2005), reuniu os efeitos decorrentes do abuso sexual contra crianças e adolescentes em seis grupos: emocionais, interpessoais, comportamentais, cognitivos, físicos e sexuais. A seguir, serão elencados os principais efeitos a partir dessa sistematização.

Os efeitos emocionais incluem sentimentos de vergonha, culpa, medo, ansiedade, confusão, raiva, hostilidade, impotência e falta de confiança e de valor em si mesmo. Os efeitos interpessoais abrangem elementos como o medo da intimidade, comportamentos de evitar proximidade com os outros, erotização da proximidade, necessidade de esconder-se, solidão e isolamento, redução das habilidades de comunicação e hostilidade e agressividade direcionadas aos outros (SANDERSON, 2005, p. 204-207).

Quanto aos efeitos comportamentais, essa autora destaca a presença de temas sexuais em atividades como brincadeiras, desenhos, histórias e jogos; comportamentos regressivos, como enurese noturna, sucção do polegar e dependência dos pais; distúrbios de conduta, como pôr fogo em objetos e ataques histéricos; mudanças nos padrões de sono e alimentação; comportamentos perigosos, como fugir, lutar e expor-se a situações de perigo; comportamentos autodestrutivos, como autolesões e tentativas de suicídio; comportamento de promiscuidade; e a presença de presentes e/ou dinheiro sem explicação ou motivo. No que concerne aos efeitos cognitivos, podem ser encontrados baixa concentração e atenção, dissociação, transtornos de memórias, negação, refúgio na fantasia, baixo ou altíssimo rendimento escolar, hipervigilância e distorções cognitivas (SANDERSON, 2005, p. 209-224).

Em relação aos efeitos físicos, pode ser identificada a presença de hematomas, sangramento, traumas físicos em regiões genitais ou em outras regiões do corpo, lesões relacionadas ao manuseio de objetos estranhos nos orifícios genital, retal e uretral, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez, dores e doenças psicossomáticas, distúrbios do sono (pesadelos, sonambulismo) e desconforto em relação ao corpo (SANDERSON, 2005, p. 224-225).

Por fim, os efeitos sexuais mais comumente observados em vítimas de violência sexual são comportamentos sexuais inadequados e persistentes com adultos, crianças ou brinquedos; temas sexuais em trabalhos artísticos, histórias ou jogos; compreensão sofisticada do comportamento sexual; masturbação compulsiva; exibicionismo; medo do sexo; promiscuidade; problemas menstruais e gravidez na adolescência (SANDERSON, 2005, p. 226-227).

A autora supracitada afirma ainda que o impacto prejudicial do abuso sexual em crianças e adolescentes é modulado por fatores como a idade de ocorrência do fato, a duração e a frequência do abuso, os tipos de atos praticados pelo abusador, o emprego de força física ou outro meio de violência, o relacionamento da criança/adolescente com o abusador, a idade e sexo do abusador e a forma da revelação do abuso.

Existem ainda fatores intrínsecos ao indivíduo que interferem na forma como ele é afetado pela experiência abusiva, como vulnerabilidade, resiliência e nível de desenvolvimento neuropsicológico; e elementos extrínsecos de proteção, como rede social de apoio, ambiente familiar saudável e recursos emocionais dos cuidadores (HABIGZANG e KOLLER, 2006 *apud* GAVA *et al.*, 2013; FURNISS, 1993 *apud* GAVA *et al.*, 2013).

Portanto, tais alterações podem apresentar grande variação entre as vítimas, o que impede a inferência da existência de uma situação de violência sexual baseando-se meramente na presença de um ou mais sintomas. Além disso, determinadas manifestações clínicas podem estar relacionados a outras experiências vividas pela pessoa, o que exige que tais elementos sejam correlacionados à experiência abusiva (SANDERSON, 2005). Assim, o grande desafio que se apresenta é demonstrar o elo entre a violência e os sintomas especificamente provocados por essa circunstância.

Nesse sentido, deve-se considerar a terceira edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE no ano de 2015, cujo objetivo era dar continuidade ao acompanhamento da saúde dos adolescentes e obter informações sobre as mudanças sofridas por essa parcela da população.

A PeNSE revelou que 3,96% dos adolescentes do último ano do Ensino Fundamental afirmaram que já foram submetidos a uma relação sexual forçada. O percentual foi de 4,32% entre as meninas entrevistadas e de 3,57% entre os

meninos (IBGE, 2016). No entanto, como visto anteriormente, o abuso sexual com contato físico não é a única forma de violência sexual. Além disso, muitas vítimas de violência sexual não revelam esse fato, mesmo tendo seu sigilo preservado. Logo, o valor aproximado de 4% é, possivelmente, bastante inferior ao número real de adolescentes que participaram da pesquisa e que já foram vítimas de alguma forma de violência sexual.

A partir dessa pesquisa, Fontes e colaboradores (2017) analisaram as características das vítimas de violência sexual e os impactos do abuso na saúde mental dos adolescentes. Os referidos autores utilizaram três dimensões avaliadas na PeNSE para analisar as manifestações clínicas apresentadas pelos jovens vitimizados. Foram elas: a solidão, o número de amigos, e a insônia (FONTES *et al.*, 2017). Em nível de esclarecimento quanto ao número de amigos, a pesquisa questionava se o adolescente tinha menos que três amigos, o que foi aventado como um fator de risco à saúde mental (IBGE, 2016).

Cabe destacar que esses três fatores estão incluídos no elenco de possíveis efeitos do abuso sexual proposto anteriormente, pois a solidão e o número reduzido de amigos fazem parte dos possíveis efeitos interpessoais provocados pela violência sexual, enquanto os distúrbios de sono são citados tanto como um efeito físico, quanto como um efeito comportamental decorrente dessa situação.

Fontes e colaboradores (2017) identificaram uma diferença significativa nas dimensões avaliadas (solidão, número de amigos e insônia) quando se comparam os adolescentes que foram vítimas de abuso sexual e aqueles que não foram. Dentre aqueles que não foram abusados, 16% apresentaram solidão; 22,7% possuíam menos de três amigos; e 10,9% relataram problemas de insônia. Por outro lado, entre os adolescentes que declararam ter sofrido abuso, 35,6% admitiram o sentimento de solidão; 33,7% afirmaram ter menos que três amigos; e 26,4% indicaram ser acometidos por preocupações frequentes que prejudicavam o sono. Após a análise estatística desses dados, os autores concluíram que o abuso sexual aumenta em 13,3% a probabilidade de que a vítima sinta solidão; eleva em 7,5% a chance de que o indivíduo tenha um círculo de amizade restrito a duas pessoas ou menos; e adiciona em 9,5% a possibilidade de que o adolescente apresente insônia persistente (FONTES *et al.*, 2017).

Deve-se realçar a grande contribuição dessa pesquisa em demonstrar um nexos causal entre o abuso sexual e algumas das manifestações clínicas dele

decorrentes, confirmando, segundo as palavras dos próprios autores “[...] quão nefastos são os efeitos da violência sexual sobre a saúde mental das vítimas [...]” (FONTES *et al.* 2017, p. 2925).

