

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

Julia Shimazumi Berber

**PERCEPÇÕES DO SUICÍDIO:**  
**UM ESTUDO COM PSICÓLOGOS QUE ATENDEM ADULTOS JOVENS**

São Paulo  
2025

Julia Shimazumi Berber

**PERCEPÇÕES DO SUICÍDIO:  
UM ESTUDO COM PSICÓLOGOS QUE ATENDEM ADULTOS JOVENS**

Trabalho de Conclusão de curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Raquel Wachholz Strelhow.

São Paulo

2025

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Profa. Dra. Miriam Raquel, pela paciência, escuta atenta e orientação cuidadosa em cada etapa deste processo.

Aos professores do curso de Psicologia, pelas aulas inspiradoras e pelos diálogos provocativos que marcaram minha formação.

Aos participantes da pesquisa, por confiarem em mim o compartilhamento de experiências tão preciosas.

À minha família, em especial aos meus pais, agradeço por todo o apoio, carinho e confiança, mesmo nos momentos mais desafiadores.

Aos amigos que estiveram ao meu lado nos estudos, nos desabafos, nos jogos e nas conversas que tornaram tudo mais leve.

A todos que, de alguma forma, fizeram parte desse percurso.

"A tua escolha foi a vida; a minha, a morte"

(SÓFOCLES; **Antígona**, 441 a.C)

## RESUMO

BERBER, JULIA S. **Percepções do suicídio: um estudo com psicólogos que atendem adultos jovens.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia), FACHS-PUCSP, 2025.

A presente pesquisa tem como objetivo geral investigar como o suicídio é percebido entre psicólogos que atendem adultos jovens, considerando os fatores de risco associados e as estratégias de prevenção. Além disso, buscou verificar as estratégias de manejo utilizadas, os principais desafios enfrentados, incluindo a abordagem de fatores de risco e estratégias preventivas, e possíveis relações entre a formação acadêmica e as percepções do suicídio. A pesquisa adotou uma metodologia qualitativa, com a participação de nove psicólogos clínicos que atendem regularmente adultos jovens. Os dados foram coletados por meio de um formulário estruturado no *Google Forms*, dividido em duas partes: perfil dos participantes e cinco questões abertas sobre os temas da pesquisa. Os participantes foram convidados pelo método de amostragem "bola de neve," assegurando o anonimato e a confidencialidade durante todo o processo. A análise dos dados seguiu os procedimentos da Análise de Conteúdo de Bardin, compreendendo três etapas: pré-análise para identificação de temas iniciais, codificação e categorização dos dados em unidades significativas, e interpretação final. Os resultados mostram que o suicídio é um fenômeno complexo que envolve tanto fatores emocionais como sociais. Os participantes destacaram também a importância de uma escuta acolhedora, da construção de vínculos e do apoio em rede. Criticou-se a formação acadêmica, considerada insuficiente para lidar com a complexidade do tema.

**Palavras-chave:** Adultos jovens, Psicologia, Psicólogos, Suicídio.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	7
1.1 Compreensão do fenômeno suicídio.....	7
1.2 Fatores de risco e proteção ao suicídio .....	9
1.3 Estratégias preventivas do suicídio .....	12
2 OBJETIVOS .....	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos .....	16
3 MÉTODO.....	17
3.1 Participantes.....	17
3.2 Instrumentos .....	17
3.3 Procedimentos de coleta de dados.....	18
3.4 Procedimentos de análise de dados .....	18
3.5 Procedimentos éticos.....	19
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	20
4.1 Descrição do perfil dos participantes.....	20
4.2 Categorias de análise.....	21
4.2.1 Principais estratégias e práticas de manejo .....	22
4.2.2 Principais desafios .....	25
4.2.3 Principais fatores de risco .....	27
4.2.4 Principais estratégias de prevenção .....	29
4.2.5 Formação na graduação .....	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	32
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	38

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio é considerado um fenômeno complexo que transcende barreiras socioculturais, se manifestando em indivíduos de diferentes raças, idades e sexos. Apesar do fenômeno ainda ser permeado por mitos e preconceitos, existem estratégias voltadas para a sua prevenção. Visto a alta prevalência do número de casos de suicídio entre jovens, o presente estudo volta-se para as percepções desse fenômeno entre psicólogos que atendem adultos jovens. Busca-se compreender ainda, através de suas experiências clínicas, os principais desafios encontrados por esses profissionais no trabalho com o tema, bem como as estratégias e práticas de prevenção adotadas. Além disso, investigou-se os impactos da formação acadêmica na preparação para o atendimento a essa população.

### 1.1 Compreensão do fenômeno suicídio

O suicídio, cujo termo tem origem no latim, na forma de *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar), já foi tratado sob várias perspectivas em diversas épocas e áreas de estudo, como a psicologia, a psiquiatria e a sociologia. Atualmente, o termo designa essencialmente mortes voluntárias, geralmente ligadas a um ato radical de “se livrar de uma dor psíquica insuportável, decorrente da vivência de situações traumáticas” (Santos, 2017, p. 5). O suicídio é um fenômeno complexo (Brandt, 2021; Calile; Chatelard, 2021; Gonçalves *et al.*, 2021; Leme *et al.*, 2009; Loiola *et al.*, 2023; Martins, 2023; Ramos, 2018; Vieira; Coutinho, 2008), não havendo um motivo universal que desencadeia esse fenômeno. O comportamento suicida é composto por três níveis: a ideação suicida, marcada por pensamentos, ideias, planejamento e vontade de se matar; a tentativa de suicídio; e o suicídio consumado (Abreu *et al.*, 2010; Moreira *apud* Gonçalves *et al.*, 2011; Ramos, 2018; Santos, 2017; Sganzerla, 2021; Werlang *et al. apud* Vieira; Coutinho, 2008).

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria e o Conselho Federal de Medicina (2014), observa-se uma distorção temporal na mente do indivíduo que pensa em se suicidar, com uma ausência de perspectiva futura e uma sensação persistente de preocupação e autoimagem negativa de si próprio. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023), no mundo todo, 703.000 pessoas em média tiram suas próprias vidas a cada ano. Ainda, o suicídio, que ocorre em todas as faixas etárias, foi classificado como a quarta principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo em 2019. Até fevereiro de 2024, enquanto foi observado uma diminuição dos casos em várias regiões do mundo, no continente americano a taxa de mortalidade por suicídio teve aumento de 17%, em parte coincidindo com

um aumento da taxa de pobreza e das desigualdades sociais (Fundação Oswaldo Cruz, 2024). Embora altos, entende-se que esses números não refletem ainda a realidade do total de casos de suicídios consumados devido à subnotificação, que decorre de múltiplos fatores, como estigma e preconceito (Brasil, 2017). Além disso, em muitos casos, as autoridades, a família ou responsáveis pela vítima registram o suicídio como morte natural ou acidental (Bezerra *et al.* 2021; Botega, 2014; OMS, 2014; Cassorla *apud* Vieira; Coutinho, 2008).

O Brasil, em 2014, encontrou-se na lista dos 10 países com os maiores índices de suicídio consumados do mundo (OMS, 2014), apesar de ter um índice considerado baixo de suicídios para cada 100.000 habitantes (ABP; CFM, 2014). Entre 2002 e 2012, observou-se um aumento de 36% no número de casos em todo o país. No período de 2007 a 2016, foram registrados 106.374 casos de suicídio no Brasil, resultando em uma morte a cada 45 minutos, isto é, uma frequência de 32 suicídios por dia. Observa-se que no país os principais métodos de suicídio são: enforcamento (47%), uso de armas de fogo (19%) e envenenamento (14%); entre as mulheres, tem-se ainda o uso de fumaça/fogo (9%) e quedas de grandes alturas (6%) (Botega, 2015; OMS, 2014). A identificação desses meios mais recorrentes pode possibilitar o desenvolvimento de intervenções que limitem o acesso da população a essas práticas (Brandt, 2021; Gonçalves *et al.*, 2011; Stack, 2021).

Embora o suicídio possa ser entendido como um ato individual, ele desencadeia um efeito em cascata, pois afeta grupos sociais como famílias assim como comunidades e a sociedade em geral. Os dados indicam que o impacto de um ato suicida é extremamente significativo para os sobreviventes, estimando-se que entre 5 e 10 familiares e amigos são diretamente afetados, sendo então incluídas no grupo de risco visto que costumam relatar sentimentos como estigma social, abandono, vergonha e culpa com maior frequência (OMS, 2014; Calile; Chatelard, 2021). O suicídio ainda é um fenômeno permeado por mitos, crenças e preconceitos, que dificultam sua prevenção (Brandt, 2021; Calile; Chatelard, 2021; Schlösser *et al. apud* Leme *et al.*, 2019, OMS, 2024). Destaca-se a crença de que aqueles que falam sobre o tema não chegam a cometer o ato, enquanto muitos daqueles que manifestam a vontade de terminar com a própria vida estão, na realidade, transparecendo um pedido de ajuda ou exprimindo os sentimentos angustiantes pelo qual estão passando (Nicholas *et al.*, 2020; Santos, 2017; OMS, 2014, p. 15).

Outro mito é a ideia de que perguntar sobre suicídio pode incentivar alguém a realizar o ato (USP, 2024), enquanto falar abertamente sobre o tema pode reduzir a angústia e permitir que a pessoa compartilhe seus sentimentos (Brandt, 2021; Hirata, 2024). Há ainda o equívoco de que o suicídio é uma decisão pessoal que deve ser respeitada e não contrariada, no entanto,

na maior parte dos casos, aqueles que tentam o suicídio estão enfrentando transtornos mentais ou crises emocionais que comprometem a capacidade de tomar decisões racionais (Nicholas *et al.*, 2020).

Um outro preconceito é acreditar que a pessoa que tenta o suicídio é fraca (Calile; Chatelard, 2021). Muitos dos que cogitam ou tentam suicídio experienciam um sofrimento psicológico extremo, sendo assim o suicídio não reflete fraqueza, mas sim um estado de desespero profundo (Brandt, 2021; Calile; Chatelard, 2021; Santos, 2017). A Associação Brasileira de Psiquiatria e o Conselho Federal de Medicina (2014) também ressaltam que é incorreto pensar que, ao superar uma crise suicida, a pessoa esteja fora de perigo. Mesmo após uma tentativa, o risco permanece elevado, exigindo acompanhamento contínuo. É importante não interpretar o desejo suicida como um simples pedido de atenção ou chantagem emocional (Calile; Chatelard, 2021; Hirata, 2024, Santos, 2017).

Por fim, um mito amplamente difundido é o de que discutir suicídio ou perguntar diretamente se alguém está pensando nisso pode aumentar o risco de que o ato ocorra (USP, 2024). Pelo contrário, abordar o tema de forma adequada, sem romantizá-lo, pode ser uma importante medida de prevenção (ABP; CFM, 2014; Brandt, 2021). Muitas pessoas que cometem suicídio demonstram sinais de alerta, tais como falar sobre a morte, distanciar-se socialmente ou apresentar mudanças no comportamento (envolver-se em situações perigosas ou de risco, desapegar-se de seus pertences pessoais, entre outros).

## **1.2 Fatores de risco e proteção ao suicídio**

É amplamente discutido na literatura (Abreu *et al.*, 2010; Brandt, 2021; Calile; Chatelard, 2021; Gonçalves *et al.*, 2011; Hirata, 2024, Leme *et al.* 2019, Loiola *et al.*, 2023, Martins, 2023; Santos, 2017; Vieira; Coutinho, 2008) que os fatores de risco do suicídio estão profundamente ligados a uma combinação de aspectos psicossociais, ambientais e individuais. Entre os principais fatores de risco, segundo a ABP e o CFM (2014), destacam-se as tentativas prévias de suicídio e os transtornos mentais. Pessoas que já tentaram tirar a própria vida enfrentam um risco consideravelmente maior de tentar novamente, estimativas apontam que essa probabilidade é de cinco a seis vezes maior em comparação com aquelas que não possuem histórico de tentativas (OMS, 2014).