Exposta a influência que a violência sexual exerce sobre o desenvolvimento de sintomas, é factível conjecturar sobre a interferência desse tipo de agressão na origem de quadros psicopatológicos e nas tentativas de suicídio. Muitos autores já se depararam com esse questionamento, como pode ser visto nas perguntas apresentadas por Correa e Rocha (2011, p. 01):

[...] como esses abusos na infância poderiam predispor ao comportamento suicida, que, como sabemos, é, ao menos em parte, geneticamente determinado? Ou seja, como integrar determinantes ambientais, psicológicos e biológicos na compreensão desse complexo comportamento?

Objetivando responder a essas questões, deve-se lançar luz sobre a fisiopatologia dos transtornos do humor. Estudos clássicos apontam a influência de um déficit de monoaminas na origem dessas patologias. Essa hipótese foi aventada após a evidência da ação terapêutica de drogas que atuavam aumentando a biodisponibilidade dessas substâncias, os antidepressivos inibidores da enzima monoaminoxidase. A partir daí, foram propostas a hipótese de que a depressão era resultado da redução da noradrenalina (SCHILDKRAUT, 1965) e, posteriormente, a teoria de que os sintomas depressivos estivessem atrelados a uma diminuição da disponibilidade da serotonina (COPPEN e DOOGAN, 1988).

Mais tarde, comprovou-se a participação conjunta de um grupo de neurotransmissores, superando a concepção de que um deles isoladamente fosse responsável pelas alterações no estado do humor, mas reforçando a participação fundamental das monoaminas nesse processo, em especial a noradrenalina, a serotonina e a dopamina (LAFER e FILHO, 1999).

De Bellis e cols. (1999 *apud* MARGOLIN e VICKERMAN, 2007) explicam que a exposição prolongada ao abuso sexual está relacionada a alterações bioquímicas nos níveis de neurotransmissores como a noradrenalina e a dopamina.

Estudos recentes indicam que a perda de substrato neuronal também contribui para o desenvolvimento de depressão (PERITO e FORTUNATO, 2012), especialmente na região do hipocampo, que é umas das áreas do cérebro responsáveis pelo comportamento emocional, pela memória e pela resposta do organismo a situações de estresse (MACHADO, 2006; JOCA *et al.*, 2003). Em

relação a esta última função, cabe destacar que o hipocampo é ativado por eventos estressores e ameaçadores. Esses eventos promovem a liberação de cortisol, que pode, por sua vez, causar atrofia hipocampal e, por consequência, problemas cognitivos e sintomas depressivos (JOCA *et al.*, 2003).

Apesar de não estar completamente elucidado, o mecanismo acima descrito é a principal hipótese neurobiológica que explica como eventos estressores, como uma situação de violência sexual, podem levar ao surgimento de um quadro depressivo.

Resultados de várias pesquisas com vítimas de violência sexual corroboram a hipótese de que o abuso pode desencadear quadros psicopatológicos. Hatzenberger e colaboradoras (2010) afirmam que adolescentes que sofreram abuso sexual têm maior risco de desenvolverem problemas interpessoais e psicológicos do que outros da mesma idade que não tenham sofrido, embora nenhum quadro psiquiátrico específico resulte inexoravelmente do abuso sexual. Essas autoras enfatizam que as consequências de experiências sexualmente abusivas podem comprometer o desenvolvimento humano, principalmente a saúde mental das vítimas e pontuam que as crenças e os significados que o adolescente constrói a partir da experiência abusiva demonstram ter grande impacto para o desenvolvimento ou não de psicopatologias.

Outro estudo que pode ser citado foi desenvolvido por Brodsky e cols. (2001), que concluíram que o abuso sexual na juventude está associado ao desenvolvimento de depressão na idade adulta e a tentativas de suicídio. Diversos autores (KILPATRICK *et al.*, 2003; BRIDGE *et al.*, 2006; SHIN *et al.*, 2009; FERGUSSON *et al.*, 2013; DAVIDSON *et al.*, 2016) concordam que a principal variável afetada em crianças e adolescentes vítimas de violência sexual é a saúde mental, com danos que podem persistir ao longo da vida (FONTES *et al.* 2017).

No que concerne especificamente à relação entre o abuso sexual e o suicídio em adolescentes, há uma série de sintomas do abuso sexual que são compatíveis com os fatores de risco do suicídio. Por esse motivo, deve-se necessariamente considerar um histórico de abuso sexual e ter esse histórico como foco de tratamento (caso ele seja confirmado) sempre que for identificado um comportamento suicida (BEBBINGTON *et al.*, 2009 *apud* DUARTE *et al.*, 2012).

Tal como assinalado anteriormente<sup>6</sup>, o suicídio possui uma função de fuga, um modo de defesa frente a uma realidade que causa angústia. Esse sentimento, muitas vezes, é decorrente de uma situação de violência sexual, o que, por conseguinte, aumenta o risco de que a vítima desenvolva comportamentos suicidas. Diferentes pesquisas sustentam a opinião de que as tentativas de suicídio representam uma possibilidade de fazer cessar a sensação de impotência presente nas vítimas de violência sexual que não possuem figuras protetivas a quem buscar (BEDI *et al.*, 2011; FUKS, 1998; PEREPLETCHIKOVA e KAUFMAN, 2010 *apud* TEIXEIRA-FILHO *et al.*, 2013). Frente à essa problemática, faz-se necessário a adoção de políticas públicas de combate à violência sexual e de métodos eficazes de tratamento orientadas para os efeitos dela sobre a saúde mental de suas vítimas.

---

<sup>6</sup> Ver Capítulo 01.

### **3 ABORDAGEM AO PACIENTE COM COMPORTAMENTOS SUICIDAS**

Após compreender a epidemiologia do suicídio no Brasil e de pormenorizar a violência sexual na infância e na adolescência como um dos principais fatores de risco que levam à essa ação, orienta-se o olhar para as estratégias adotadas pelo Governo Federal no esforço de reduzir as taxas de suicídio no país e, também, para a assistência oferecida pelo SUS aos usuários com comportamentos suicidas.

#### **3.1 Prevenção ao Suicídio no Brasil**

Inicialmente, deve-se pontuar que o comportamento suicida é a principal emergência psiquiátrica entre adolescentes no Brasil (SCHMITT e TRAMONTINA, 2008 *apud* KUCZYNSKI, 2014). Por sua vez, Scivoletto e cols. (2010) concordam que o comportamento suicida está entre as demandas mais prevalentes quando se trata de atendimento psiquiátrico emergencial no Brasil, mas alertam que não há dados fidedignos que possam comprovar esse pressuposto.

Em resposta à necessidade de implantação de serviços de saúde focados na prevenção ao suicídio, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria N° 1.876/06 em 14 de agosto de 2006, dando início a uma política centrada nesse objetivo. Essa proposta foi pautada em princípios como a necessidade de informar a população sobre a possibilidade de prevenir o suicídio; a organização de linhas de cuidado em todos os níveis de atenção; a identificação dos determinantes sociais do suicídio, bem como dos seus fatores de proteção; a promoção de educação permanente dos profissionais de saúde; entre outros.

Contudo, muitos autores apontam a ineficácia dessas ações, afirmando que não há uma estrutura de saúde efetivamente preparada para atender a essa demanda, especialmente quando se trata do público jovem (KUCZYNSKI, 2014). Quando um adolescente busca ou é levado a um serviço de saúde após uma tentativa de suicídio, geralmente é recebido com estranhamento, ou mesmo com indignação, por parte dos profissionais de saúde, que não proporcionam um ambiente acolhedor (VIEIRA *et al.*, 2009 *apud* BRAGA e DELLA'GLIO, 2013). Isso exemplifica a dificuldade em efetivar as medidas fomentadas pela política nacional de prevenção ao suicídio.

Frente a essa circunstância, foi elaborada a agenda estratégica para vigilância e prevenção ao suicídio no Brasil para o triênio 2017-2020. Essa agenda inclui três eixos de ações: vigilância e qualificação das informações; prevenção ao suicídio e promoção da saúde; gestão e cuidado (BRASIL, 2017).

O primeiro deles – vigilância e qualificação das informações –fomenta ações que enfatizam a necessidade das notificações das tentativas de suicídio e o registro dos óbitos por suicídio, bem como alertam para a importância da publicação de relatórios sobre o tema abordando os determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2017).

O eixo de prevenção ao suicídio e promoção da saúde visa a articulação intersetorial com o intuito de atuar sobre alguns fatores de risco, por exemplo, restringindo o uso de armas de fogo, racionalizando o uso de medicamentos e fiscalizando o acesso a pesticidas. Outras ações estratégicas desse eixo incluem o apoio ao desenvolvimento de atividades no combate à violência e na promoção da cultura da paz, além da prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2017). Diversos estudos enfatizam a importância de intervenção sobre os fatores de risco como medida preventiva aos comportamentos suicidas (BORGES *et al.*, 2008 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013).

Finalmente, o eixo de gestão e cuidado aborda o fluxo de atenção na rede de saúde mental, salientando a necessidade de acompanhamento clínico imediato para pacientes com histórico de tentativa de suicídio; a capacitação dos profissionais de saúde, mas também daqueles que atuam em outras áreas, como educação e assistência social, por exemplo; a promoção de parcerias entre os pontos de atenção do SUS e o Centro de Valorização da Vida (CVV), como forma de efetivar o acionamento da rede de atenção por parte dos pacientes; entre outras ações (BRASIL, 2017).

As estratégias supracitadas seguem as orientações da OMS para a elaboração de ações preventivas contra o suicídio, especialmente no que tange ao aperfeiçoamento do acesso aos serviços de saúde e de assistência social, à restrição aos meios de suicídio, e ao tratamento precoce para pessoas com transtornos psicopatológicos, “especialmente a depressão” (OMS, 2010 *apud* BRAGA e DELL'AGLIO, 2013, p. 04).

Cabe esclarecer que o CVV é uma organização filantrópica, fundada em 1962, reconhecida pelo Governo Federal como uma entidade de utilidade pública.

Ela é composta apenas por voluntários, que prestam serviços gratuitos no sentido de oferecer suporte emocional para pessoas em estado de sofrimento ou angústia por meios remotos ou pessoalmente (CVV, 2018)<sup>7</sup>.

A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, instituída pela Política Nacional de Saúde Mental, engloba serviços dos três níveis de atenção, como as Unidades Básicas de Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e os Consultórios de Rua, que fazem parte da Atenção Básica em Saúde; as Unidades de Pronto Atendimento e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que constituem a média complexidade; e os hospitais, pertencentes ao nível terciário de atenção ou alta complexidade (BRASIL, 2018)<sup>8</sup>.

A reforma psiquiátrica brasileira, fundamentada especialmente na Lei Nº 10.216/01, promoveu uma mudança nos serviços de saúde mental do país, que passaram a ser organizados a partir de um modelo comunitário de saúde, o qual é representado principalmente pelos CAPS's, que propõem atenção em saúde vinculada à manutenção do convívio social do paciente.

Contudo, a porta de entrada do indivíduo em sofrimento psíquico, inclusive o paciente em risco de suicídio, pode ser bastante variada, como as emergências psiquiátricas, os CAPS's ou mesmo os serviços de atenção básica. Portanto, todos os profissionais de saúde precisam estar capacitados para identificar e lidar com essa demanda. Essa necessidade é reforçada pelo fato de que entre 50% e 60% dos indivíduos que cometem suicídio nunca se consultaram com um profissional especializado em saúde mental ao longo da vida (ABP, 2014).

Dessa forma, não apenas os serviços com foco em saúde mental devem ser responsáveis pela prevenção do suicídio, mas todos aqueles que compõem a rede de atenção em saúde. Por esse motivo, “[...] falar em uma rede de saúde para prevenção do suicídio é reforçar a importância de ter uma rede bem integrada [...]” (ABP, 2014, p. 46).

Além disso, o paciente com comportamentos suicidas demanda maior atenção dos profissionais de saúde pelo fato de estar mais exposto a uma gama de vulnerabilidades, o que o torna mais suscetível a mortes violentas. Vidal e colaboradores (2013) citam pesquisas que corroboram a indicação de que os

---

<sup>7</sup> Disponível em: <[www.cvv.org.br](http://www.cvv.org.br)>. Acesso em: 25 de novembro de 2018.

<sup>8</sup> Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca\\_raps\\_rede\\_atencao\\_psicossocial.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf)>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

pacientes com histórico de tentativa de suicídio apresentam altas taxas de mortalidade por acidentes e homicídios.

Todavia, a rede de atenção em saúde ainda apresenta diversas fragilidades, tanto no acolhimento quanto na continuidade do tratamento do paciente em outro ponto de atenção da rede, em especial devido ao limitado número de serviços de referência para o encaminhamento desse público específico, o que cria a chamada demanda reprimida (FREITAS e BORGES, 2017).

Urge salientar que os profissionais de saúde não devem ter a expectativa de conseguir prever as tentativas de suicídio, todavia, é possível, mediante a identificação de fatores de risco e de uma anamnese bem realizada, avaliar se o paciente apresenta um risco maior ou menor no momento do atendimento (BERTOLOTE *et al.*, 2010 *apud* FREITAS e BORGES, 2017). Considera-se um baixo risco ao suicídio quando o paciente apresenta ideias suicidas, mas não elaborou nenhum plano para executar a ação.