Além desse fator, os transtornos mentais, especialmente os que não foram diagnosticados ou tratados adequadamente, estão associados a uma parcela significativa dos casos de suicídio, sendo que os transtornos psiquiátricos de humor, como depressão, que é responsável por cerca de 70% dos casos de suicídio estão entre os mais frequentemente

relacionados aos suicídios (Botega; OMS, 2014). Além desses fatores, o uso prejudicial de substâncias também contribui de maneira expressiva para esses números (Santos, 2017; Sganzerla, 2023; Stack, 2021). Um outro fator é a persistência de sentimentos de “desesperança, desespero, desamparo e impulsividade” (ABP; CFM, 2014, p. 18), os quais, mesmo que não estejam diretamente associados a um diagnóstico de depressão, também podem aumentar a vulnerabilidade ao suicídio. Esses estados emocionais, quando ignorados ou não reconhecidos, são importantes indicativos de risco e devem ser levados em consideração para uma abordagem preventiva mais abrangente.

Outro fator é a situação social, a qual, segundo Botega (2014), Brasil (2017) e Leme *et al.* (2019), predispõe indivíduos ao suicídio, principalmente as camadas mais vulneráveis da sociedade, sendo aqueles com orientação sexual não condizente com a heteronormatividade os mais afetados. Estudos mostram que fatores sociais desempenham um papel importante no aumento do risco de suicídio. Períodos de recessão econômica, com aumento de desemprego e de dificuldades financeiras, podem tornar as pessoas mais vulneráveis, ampliando o risco de suicídio (Brandt, 2021, Ministério da Saúde, 2024; Stack, 2021). A discriminação também exerce um forte impacto, gerando eventos estressantes como rejeição, estigmatização e até violência (Wasserman *apud* Gonçalves, 2011; Leme *et al.*, 2019), especialmente entre grupos marginalizados, como imigrantes (Brasil, 2017; Sganzerla, 2021) e violência doméstica entre as mulheres (Brandt, 2021; Stack, 2021).

A sensação de isolamento e a ausência de suporte estão associadas a um maior risco de comportamento suicida, especialmente para pessoas que atravessam eventos psicológicos desafiadores sem apoio dos círculos próximos (Abreu *et al.*, 2010; Botega, 2014; Calile, Chatelard, 2021; Gonçalves *et al.*, 2011; Ribeiro *apud* Martins, 2023; Barbosa *et al. apud* Santos, 2017; Sganzerla, 2021; Stack, 2021; OMS, 2023). Viver sozinho é outro aspecto que eleva essa vulnerabilidade, particularmente para pessoas que são divorciadas ou nunca se casaram (Botega, 2014; OMS, 2023). Conflitos e perdas nos relacionamentos também se enquadram como um fator de risco, pois separações e a morte de um parceiro podem desencadear um estresse psicológico que agrava essa vulnerabilidade. Esse risco é particularmente acentuado em casos de relacionamentos abusivos ou violentos, colocando mulheres em situação de violência em maior risco (Brandt, 2021; Stack, 2021). Além disso, guerras e crises políticas afetam profundamente o bem-estar social, criando desemprego e incertezas financeiras que impactam diretamente o risco de suicídio, especialmente entre grupos mais vulneráveis (OMS, 2014; Stack, 2021).

Existem ainda fatores associados ao gênero. As mulheres têm mais chances de tentar suicídio em comparação aos homens (Botega, 2014; Brasil, 2017; Mello-Santos *et al.*, 2005) embora os homens sejam três vezes mais propensos a ter tentativas bem-sucedidas. A razão para essa disparidade ainda não está completamente esclarecida, mas acredita-se que a maior prevalência de depressão entre as mulheres seja um fator importante (Vieira; Coutinho, 2008), destacando o papel dessa patologia nos atos suicidas. Além disso, outra hipótese sugere que os homens tendem a utilizar métodos mais violentos, o que aumenta a probabilidade de suas tentativas serem fatais (Mello-Santos *et al.*, 2005; Oliveira *apud* Martins, 2023; Santos, 2017).

Além da relação com problemas psíquicos, estudos mostram uma relação com doenças clínicas não psiquiátricas. Segundo esses estudos, há um risco mais elevado de suicídio entre pessoas com condições clínicas crônicas em comparação com a população em geral. Condições como câncer, HIV, doenças neurológicas, incluindo esclerose múltipla, doença de Parkinson, doença de Huntington e epilepsia, estão entre as que podem aumentar essa vulnerabilidade (Botega, 2014; Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio *apud* Cerqueira, Lima, 2015; Martins, 2023; OMS, 2014). Doenças cardiovasculares, como infarto e acidente vascular cerebral, além de problemas respiratórios, como a doença pulmonar obstrutiva crônica, e doenças reumatológicas, como o lúpus, também representam fatores adicionais de risco (Abreu *et al.*, 2010).

Entre o público jovem, a morte por suicídio configura-se como um problema grave e evitável. Segundo a OMS (2014), muitas dessas mortes ocorrem de maneira impulsiva em decorrência de um momento de crise emocional, em que o sujeito pode enfrentar uma incapacidade temporária de lidar com estresses agudos ou crônicos, como conflitos interpessoais, dificuldades escolares ou pressões sociais. Em situações de impulsividade, o fácil acesso aos meios de suicídio pode ser um fator decisivo entre a vida e a morte (Abreu *et al.*, 2010; Ministério da Saúde, 2024; Santos, 2017; Stack, 2021; Turecki *apud* Sganzerla, 2021). Além disso, a impulsividade dos jovens está associada a processos de desenvolvimento cerebral. Durante a adolescência, o córtex pré-frontal, que regula a tomada de decisões e o controle de impulsos, ainda está em desenvolvimento, o que pode contribuir para respostas emocionais intensas e decisões precipitadas. Esse estágio de desenvolvimento torna os jovens particularmente vulneráveis a ações impulsivas, incluindo o suicídio, durante períodos de crise (OMS, 2014).

Além de buscar fatores associados a uma maior incidência de suicídio, são muitos os estudos que destacam fatores de proteção, que atuam preventivamente para diminuir a chance de ideação ou realização suicida (Abreu *et al.*, 2010; Cerqueira; Lima, 2015; Gonçalves *et al.*

2011; Leme *et al.*, 2019; Loiola *et al.*, 2023; Stack, 2021; OMS, 2023). Entre esses, a autoestima e a autoeficácia mostram-se fundamentais, pois fortalecem a capacidade dos adultos jovens para lidar com problemas e superar adversidades. Indivíduos com altos níveis de autoestima e autoeficácia têm menos probabilidade de desenvolver ideação suicida, pois possuem confiança para enfrentar desafios e encontrar soluções construtivas (Pinheiro *et al.*, 2023).