O risco é médio quando existem pensamentos e planos, mas o indivíduo não tem a intenção de colocá-los em prática. Finalmente, o paciente com alto risco para o suicídio é aquele que tem um plano, objetiva empreendê-lo e tem acesso aos meios necessários para isso (ABP, 2014). Além disso, deve-se ter em mente a estimativa de que entre 10% a 25% das pessoas que tentaram se suicidar irão realizar nova tentativa nos doze meses subsequentes. Esse risco aumenta a cada nova tentativa e também quando os intervalos entre as tentativas são mais curtos (BERTOLOTE *et al.*, 2005 *apud* VIDAL *et al.*, 2013).

Outro ponto fundamental que deve ser considerado durante a assistência médica é a existência de estigmas relacionados ao suicídio e o efeito deles sobre o paciente, pois esses preconceitos podem, inclusive, impedir as pessoas de buscar ajuda. Salienta-se que indivíduos que já possuem histórico de tentativa de suicídio geralmente são estigmatizadas em sua comunidade (OMS, 2012).

Contudo, o preconceito relacionado ao suicídio não provém apenas dos pacientes, mas também dos profissionais de saúde, mesmo aqueles que lidam diretamente com o fenômeno do suicídio. Freitas e Borges (2012, p. 59) demonstraram que muitos profissionais de saúde (entre eles, médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais) acreditam que as tentativas de suicídio representam uma “afronta” ao serviço de saúde e também que as tentativas sem

desfecho fatal são apenas uma forma de chamar atenção, atrapalhando o serviço executado em urgências hospitalares.

Não é incorreto afirmar que o suicídio é uma forma de chamar atenção, pois os comportamentos suicidas são praticados, em geral, por pessoas que não obtiveram êxito em se comunicar com outras pessoas, seja porque não conseguiram falar sobre o seu sofrimento, seja porque falaram mas não receberam a devida atenção. Portanto, o suicídio funciona para esses indivíduos como uma tentativa desesperada e violenta de chamar atenção, um “gesto de comunicação” (CVV, 2017, p. 16). No entanto, a percepção do fenômeno como um ultraje contra os profissionais, como um ato narcísico do paciente ou ainda como algo que prejudique o bom andamento dos processos de trabalho, revela que um longo caminho ainda precisa ser trilhado até que os profissionais de saúde estejam preparados para oferecer um atendimento verdadeiramente acolhedor.

Na busca de outras alternativas que possam contribuir na redução das tentativas de suicídio, a identificação de fatores de proteção detém papel de destaque, pois essas condições auxiliam os indivíduos a lidar com circunstâncias difíceis. Os principais fatores de proteção contra o suicídio são a existência de conexões fortes entre o paciente e seus familiares e/ou membros de sua comunidade; a capacidade individual para resolução de problemas de forma não-violenta; as crenças pessoais, religiosas ou não, que tenham a autopreservação como princípio; o hábito de buscar ajuda diante de situações problemáticas; e o acesso facilitado à assistência em saúde (OMS, 2012).

No que concerne aos fatores de proteção contra o suicídio de adolescentes, deve-se destacar o suporte da família como o principal deles. A convivência familiar afetuosa, especialmente com os pais, ameniza o efeito estressor das experiências vividas pelo adolescente e eleva sua autoestima, promovendo a redução das tentativas de suicídio e dos suicídios consumados (KOKKEVI *et al.*, 2010 *apud* BRAGA e DELL’AGLIO, 2013). Esses fatores devem ser individualmente identificados para depois serem potencializados e sustentados, pois alguns serão ou não acessíveis a determinados pacientes, a depender de seu contexto social (OMS, 2012).

### 3.2 Abordagem à vítima de violência sexual

Além de caracterizar os desafios que se impõem ao SUS no que diz respeito ao atendimento aos pacientes com histórico de comportamentos suicidas, deve-se observar a forma como os serviços de saúde estão organizados para atender aos pacientes que tenham sido vítimas de violência sexual, considerando a relação entre esse evento, os sintomas depressivos e as tentativas de suicídio, conforme exposto anteriormente<sup>9</sup>.

Primeiramente, deve-se destacar que no momento em que uma vítima de abuso sexual busca atendimento ou tenta denunciar o crime sofrido, ela precisará expor a circunstância, o que constitui um agravo resultante da violência sofrida, ou seja, uma segunda situação de sofrimento. Portanto, o acolhimento é um elemento fundamental para a humanização da atenção e deve ser realizado “[...] livre de julgamentos ou valores morais [...]” (BRASIL, 2012, p. 15).

Entre as orientações do Ministério da Saúde para o atendimento de vítimas de violência sexual, destacam-se: a existência de um espaço físico que garanta a privacidade durante a anamnese e o exame físico; a organização de uma equipe multidisciplinar, preferencialmente composta por médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social; e o acesso a equipamentos que assegurem a resolutividade da unidade de saúde, ou seja, que reúna condições para que a vítima tenha sua demanda atendida naquele local, sem a necessidade de encaminhamento, salvo casos mais complexos, como, por exemplo, a necessidade de realização de abortamento (BRASIL, 2012). Especificamente quanto à assistência médica, o Ministério da Saúde preconiza que os profissionais especializados em ginecologia e obstetrícia sejam referência para o atendimento desses pacientes, devendo, portanto, estar capacitados para lidar com essa demanda (BRASIL, 2012).

Duas questões imprescindíveis a ser consideradas e manejadas nos casos de abuso sexual são a anticoncepção de emergência e a profilaxia de infecção por HIV. Apesar de ser baixo o risco de gravidez em vítimas de abuso sexual (entre 0,5 e 5%), o impacto dela é imensurável, alterando a dinâmica familiar e eventualmente causando o desenvolvimento de psicopatologias nas vítimas. Por

---

<sup>9</sup> Ver Capítulo 02.

esse motivo, a contracepção de emergência deve ser prescrita para todas as mulheres em período reprodutivo que foram vítimas de abuso sexual e que tiveram contato com o sêmen do agressor, independentemente do período menstrual em que se encontrem. Caso haja dúvida se houve ou não contato com o sêmen, a contracepção também está indicada (BRASIL, 2012).

O método de primeira escolha é a anticoncepção hormonal, que é feita com a administração de um progestágeno (levonorgestrel) o quanto antes possível, respeitando o limite de cinco dias após o último episódio de abuso. A anticoncepção é desnecessária caso a paciente faça uso regular de algum método contraceptivo no intervalo de tempo que abrange a violência (BRASIL, 2012).

O risco de transmissão do vírus HIV em situações de abuso sexual está entre 0,8 e 2,7%, sendo justificada a profilaxia devido ao maior benefício do tratamento em relação aos riscos, que incluem os efeitos colaterais dos medicamentos e a seleção de variantes virais resistentes (no caso da transmissão já ter ocorrido). O Ministério da Saúde recomenda a quimioprofilaxia antirretroviral "[...] em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência, inclusive se o status sorológico do agressor for desconhecido [...]" (BRASIL, 2012, p. 55).

O esquema de administração de primeira escolha deve combinar três antirretrovirais, sendo dois inibidores da transcriptase reversa (zidovudina e lamivudina) e um inibidor de protease (lopinavir). Este último deve ser associado ao ritonavir como adjuvante farmacológico. Esse esquema deve ser iniciado o mais rápido possível e mantido por quatro semanas. O manejo desse tratamento deve ser feito preferencialmente por um infectologista, mas a ausência deste especialista não deve retardar o início da quimioprofilaxia (BRASIL, 2012).

Além da anticoncepção de emergência e da profilaxia contra a transmissão do HIV, devem ser realizados o diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis não-virais, como gonorreia, sífilis e tricomoníase; e a imunoprofilaxia contra a hepatite B em pacientes não imunizadas ou que desconhecem seu estado vacinal, o que é realizado com a aplicação da vacina (imunização ativa) e com a administração de imunoglobulina humana contra hepatite B (imunização passiva) (BRASIL, 2012).

Finalmente, deve-se garantir a continuidade do cuidado às vítimas de violência sexual, o que deve ser realizado mediante os encaminhamentos

necessários, sejam de natureza psicológica, jurídica ou social. A notificação de violência sexual contra as mulheres é compulsória nos serviços de saúde do SUS, mesmo que haja apenas a suspeita da opugnação, pois esses dados servirão para orientar a implementação de políticas públicas futuramente (BRASIL, 2012).

As orientações acima elencadas são indicadas tanto para o atendimento de mulheres adultas, quanto de adolescentes. Porém, diversos autores tecem críticas em relação à incongruência entre aquilo que é preconizado pelo Governo Federal e aquilo que é efetivamente disponibilizado nos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à assistência de vítimas jovens. Fontes e colaboradores (2017), por exemplo, pontuam que o Ministério da Saúde se limitou a publicar recomendações aos profissionais de saúde, mas não há coordenação das ações dos diferentes órgãos do governo para a prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes. Por sua vez, Müller e cols. (2017) apontam para a escassez de programas de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde do SUS para lidar com casos de suicídio.

Além disso, um estudo sobre crianças e adolescentes vítimas de violência sexual realizado por Von Hohendorff e cols. (2015, p. 189) aponta que se o profissional de saúde responsável pelo atendimento à vítima avaliar que ela não apresenta sintomas psicopatológicos severos e/ou persistentes, não há nenhum serviço de saúde mental de referência para onde ela possa ser encaminhada. Esses autores afirmam que há um “descompasso” entre o conhecimento científico existente e as políticas públicas nacionais no que diz respeito às consequências da violência sexual, pois estas podem não se manifestar de imediato e surgirem a longo prazo, ainda em decorrência do abuso outrora vivenciado.

Outra lacuna observada por Fontes e cols. é a ausência de programas de educação voltados para públicos específicos, como professores ou outros profissionais. Como grande parte dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes são perpetrados pelo responsável delas, esses outros atores sociais poderiam desempenhar uma função essencial na identificação e denúncia de casos de violência intrafamiliar. Em diversas circunstâncias, a escola representa o único ambiente de proteção aos jovens em situação de risco (FONTES *et al.*, 2017).

### 3.3 Tratamento da depressão e abordagem ao suicídio

No que diz respeito ao tratamento da depressão, deve-se, primeiramente, atentar para a necessidade de identificar a gravidade da patologia, pois o manejo clínico varia caso a depressão seja leve, moderada ou grave<sup>10</sup>. Nos casos de depressão leve, a farmacoterapia não está indicada, pois não há evidências científicas de sua eficácia nesses pacientes (KATON *et al.*, 1996 *apud* FLECK *et al.*, 2009), exceto em quadros leves persistentes ou quadros leves em pacientes com histórico de depressão moderada ou grave. A alternativa terapêutica é a psicoterapia e o acompanhamento médico, sendo este último para monitorar a possível evolução do quadro para depressão moderada ou grave.

Há diversas abordagens psicoterapêuticas, muitas delas com sua eficácia comprovada por estudos de revisão e metanálises, como a psicoterapia comportamental, a psicoterapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia breve psicodinâmica, a psicoterapia interpessoal, entre outras (FLECK *et al.*, 2009). Cabe esclarecer que nem todas as abordagens psicoterapêuticas preenchem os requisitos mínimos para serem submetidas a pesquisas controladas, o que resulta em uma restrição do número de técnicas recomendadas pelos diversos *guidelines* referentes ao tratamento da depressão. Porém, os estudos comparativos já realizados, apesar de limitados, sugerem eficácia semelhante entre os diferentes métodos psicoterapêuticos (BAHLS e BAHLS, 2003).

Em casos de depressão moderada, as evidências científicas sugerem que a melhor escolha é a combinação entre o tratamento farmacológico com antidepressivos e a psicoterapia. A farmacoterapia possui eficácia manifesta tanto na melhora quanto na remissão completa dos sintomas de pacientes com depressão moderada ou grave. Pontua-se que a equipe profissional responsável pelo tratamento do paciente com depressão deve buscar a remissão dos sintomas em todos os casos, pois a existência de sintomas residuais está fortemente relacionada à baixa qualidade de vida, às tentativas de suicídio e ao decréscimo funcional (McINTYRE e O'DONOVAN, 2004 *apud* FLECK *et al.*, 2009).

---

<sup>10</sup> Os episódios depressivos leve e moderado são classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos, enquanto os episódios depressivos graves se caracterizam pela presença de sintomas psicóticos (DEL PORTO, 1999).

Nas situações em que o paciente apresenta um quadro depressivo grave, a psicoterapia tem sua eficácia limitada, enquanto os medicamentos antidepressivos representam a primeira linha de tratamento independentemente dos fatores ambientais envolvidos. Os casos de depressão psicótica devem ser manejados com a associação entre antidepressivos e antipsicóticos (SPIKER *et al.*, 1985 *apud* FLECK *et al.*, 2009).

O tratamento da depressão inclui três fases: fase aguda, fase de continuação e fase de manutenção. A primeira abrange os três primeiros meses de tratamento e tem como objetivo a diminuição ou supressão dos sintomas; a fase de continuação se prolonga até o sexto mês e almeja a manutenção da melhora obtida na fase aguda, evitando os episódios de recaídas; a fase de manutenção é um estágio do tratamento implementado apenas em pacientes com grande probabilidade de recorrência da doença, ou seja, aqueles pacientes que tenham fatores de risco para novos episódios depressivos posteriores a um episódio já tratado com sucesso (KUPFER, 1991 *apud* FLECK *et al.*, 2009). Um regime de consultas médicas semanais, em vez de mensais, no início do tratamento tem maior probabilidade de adesão por parte do paciente e de um desfecho positivo, sendo recomendada essa frequência nas primeiras quatro a seis semanas (ANDERSON *et al.*, 2000 *apud* FLECK *et al.*, 2009).