Além de fatores subjetivos, há ainda fatores sociais. A rede de apoio social, composta por amigos e familiares, é um desses elementos. Relações familiares saudáveis e amizades de qualidade funcionam como um ‘escudo protetor’, proporcionando um espaço de acolhimento e suporte emocional em momentos difíceis (Brandt, 2021; Brasil, 2017; Coutinho, 2008; Leme *et al.*, 2019; Martins, 2023, Ministério da Saúde, 2024; OMS, 2014; Sganzerla, 2021, Vieira; Coutinho, 2008). A presença de figuras significativas que oferecem suporte ajuda a reduzir a sensação de isolamento e proporciona um ambiente no qual os indivíduos podem compartilhar suas dificuldades, diminuindo o risco de pensamentos suicidas. Outros estudos sugerem que responsabilidade familiar, crenças morais e a capacidade de enfrentar os desafios são fatores protetores relevantes (Cerqueira; Lima, 2015). Esses elementos ajudam as pessoas a encontrarem propósito e resiliência, fortalecendo seu vínculo com a vida e fornecendo razões para persistir, mesmo em momentos de desespero (Linehan *et al.*, 1983). Esses fatores ajudam a criar uma rede de segurança, permitindo que os indivíduos encontrem soluções mais saudáveis para lidar com problemas de vida, reduzindo assim o risco de suicidalidade.

### **1.3 Estratégias preventivas do suicídio**

Um ponto importante na temática do suicídio tem sido a discussão das possibilidades de prevenção. Por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (2023) estima que 90% dos casos podem ser prevenidos com o suporte adequado, seja de familiares, amigos ou profissionais de saúde mental. O suicídio foi reconhecido oficialmente como um problema de saúde pública nacional no ano de 2006, após a publicação da Portaria nº 1.876 que instituiu as Diretrizes Brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (Brasil, 2017). Dentre os objetivos cruciais deste plano podemos citar a necessidade de sensibilizar a sociedade para o suicídio como um problema de saúde pública que pode ser prevenido, e a organização de uma linha de cuidados integrais, abrangendo promoção, prevenção, tratamento e recuperação em todos os níveis de atenção (Brasil, 2017). Também são enfatizadas ações para identificar fatores determinantes do suicídio e desenvolver projetos intersetoriais de responsabilidade social. Além disso, propõe-se ainda o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, bem como

a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde, seguindo os princípios de integralidade e humanização (Abreu *et al.*, 2010).

Em 2015, o Ministério da Saúde firmou uma parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV), uma instituição dedicada ao apoio emocional através de ligações telefônicas tendo como foco a prevenção do suicídio e, em 2017, consolidou-se um novo Acordo de Cooperação Técnica, fazendo com que as ligações ao CVV fossem gratuitas em todo o território nacional (Brasil, 2017, Ministério da Saúde, 2024; USP, 2024). Naquele ano, também foi divulgado o Boletim Epidemiológico das Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil e a Agenda de Ações Estratégicas para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil entre os anos de 2017 e 2020.

Destaca-se também o papel de iniciativas de instituições que atuam com estratégias de prevenção tanto presenciais como aproveitando as mídias digitais para alcançar as pessoas. Por exemplo, o Instituto Vita Alere, que oferece suporte psicológico e educativo para aqueles em risco e para a comunidade em geral. Fundado em 2013, o instituto capacita profissionais da saúde para lidar com crises suicidas de maneira eficaz e humana. Além disso, promove programas educativos em escolas, ajudando a identificar sinais de alerta e sensibilizando estudantes, professores e pais sobre a importância da saúde mental. O instituto também oferece apoio a pessoas que passaram por situações de suicídio e a seus familiares, visando a recuperação emocional (Vita Alere, s.d). Com parcerias internacionais, o Vita Alere dissemina informações sobre prevenção do suicídio e combate ao estigma, buscando criar uma rede de apoio e conscientização para reduzir as taxas de suicídio na sociedade.

Segundo Hirata (2024), a prevenção deveria se iniciar antes do surgimento de sinais de ideação suicida, os quais devem ser levados a sério pelos profissionais da saúde. O autor sugere a necessidade de avaliar os fatores de risco e construir um plano terapêutico individualizado. Em termos de estratégias sociais e coletivas de prevenção, a cartilha "Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil" (ABP, 2014) prevê que a prevenção do suicídio, de maneira coletiva, pode ser feita por meio de uma articulação intersetorial que envolve diferentes áreas governamentais e da sociedade civil. Dentre as estratégias apresentadas, destaca-se a necessidade de mobilizar setores como saúde, educação e assistência social (Martins, 2023), para abordar os aspectos determinantes sociais do suicídio, como fatores socioeconômicos, ambientais e de discriminação. Além disso, é essencial restringir o acesso a meios letais, como armas de fogo e pesticidas, e promover a conscientização sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas (OMS, 2014). De modo geral, a prevenção do suicídio deve envolver tanto a redução de fatores de risco quanto o

fortalecimento de fatores de proteção, através de uma perspectiva multidimensional que inclua ações comunitárias, suporte psicológico, políticas de saúde mental, integração social entre outras (Leme *et al.*, 2019; Loiola *et al.*, 2023; Martins, 2023; Ministério da Saúde, 2024).

Em ambientes acadêmicos, por exemplo, especialmente entre jovens universitários, programas de apoio psicológico têm se mostrado eficazes na identificação precoce de comportamentos de risco e na promoção da saúde mental. Segundo Gonçalves *et al.* (2011), muitos estudantes estão sujeitos a altos níveis de estresse e ansiedade pela transição para o ensino superior e as subseqüentes pressões acadêmicas. Instituições educacionais podem implementar ações de prevenção que incluam oficinas de habilidades socioemocionais, sessões de aconselhamento e campanhas de conscientização, que visem à redução do estigma acerca do suicídio, incentivando que os alunos procurem ajuda quando necessário (Sganzerla, 2021; Vieira; Coutinho, 2008).