Pacientes refratários ao tratamento inicial, ou seja, que não apresentaram melhora após quatro semanas de uso de antidepressivos, podem se beneficiar do aumento da dose da medicação ou da troca do medicamento por um antidepressivo de outra classe farmacológica. Caso não haja resposta a essas mudanças, pode-se lançar mão da eletroconvulsoterapia (ECT). No que concerne a este método, há autores que defendem sua realização, como Caixeta e cols. (2015), que enfatiza a necessidade de sua disponibilização em todos os serviços psiquiátricos de alta complexidade; enquanto outros autores questionam a sua indicação, pontuando que o uso da ECT se fundamenta em um modelo assistencial manicomial, distante da noção do sujeito enquanto ser biopsicossocial que norteia os serviços de saúde mental desde o início da reforma psiquiátrica (SILVA e CALDAS, 2008).

Os principais medicamentos utilizados no tratamento da depressão apresentam eficácia semelhante, diferindo nos efeitos colaterais provocados e nas interações medicamentosas. As classes farmacológicas mais prescritas são os antidepressivos tricíclicos, como a clomipramina, amitriptilina e a nortriptilina; os

inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS's), como a fluoxetina, a sertralina, a paroxetina e o citalopram; e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e de noradrenalina (ISRSN's), como a duloxetina e a venlafaxina (MORENO *et al.*, 1999).

Em períodos curtos de tratamento, não há diferença relevante de adesão entre pacientes que usam uma ou outra classe de antidepressivos. No entanto, conforme já descrito, a depressão é uma doença de curso essencialmente crônico, o que amplifica a importância de um esquema farmacológico que favoreça uma boa adesão por parte do paciente. Nesse sentido, os ISRS's são medicações mais recomendadas porque apresentam menos efeitos colaterais e, por conseguinte, menor índice de abandono de tratamento, apesar do valor comercial mais caro em comparação aos tricíclicos (FLECK *et al.*, 2009).

Ressalte-se ainda a importância de se afastar o diagnóstico de transtorno bipolar do humor antes do início da farmacoterapia com antidepressivos, pois essas medicações podem precipitar um episódio de mania nesses pacientes. O alerta se sustenta pelo fato de que 10 a 20% dos pacientes diagnosticados com depressão têm seu diagnóstico alterado para transtorno bipolar posteriormente (ANGST *et al.*, 1978 *apud* FLECK *et al.*, 2009).

Diante da suspeita de que um paciente apresenta a possibilidade de praticar comportamentos suicidas, o profissional de saúde deve avaliar o estado mental do paciente; investigar a existência de um plano suicida, com o objetivo de verificar se a ação é iminente; e apurar se há uma rede social de apoio para esse indivíduo, seja composta por familiares ou por amigos (OMS, 2000).

Durante muito tempo, o tema do suicídio foi evitado por profissionais, mesmo em contextos sanitários, todavia, sabe-se atualmente que falar sobre o suicídio não representa um risco para potencializar a ideação suicida, pelo contrário, permite ao paciente refletir sobre o problema e dá a ele a possibilidade de buscar ajuda para superá-lo. Portanto, “[...] a melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela [...]” (OMS, 2000, p. 17).

Quando o paciente é uma adolescente, deve-se considerar que o relato espontâneo sobre o desejo de morrer é incomum em ambientes hospitalares, mas é geralmente confessado a amigos. Nesses casos, é ainda mais importante que o ambiente de escuta seja tranquilo e acolhedor (SCIVOLETTO *et al.*, 2010).

Esse desejo de morte pode variar devido aos fatores ambientais que o influenciam, por esse motivo, deve-se tentar identificar fatores que funcionam como preditores da tentativa de suicídio ou da recorrência desta em adolescentes, como o sentimento de desesperança, a ausência de resiliência, a supervalorização de eventos negativos e a impulsividade, entre outros (SHAFFER e PIACENTINI, 1994 *apud* KUCZYNSKI, 2014).

Reconhecido o risco de uma tentativa de suicídio, o paciente deve ser clinicamente manejado por uma equipe multiprofissional que inclua um psiquiatra, pois essa é uma demanda que exige o encaminhamento para um especialista (FLECK *et al.*, 2009). Esse profissional deve decidir sobre a internação do paciente, baseando-se em critérios como a gravidade do risco de uma tentativa de suicídio; a existência e a confiabilidade da rede familiar para evitar que o paciente tenha acesso a meios de suicídio; e o grau de adesão do paciente e da família ao tratamento ambulatorial. Os pacientes em franca ideação suicida devem necessariamente ser hospitalizados (CAIXETA *et al.*, 2015).

Destaca-se que o tratamento dos sintomas depressivos em adolescentes reduz a ideação suicida, configurando uma ferramenta bastante eficaz na diminuição da incidência de novas tentativas de suicídio. Assim, a intervenção dos profissionais de saúde com objetivo terapêutico possui também um caráter preventivo (BRAGA e DELLA'GLIO, 2013).

Estudos epidemiológicos corroboram essa conclusão ao demonstrar que o uso de medicamentos antidepressivos reduz a susceptibilidade ao suicídio, apesar de alguns dados sugerirem que há um aumento do risco no início do tratamento com ISRS's (MOLLER, 2006 *apud* FLECK *et al.*, 2009). O lítio é um estabilizador do humor que pode ser usado na fase de manutenção da depressão como alternativa aos antidepressivos, apresentando significativo benefício na redução do risco de suicídio (GUZZETTA *et al.*, 2007 *apud* FLECK *et al.*, 2009). Esse efeito parece ocorrer devido a uma ação farmacológica que reduz a agressividade e a impulsividade do paciente, independentemente de sua ação como estabilizador do humor (ABP, 2014).

Nos casos em que o paciente apresenta sintomas como ansiedade e angústia, está indicada a associação de antidepressivos com medicamentos ansiolíticos, pois estes têm eficácia comprovada sobre esses sintomas, além de reduzir o risco de comportamentos auto lesivos (CAIXETA *et al.*, 2015).

Além da rede de serviços orientada para o cuidado ao paciente com comportamentos suicidas, é relevante que a saúde pública esteja atenta aos familiares e amigos impactados pela perda de uma pessoa que consumou a ação suicida. O conjunto de atividades empregadas com o objetivo de amenizar os efeitos do suicídio sobre os indivíduos enlutados é chamado de posvenção ao suicídio (MÜLLER *et al.*, 2017).

Segundo a ABP (2014, p. 45), a posvenção

[...] inclui as habilidades e estratégias para cuidar de si mesmo ou ajudar outra pessoa a se curar após a experiência de pensamentos suicidas, tentativas ou morte. Deste modo, o próprio paciente e a família devem ser acompanhados para evitar novas tentativas, bem como ajudar no processo do luto em caso de suicídio ocorrido.

A OMS (2012) denomina de “sobreviventes” aqueles que perderam uma pessoa próxima em decorrência de um suicídio. Entre eles estão os familiares e amigos, mas também colegas de trabalho ou de escola, formando um grupo de pessoas vulnerável a tentativas de suicídio pelo fato de estarem mais suscetíveis à depressão e aos comportamentos suicidas.