Nessa linha, a prevenção ao suicídio no ambiente escolar demanda uma abordagem ampla, envolvendo capacitação de profissionais, apoio às famílias e promoção de habilidades sociais entre os estudantes (Gonçalves, 2011; Sganzerla, 2021; OMS, 2014). Um dos primeiros passos é a capacitação de professores e funcionários para que possam identificar sinais de alerta e fatores de risco associados ao suicídio entre adolescentes, entre os quais, mudanças significativas no comportamento e no desempenho escolar, como falta de interesse em atividades, isolamento social e comentários que possam indicar desejo de desaparecer ou de morte. É essencial que os profissionais estejam aptos a reconhecer esses indícios para que intervenções possam ser realizadas de maneira preventiva (Loiola *et al.*, 2023; Sganzerla, 2021). Outro ponto crucial é o treinamento em habilidades sociais (Leme *et al.*, 2019; Sganzerla, 2021). O desenvolvimento de habilidades como empatia, assertividade e resolução de problemas pode ajudar os estudantes a enfrentarem conflitos e pressões sociais de maneira mais eficaz, reduzindo o risco de ideação suicida. Oficinas que promovam a comunicação efetiva e a gestão emocional oferecem aos alunos ferramentas para lidar com situações estressantes, além de contribuir para um ambiente escolar mais inclusivo e acolhedor (Sganzerla, 2021).

Dessa forma, a relevância de pesquisa acerca das percepções do suicídio está ancorada no crescente número de casos de suicídio no Brasil, especialmente entre adultos jovens, e na importante atuação dos psicólogos frente à essa questão. Além disso, a pesquisa promove um diálogo sobre um assunto ainda pouco conversado e muito controverso. Conhecer as percepções acerca do suicídio por parte de psicólogos que trabalham com esse público, levantando formas

de manejo, desafios e prevenção pode contribuir para o entendimento do fenômeno na atualidade.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Investigar como o suicídio é percebido entre psicólogos que atendem adultos jovens, considerando os fatores de risco associados e as estratégias de prevenção.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar percepções sobre suicídio entre psicólogos que atendem adultos jovens.
- Verificar estratégias e práticas de manejo utilizadas pelos psicólogos em relação a casos de ideação e comportamento suicida, bem como os principais desafios encontrados, incluindo a abordagem de fatores de risco e a promoção de estratégias preventivas.
- Explorar possíveis relações entre a formação acadêmica dos psicólogos e suas percepções do suicídio, seu conhecimento sobre fatores de risco e prevenção.

### **3 MÉTODO**

A pesquisa aqui proposta segue a metodologia qualitativa. Segundo Creswell (2007), o método qualitativo de pesquisa permite uma compreensão dos significados e experiências dos indivíduos ou grupos em contextos culturais e sociais específicos. Uma das principais características do método qualitativo é o foco na experiência humana, buscando entender como as pessoas vivenciam, interpretam e dão sentido ao mundo. A reflexividade do pesquisador é uma característica fundamental da pesquisa em método qualitativo. Isso envolve o pesquisador estando ciente de que suas próprias experiências e visões de mundo podem influenciar o modo como os dados são interpretados. Ao adotar uma postura crítica e reflexiva, ele reconhece a subjetividade envolvida e o impacto que ela pode ter no estudo.

Os tipos de coleta de dados no método qualitativo são variados, podendo valer-se de uma gama de procedimentos. A análise de dados em pesquisa qualitativa não segue um processo linear, envolvendo várias etapas inter-relacionadas de maneira concomitante (Creswell, 2007).

#### **3.1 Participantes**

Foram convidados a participar do presente estudo profissionais da Psicologia que atendem adultos jovens. Para este estudo participaram 9 psicólogos, que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: concordar em participar voluntariamente, através do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A); ter experiência no atendimento a adultos jovens em consultório, de forma regular. A participação foi anônima. A faixa etária dos participantes variou de 33 a 60 anos, sendo que dois respondentes declararam ter 60 anos. Em relação ao gênero, sete participantes se identificaram como mulheres e dois como homens.

#### **3.2 Instrumentos**

Foi utilizado como instrumento de coleta um formulário elaborado no *Google Forms*, composto por duas partes. A primeira parte é composta por questões de identificação do perfil do profissional: idade; sexo; ano de formatura; tempo de experiência clínica; tempo de experiência no atendimento de adultos jovens; abordagem clínica atual; formação complementar – se pós-graduação; qual; se formação específica sobre o tema do suicídio; qual. A segunda parte é composta por cinco questões relativas ao tema:

1. Na sua experiência profissional, quais são as principais estratégias e práticas de manejo em relação a casos de ideação e/ou comportamento suicida entre adultos jovens?
2. A partir de sua experiência no atendimento clínico a adultos jovens, quais são os principais desafios encontrados em relação à ideação e comportamento suicida?
3. Na sua opinião, quais são os principais fatores de risco para a ideação e/ou comportamento suicida entre adultos jovens?
4. Na sua opinião, quais são as principais estratégias de prevenção em relação à ideação suicida e/ou comportamento suicida?
5. Você considera que a sua formação na graduação em Psicologia foi suficiente para lidar com esse tema na prática clínica?

Opções de resposta: ( ) Sim. ( ) Não. ( ) Parcialmente.

Por favor, explique a sua resposta.

### **3.3 Procedimentos de coleta de dados**

Os dados foram coletados remotamente durante o mês de janeiro de 2025, por meio da divulgação de um formulário semiestruturado em formato *Google Forms*. Os participantes foram contatados através do método “bola de neve” (do inglês *snowball sampling*) - uma técnica usada em pesquisas qualitativas baseado em um processo de referência em cadeia, onde os participantes recrutados inicialmente indicam outros com as características de interesse para a pesquisa (Gierczyk *et al.*, 2024). Esse método é utilizado em relação a questões sensíveis ou grupos sociais específicos, como no caso da presente pesquisa que lida com profissionais psicólogos que atendem adultos jovens. O tempo aproximado de preenchimento foi de 10 minutos.

### **3.4 Procedimentos de análise de dados**

No que diz respeito aos dados coletados, foi utilizado a análise de conteúdo (AC) de Bardin (2011). A análise de conteúdo é uma metodologia que consiste em analisar de forma sistemática e objetiva as mensagens. É uma técnica que envolve a categorização e codificação de dados qualitativos, organizando-os em temas ou categorias que possibilitam a inferência de significados (Cardoso *et al.*, 2021).

O processo é dividido em três etapas principais. A primeira é a pré-análise, em que o pesquisador seleciona os documentos ou dados a serem estudados, define tanto as hipóteses quanto os objetivos da pesquisa e estabelece os critérios a serem analisados. Depois disso, é

realizada a codificação, em que os dados são organizados em unidades de análise, como palavras, frases ou temas, que são posteriormente agrupados em categorias. Esse processo pode seguir uma abordagem quantitativa, baseada na frequência dos dados, ou qualitativa, focada na presença ou ausência de informações específicas. Por último, o tratamento dos resultados e interpretação, refere-se à interpretação dos dados categorizados e codificados, buscando padrões e significados que possam gerar novos conhecimentos a partir das informações analisadas (Abad; Abad, 2022; Bardin, 2011).

No caso da presente pesquisa, na primeira etapa, chamada de pré-análise, foi realizada uma leitura inicial dos dados coletados, permitindo uma familiarização geral com o material. Nesse momento, foi feita a identificação dos temas mais recorrentes e relevantes que emergiram das respostas para cada uma das questões. Em seguida, foram definidas categorias preliminares, alinhadas aos objetivos do estudo, como fatores de risco e proteção, desafios e estratégias de manejo profissional.

Na segunda etapa, que envolve a exploração do material, os dados qualitativos foram analisados detalhadamente, com a seleção de unidades de significado, como palavras, frases ou ideias centrais expressas pelos participantes. Essas unidades foram agrupadas de acordo com as categorias definidas anteriormente, permitindo organizar o conteúdo de forma sistemática. Durante essa fase, a codificação foi refinada, garantindo que o agrupamento das informações seja consistente e representativo. Por fim, na terceira etapa, foi feito o tratamento dos resultados e a interpretação dos dados. As categorias e temas identificados foram analisados para estabelecer conexões e padrões, buscando compreender as relações entre as percepções do suicídio e as práticas clínicas dos psicólogos.

### **3.5 Procedimentos éticos**

Este estudo seguiu as diretrizes éticas para pesquisas com seres humanos, conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Resolução nº 510/2016, que regulamenta a ética em pesquisas nas ciências humanas e sociais. A participação na pesquisa foi inteiramente voluntária. Todos os participantes foram previamente informados sobre a natureza e os objetivos do estudo antes de manifestarem seu consentimento formal. A pesquisa só foi iniciada após o consentimento explícito dos participantes, assegurado por meio de sua concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse termo foi elaborado para fornecer informações detalhadas sobre os procedimentos assim como as

garantias de confidencialidade e anonimato dos dados coletados, e disponibilizado aos participantes de forma digital.

Quaisquer danos previsíveis foram evitados e foi mantido o respeito e a privacidade durante a coleta e análise de dados. Durante o preenchimento do questionário, o participante pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta. Neste caso, foi possível optar por não a responder ou desistir da participação sem sofrer qualquer penalidade. Em todo o processo, nos comprometemos a fornecer qualquer assistência necessária em decorrência dos procedimentos da pesquisa. Os participantes tiveram acesso aos dados de contato da aluna pesquisadora e/ou a orientadora disponíveis no TCLE.

Não houve qualquer forma de oneração aos participantes, e esta pesquisa não ofereceu compensação financeira ou benefício direto pela participação. Os benefícios deste estudo serão alcançados com a análise e discussão dos dados obtidos e sua divulgação. Considerando a escassez de pesquisas científicas sobre a temática, os resultados contribuem para a compreensão das percepções do suicídio entre psicólogos que atendem adultos jovens, aprofundando o conhecimento sobre o tema e suas implicações. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) através da Plataforma Brasil em 02/12/2024 e aprovado (C.A.A.E.: 85531924.7.0000.5482).

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Descrição do perfil dos participantes**

As características dos participantes em relação ao tempo de formado, experiência clínica e abordagem de escolha para atendimentos foram organizadas na Tabela 1. Observa-se que a distribuição do ano de formatura dos nove participantes em Psicologia é variada, sendo que três se formaram em 1989, dois em 2009, dois em 2012, um em 2013 e um em 2015. Também foi possível constatar uma variação no tempo de experiência clínica entre os participantes da pesquisa. O psicólogo menos experiente possui 7 anos de prática. Cinco relataram experiência entre 10 e 15 anos e outros três participantes destacam-se com uma longa trajetória clínica: um com 34 anos de experiência, e dois participantes com 35 anos de atuação clínica.

No que diz respeito à abordagem clínica, quatro participantes afirmaram adotar a abordagem sistêmica, enquanto dois a psicanálise, sendo que um deles especificou a abordagem

Winnicottiana. Além disso, um participante relatou utilizar a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

Tabela 1. Características dos participantes

Participante	Características		
	Ano de formação	Tempo de experiência clínica (em anos)	Abordagem clínica atual
1	1989	34	Sistêmica
2	2009	15	Sistêmica
3	2013	12	Relacional Sistêmica
4	1989	35	Sistêmica
5	2015	7	Psicanálise Winnicottiana
6	2012	13	Sistêmica
7	2012	10	Sistêmico Familiar
8	2009	15	TCC
9	1989	35	Psicanálise

Sobre a formação complementar específica para lidar com o tema do suicídio, cinco participantes relataram possuir capacitação variada, incluindo participação em cursos especializados, grupos de estudo e congressos. Outros dois afirmaram não ter formação complementar, e dois não responderam essa questão. Todos os nove respondentes relataram ter pós-graduação. Dois participantes possuem doutorado em Psicologia Clínica, cinco têm especialização em terapia familiar (um deles também possui pós-graduação em Neurociências), e um relatou formação em prevenção, pós-venção e intervenção na autolesão.

#### 4.2 Categorias de análise

Dentro de cada tema investigado, foi possível identificar categorias específicas que dizem respeito aos principais focos dos relatos dos psicólogos. As categorias foram construídas a partir da leitura e da interpretação dos relatos, com base na proposta de análise categorial de Bardin (1977). Seguindo esse método buscou-se organizar o material, possibilitando uma análise atenta às respostas dos participantes. A Figura 1 apresenta as categorias identificadas a partir da análise dos dados, nos temas investigados.