As medidas que podem ser adotadas como posvenção ao suicídio não estão segregadas daquelas que são rotineiramente executadas com caráter preventivo, como a humanização do atendimento, a atenção às peculiaridades de cada sujeito, uma comunicação eficiente entre os pontos da rede de atenção, entre outras. Dessa forma, as ações que constituem a posvenção ao suicídio, quer seja por seus objetivos ou por sua natureza, configuram uma espécie de “prevenção futura” (FUKUMITSU *et al.*, *apud* MÜLLER *et al.*, 2017).

A família de um indivíduo com comportamentos suicidas ou que cometeu suicídio é, muitas vezes, convocada apenas como recurso humano de vigilância e suporte ao paciente, mas ela deve ser percebida como um grupo que sofre um desgaste emocional severo e, por esse motivo, necessita de cuidados de saúde para lidar com essa circunstância, evitando, assim, o agravamento do sofrimento decorrente do sentimento de luto (MÜLLER *et al.*, 2017).

## CONCLUSÃO

Este estudo sobre o suicídio aborda alguns aspectos amplamente conhecidos acerca desse fenômeno, como a tendência mundial de crescimento da incidência de suicídio entre jovens, e também lança luz sobre uma realidade pouco estudada, como o fato de que indivíduos com comportamentos suicidas são mais suscetíveis às mortes por causas externas diversas do suicídio, como acidentes e homicídios.

Faz-se imprescindível atentar para o fato de que o suicídio é multideterminado, impossibilitando a identificação categórica da origem da ideação suicida. O profissional de saúde que compreende essa característica está mais próximo de assistir ao paciente sem os julgamentos morais que prejudicam o estabelecimento de um vínculo com ele (BRASIL, 2012).

A tarefa é ainda mais árdua quando se orienta o foco para os adolescentes, especialmente pela vulnerabilidade a qual esses grupos estão expostos, seja por não terem desenvolvido mecanismos de defesa, seja porque atravessam um estágio evolutivo mais suscetível a instabilidade física e mental. O suicídio é a expressão mais trágica dessa vulnerabilidade.

O indivíduo que pratica uma tentativa de suicídio está submetido a uma situação de profundo sofrimento, a qual geralmente não foi identificada por familiares e amigos. Assim sendo, o comportamento suicida assume uma função social de súplica, motivo pelo qual ele jamais deve ser interpretado por um médico (ou qualquer outro profissional de saúde) apenas como uma tentativa egocêntrica de chamar atenção, o que ainda ocorre em serviços de saúde brasileiros (FREITAS e BORGES, 2012).

Entre os numerosos fatores de risco associados ao suicídio, esta pesquisa analisou dois entre os mais prevalentes: o histórico de submissão a uma situação de violência sexual e a depressão. Destaca-se o elo incontestável entre esses dois fatores, tal como demonstrado por Fontes e colaboradores (2017). Diante dos dados pesquisados, alguns elementos se mostraram fundamentais para demonstrar essa conexão, por exemplo, o fato de que os impactos da violência sexual sobre a saúde mental de um jovem podem perdurar ao longo de toda a sua vida (FONTES *et al.*, 2017). Neste sentido, as ações preventivas, no intuito de

reduzir as taxas de suicídio no Brasil, devem atingir necessariamente os determinantes sociais desse fenômeno, como os dois fatores anteriormente citados.

A violência sexual, amplamente difundida e até mesmo institucionalizada no país, se fundamenta em uma cultura machista e é possibilitada por uma relação de poder em que a vítima se encontra em uma posição de inferioridade. Essa situação é geradora de manifestações clínicas patológicas que devem servir de base para a implantação de políticas públicas no combate à violência sexual, principalmente àquela praticada contra crianças e adolescentes. Contudo, esse público sequer está contemplado pela rede de atenção em saúde mental nos casos em que a sintomatologia decorrente da violência sexual é pouco exuberante (VON HOHENDORFF *et al.*, 2015).

Por sua vez, a depressão é a patologia de maior associação com os comportamentos suicidas e apresenta elevada prevalência ao redor do mundo. Devido a esse cenário, é urgente que os médicos não-especialistas estejam habilitados para lidar com essa demanda em qualquer ponto de atenção do Sistema Único de Saúde. Nesta pesquisa foram levantadas possibilidades de rastreamento da depressão mediante o uso de instrumentos de fácil aplicação e interpretação, o que é fundamental para o objetivo de habilitar os profissionais de saúde, em especial os que atuam na atenção básica, pois cerca de 80% das pessoas que cometeram suicídio se submeteram a uma consulta com um médico não-especialista nos trinta dias que antecederam a sua morte (ABP, 2014). Ademais, adolescentes podem expressar o desejo de morrer de maneira menos convencional, o que exige recursos menos tradicionais na tentativa de identificar o risco de um jovem cometer suicídio.

Finalmente, deve-se ressaltar as possibilidades de ações e estratégias para prevenir o suicídio, dentre as quais apontamos a organização mais eficaz dos serviços de saúde que compõem a rede de atenção em saúde mental; a educação permanente de profissionais de saúde, mesmo que eles não estejam cotidianamente em contato com pacientes com histórico de comportamentos suicidas; e a intervenção sobre os determinantes sociais do suicídio como estratégias salutares para alcançar essa meta (BRASIL, 2017). A ênfase sobre os fatores individuais de proteção e a intervenção ao suicídio também demonstram grande efetividade na luta para transformar essa realidade.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, K. P. de; LIMA, M. A. D. da S.; KOHLRAUSCH, E.; SOARES, J. F. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.1, p. 195-200, 2010.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014.
- BAHLS, S. C.; BAHLS, F. R. C. Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. **Revista Estudos de Psicologia**, v.20, n.2, p. 25-34, maio/agosto 2003.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v.1, n.3, p. 181-185, 2002.
- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Revista Psicologia USP**. v.25, n.3, p. 231-236, 2014.
- 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, jan/jun 2013.
- BRÁS, M.; JESUS, S.; CARMO, C. Fatores psicológico de risco e protetores associados à ideação suicida em adolescentes. **Revista Psicologia, Saúde e Doenças**. v.17, n.2, p. 132-149, 2016.
- BRASIL. **Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. **Decreto Nº 5.017, de 12 de março de 2004**. Promulga o Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas, em Especial Mulheres e Crianças. Brasília: Presidência da República, 2004.
- BRODSKY, B. S.; OQUENDO, M.; ELLIS, S. P.; HAAS, G. L.; MALONE, K. M.; MANN, J. J. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. **Am J Psychiatry**, v.158, p. 1871–1877, 2001.

CAIXETA, L.; VARGAS, C. M.; CAIXETA, V. Emergências psiquiátricas no idoso. In: QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F. **Emergências psiquiátricas**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CASTANHA, N. Violência sexual contra crianças e adolescente uma questão em debate. In: CASTANHA, N. (Org.). **Direitos sexuais são direitos humanos: coletânea de textos**. Brasília: Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, 2008.