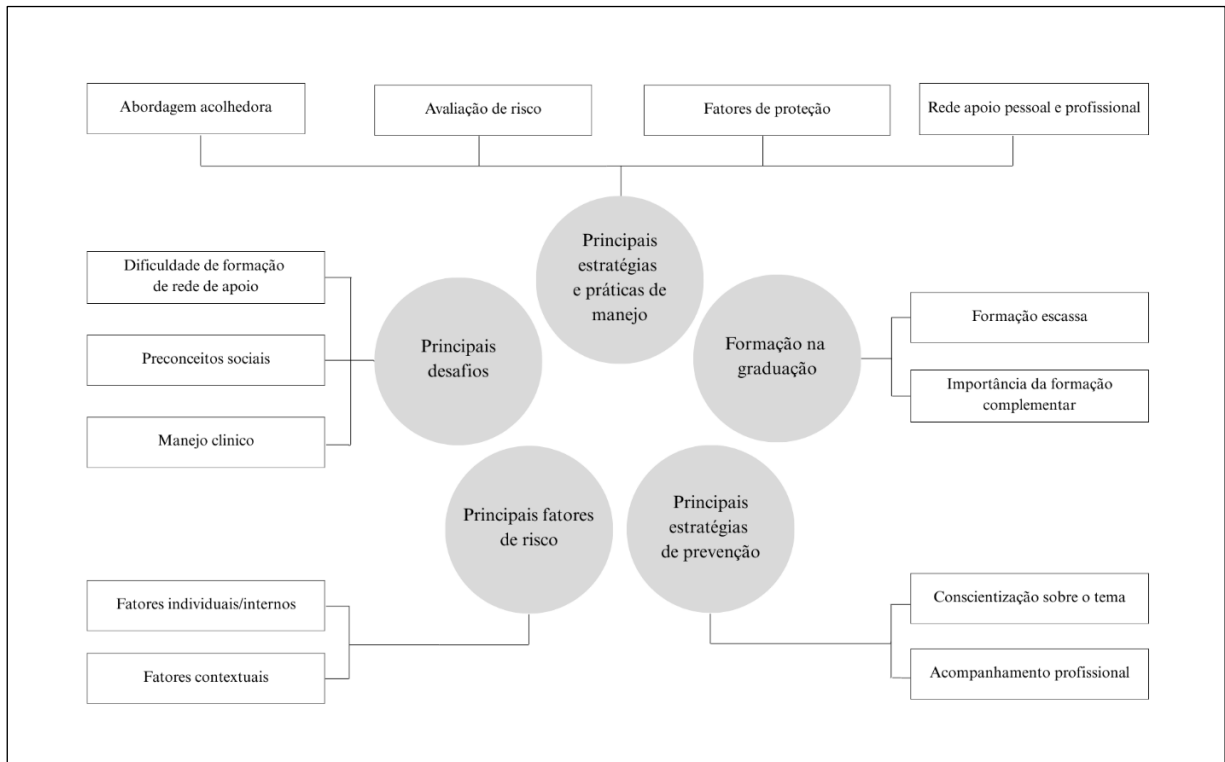


Figura 1. Gráfico dos temas e as categorias identificadas

#### 4.2.1 Principais estratégias e práticas de manejo

As estratégias adotadas pelos psicólogos no manejo da ideação e do comportamento suicida entre adultos jovens envolvem uma articulação entre uma escuta atenta, cuidado ético e a participação de diferentes meios de apoio. A análise das falas dos participantes permitiu organizar suas práticas em quatro categorias: abordagem acolhedora; rede de apoio profissional; avaliação de risco e fatores de proteção.

A primeira categoria diz respeito a abordagem acolhedora, sobre a qual se observa que os psicólogos enfatizaram a importância de uma escuta aberta, empática e livre de julgamentos como ponto de partida para estabelecer um vínculo terapêutico com seu paciente: “Falar abertamente sobre o assunto, sem medo do que o paciente pode me trazer de informações” (Participante 1); “a conversa aberta, franca e acolhedora sempre é o início” (Participante 9). A

validação do sofrimento psíquico tem sido vista como uma parte fundamental da intervenção terapêutica (Calile; Chatelard, 2021; Hirata, 2024). Essa postura permite que o sujeito se reconheça em sua dor, sem medo de ser julgado ou que seus sentimentos sejam menosprezados. Para adultos jovens, muitas vezes tomados por sentimentos de inadequação, solidão e falta de sentido, essa escuta pode servir como um primeiro passo para reconstruir um espaço de pertencimento. O acolhimento ético e não patologizante possibilita a formação de um vínculo terapêutico que abre vias para a ressignificação do sofrimento (Abreu *et al.*, 2010; Cerqueira; Lima, 2015; Martins, 2023). Assim, ao validar a experiência subjetiva do paciente, o psicólogo não apenas reduz a angústia imediata, mas também sustenta um espaço simbólico onde é possível, ainda que aos poucos, reconstruir sentido e o desejo de continuidade de viver.

A segunda categoria identificada refere-se a formação de rede de apoio pessoal e profissional, ressaltando que o cuidado com a pessoa em sofrimento não deve se limitar ao *setting* terapêutico, mas sim deve incluir o envolvimento da família, psiquiatras e outros profissionais de saúde: “Procuro acionar rede pessoal e rede profissional (família e psiquiatra)” (Participante 2); “orientação com a família em comum acordo com o cliente, possibilitando que a família se coloque como uma rede de apoio para o jovem e encaminhamento para um serviço de psiquiatria” (Participante 6). A atuação em rede é indispensável na prevenção do suicídio, pois amplia o alcance do cuidado e distribui responsabilidades entre diferentes setores (Brasil, 2017; Botega, 2006; Cerqueira; Lima, 2015; Loiola *et al.*, 2023, Minayo *apud* Martins 2023; OMS, 2023). A cartilha da ABP e do CFM (2014) também recomenda que o manejo de casos com risco de suicídio envolva articulação com profissionais da psiquiatria e acompanhamento conjunto, principalmente quando se identifica a necessidade de uso de medicamentos ou encaminhamentos para internação. Além disso, Brandt (2021) destaca que a inclusão da rede de apoio, especialmente a familiar, contribui para reconstruir vínculos fragilizados, oferecer segurança emocional e garantir a continuidade do cuidado para além da sessão terapêutica. Quando a rede é fortalecida, o jovem encontra pontos de sustentação que ajudam no manejo do sofrimento e na prevenção de recaídas, fazendo do cuidado um processo além de ser compartilhado, também contínuo.