CENTRO DE REFERÊNCIA, ESTUDOS E AÇÕES SOBRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Fundamentos e políticas contra a exploração e abuso sexual de crianças e adolescentes: relatório de estudo**. Brasília: CECRIA, 1997.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. de S. C. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde (versão preliminar)**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2014.

COLETA, J. A. D. A escala de locus de controle interno-externo de Rotter: um estudo exploratório. **Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v.31, n.4, p. 167-181, out/dez 1979.

COPPEN AJ, DOOGAN DP. Serotonin and its place in the pathogenesis of depression. **J Clin Psychiatry**, v.49, p 4-11, 1988.

CORREA, H. ROCHA, F. F. da. Abuso e negligência na infância e comportamento suicida: pode a epigenética interligá-los? **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.33, n.1, p. 1-2, 2011.

COSTA, J. S. D. da; VICTORA, C. G. O que é um “problema de saúde pública”? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.9, n.1, p. 144-51, 2006.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.21, p. 6-11, maio/1999.

DUARTE, G. G. D.; TSCHERBAKOWSKI, T.; CORREA, H. Associação entre trauma infantil, transtornos psiquiátricos e suicídio. **Revista de Medicina**. Minas Gerais, v.22, n.7, p. 13-21, 2012.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Revista Adolescência e Saúde**. v.2, n.2, p. 6-7, jun/2005.

FIGUEIREDO, K.; BOCHI, S. B. B. **Violência sexual: um fenômeno complexo**. Brasília: CECRIA, 2006.

FLECK, M. P.; BERLIM, M. T.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B.; DEL PORTO, J. A.; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F.; HETEM, L. A. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.31, p.7-17, 2009.

FONTES, L. F. C.; CONCEIÇÃO, O. C.; MACHADO, S. Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.22, n.9, p. 2919-2928, 2017.

FREITAS, A. P. A. de; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Revista Estudos de Psicologia**. v.22, n.1, p. 50-60, janeiro/março 2017.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança**: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, 1993.

GAVA, L. L.; SILVA, D. G. da; DELL'AGLIO, D. D. Sintomas e quadros psicopatológicos identificados nas perícias em situações de abuso sexual infanto-juvenil. **Revista Psico**, v.44, n.2, p. 235-244, abr/jun 2013.

GONSAGA, R. A. T.; RIMOLI, C. F.; PIRES, E. A.; ZOGHEIB, F. S.; FUJINO, M. F. T.; CUNHA, M. B. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões**, v.39, n.4, p. 263-267, 2012.

HATZENBERGER, R.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H.; Análise das percepções que meninas vítimas de violência sexual têm sobre si, os outros e o futuro: tríade cognitiva. In: HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. **Violência contra crianças e adolescentes: teoria pesquisa e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

JOCA, S. R. L.; PADOVAN, C. M.; GUIMARÃES, F. S. Estresse, depressão e hipocampo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25, p. 46-51, 2003.

KUCZYNSKI, E. Suicídio na infância e adolescência. **Revista Psicologia USP**, v.25, n.3, p. 246-252, set/dez 2014.

LAFER, B.; FILHO, H. P. V. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, p.12-17, maio 1999.

LAVAREDA, R. P.; MAGALHÃES, T. Q. S. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação e enfrentamento**. 1ª ed. Brasília: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), 2015.

LEAL, M. L. P. **Globalização e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro: Save the Children, 2003.

LEAL, M. L. P. **Exploração Sexual Comercial de Meninos, Meninas e de Adolescentes na América Latina e Caribe: relatório final – Brasil**. Brasília: CECRIA, 1999.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Revista de Medicina**, v.89, n.2, p. 70-75, abr/jun 2010.

LOVISI, G. M.; SANTOS, S. A.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.31, p. 86-93, 2009.

MACHADO, A. B. M. **Neuroanatomia funcional**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.64, n.1, p. 45-54, 2015.

MARGOLIN, G.; VICKERMAN, K. A. Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: overview and issues. **Couple and Family Psychology: Research and Practice**, v.1, p. 63–73, 2011.

MELLO, L. C. de A.; FRANCISCHINI, R. Exploração sexual comercial de crianças e adolescentes: um ensaio conceitual. **Revista Temas em Psicologia**, v.18, n.1, p. 153-165, 2010.

MINAYO, M. C. de S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.4, p. 750-757, 2010.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. de M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.21, maio 1999.

MÜLLER, S. de A.; PEREIRA, G.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: estudo com profissionais de um centro de atenção psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, v.9, n.2, p. 6-23, jul/dez 2017.

OLIVEIRA, M. M. de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, C. L. de; NETO, F. L. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.30, n.1, p. 4-10, 2003.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Exploração sexual comercial de crianças e adolescentes: Brasil – Foz do Iguaçu**. Lima: IPEC Sub-região América do Sul, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura**. Genebra: OMS, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: OMS, 2000.

PERITO, M. E. S.; FORTUNATO, J. J. Marcadores Biológicos da Depressão: Uma Revisão Sobre a Expressão de Fatores Neurotróficos. **Revista de Neurociências**, v.20, n.4, p. 597-603, 2012.

ROHDE, L. A.; ZAVASCHI, M. L.; LIMA, D.; ASSUMPÇÃO JR., F. B.; BARBOSA, G.; GOLFETO, J. H.; REIS, R. Quem deve tratar crianças e adolescentes? O espaço da psiquiatria da infância e da adolescência em questão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, n.1, p. 2-3, 2000.

RUZANY, M. H. Atenção à saúde do adolescente: mudança de paradigma. In: BRASIL. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

SANDERSON, C. **Abuso sexual em crianças**. M. Books: São Paulo, 2005.

SCIVOLETTO, S.; BOARATI, M. A.; TURKIEWICZ, G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, p. 112-120, out 2010.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de saúde pública**, v.40, p. 112-120, 2006.

SCHILDKRAUT, J. J. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. **Am J Psychiatry**, v.122, p. 509-520, 1965.

SILVA, M. L. B.; CALDAS, M.T. Revisando a técnica da eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, v.2, n.28, p. 344-361, 2008.

SOUSA, G. S.; SANTOS, M. S. P. dos; SILVA, A. T. P. da; PERRELLI, J. G. A.; SOUGEY, E. B. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.22, n.9, p. 3099-3110, 2017.

TEIXEIRA-FILHO, F. S.; RONDINI, C. A.; SILVA, J. M.; ARAÚJO, M. V. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. **Revista Psicologia e Sociedade**, v.25, n.1, p. 90-102, 2013.

TEIXEIRA-FILHO, F. S.; RONDINI, C. A. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n.3, p. 651-667, 2012.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p. 108-114, 2013.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D.; LIMA, L. B. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.1, p. 175-187, jan/2013.

VON HOHENDORFF, J.; KOLLER, S. H.; HABIGZANG, L. F. Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: panorama e alternativas de atendimento. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, v.35, n.1, p. 182-198, jan/mar 2015.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil**. 1ª ed. Brasília: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), 2015.