A terceira categoria, a avaliação de risco, aparece como uma etapa crucial no processo de manejo clínico. Os profissionais mencionaram a realização de mapeamentos detalhados, aplicação de escalas, construção de planos de segurança e avaliação colaborativa da crise: “Mapeamento e avaliação de risco” (Participante 4); “plano de resposta à crise” (Participante 7). Um profissional referiu o uso do modelo CAMS (*Collaborative Assessment and Management of Suicidality*), uma abordagem terapêutica semiestruturada que envolve a

participação do terapeuta e do paciente na identificação e manejo de fatores específicos que levam o indivíduo a pensar em suicídio (Santel *et al.*, 2023). No entanto, ainda se observa que os participantes mencionaram a presença de estigma social sobre o suicídio que dificulta a percepção de sinais de risco, tornando ainda mais necessária uma escuta preparada do psicólogo (Santos, 2017). Sendo assim, recomenda-se que a avaliação de risco seja parte da rotina clínica e que protocolos específicos sejam adotados a depender do grau de urgência identificado (ABP; CFM 2014).

Por fim, a quarta categoria identificada refere-se aos fatores de proteção, considerados pelos psicólogos como elementos fundamentais na reconstrução de perspectivas diante do sofrimento. Os participantes relataram a importância de fortalecer vínculos afetivos, promover o acolhimento e estimular a elaboração de projetos de vida como formas de ampliar as possibilidades de enfrentamento. Uma das falas expressa esse movimento como a tentativa de “encontrar algum fio de esperança, alguma razão para acreditar que ainda é possível viver” (Participante 5). Essas estratégias mencionadas condizem com a literatura, que aponta a presença de fatores como autoestima, vínculos familiares saudáveis e habilidades de comunicação como importantes amortecedores frente à ideação suicida (Abreu *et al.*, 2010; Cerqueira; Lima, 2015; Gonçalves *et al.* 2011; Leme *et al.*, 2019; Loiola *et al.*, 2023; Stack, 2021; OMS, 2023). Além disso, o sentimento de pertencimento e a identificação com grupos sociais, mesmo em contextos de adversidade, também têm sido reconhecidos como elementos protetores potentes (Botega, 2016; Brandt, 2021). O senso de responsabilidade familiar, a religiosidade (Botega, 2016), o suporte social e o acesso contínuo a cuidados em saúde mental são descritos como recursos que, embora não eliminem o risco, contribuem significativamente para o planejamento clínico e o fortalecimento do cuidado integral (ABP; CFM, 2014).

Com isso, as estratégias adotadas pelos psicólogos para o manejo da ideação e do comportamento suicida entre adultos jovens demonstram uma conduta que combina a técnica clínica e a atenção à subjetividade do sofrimento. A escuta acolhedora se mostra como porta de entrada essencial para a construção de vínculos terapêuticos consistentes, enquanto o trabalho com redes de apoio amplia o alcance do cuidado para além do consultório. A avaliação sistemática do risco, em conjunto a planos de segurança e à escuta colaborativa, reforça o compromisso ético dos profissionais com a complexidade do sofrimento vivido pelos jovens. Ao priorizarem o fortalecimento dos fatores de proteção, como vínculos afetivos, pertencimento e projetos de vida, os psicólogos demonstram uma abordagem que ressalta a singularidade do sujeito e a construção de perspectiva mesmo diante de contextos de crise.

#### 4.2.2 Principais desafios

Ao serem questionados sobre os principais desafios encontrados no atendimento clínico a adultos jovens com ideação ou comportamento suicida, os psicólogos participantes apontaram uma série de dificuldades que envolvem aspectos relacionais, institucionais, sociais e técnicos. A partir disso, os resultados foram divididos nas três seguintes categorias: dificuldade de formação de rede de apoio; preconceitos sociais e manejo clínico.

Em relação à primeira categoria, dificuldade de formação de rede de apoio, um dos desafios mais frequentemente mencionados foi a dificuldade de envolver as redes de apoio do paciente, em especial os familiares, no processo de cuidado. Os profissionais relataram resistência por parte da família do paciente em reconhecer a gravidade da situação ou em se comprometer com o acompanhamento terapêutico: “A família compreender a seriedade do adoecimento e se implicar no processo terapêutico” (Participante 1); “o cansaço da rede de apoio e a forma como ainda é invalidado o sofrimento psíquico” (Participante 9).

Quando a rede imediata do sujeito se mostra inacessível ou até mesmo hostil, o trabalho clínico torna-se mais vulnerável. Além disso, a não compreensão do sofrimento psíquico por parte da família pode agravar o sentimento de solidão e desesperança do paciente, reduzindo sua motivação para seguir em tratamento, exigindo um esforço adicional por parte do psicólogo para acolher tanto o paciente quanto, sempre que possível, sensibilizar e incluir a rede no processo de cuidado. A fragilidade ou a ausência de suporte social e familiar está diretamente associada à intensificação do sofrimento psíquico e à maior vulnerabilidade ao suicídio (OMS, 2023). Nicholas *et al.* (2020) destacam que o isolamento compromete as possibilidades de elaboração da dor emocional, e que o apoio emocional de familiares ou pessoas significativas pode funcionar como um dos principais fatores de proteção. Ademais, a presença de redes de apoio estáveis mostra reduzir consideravelmente a probabilidade de comportamentos suicidas, ao passo que o distanciamento social e afetivo tende a amplificar a ideação suicida, especialmente entre jovens (Stack, 2021). Para além da presença física, é fundamental que a rede de apoio esteja sensibilizada e engajada, reconhecendo a legitimidade do sofrimento do sujeito e contribuindo ativamente no processo de cuidado (Botega, 2015; Cerqueira; Lima, 2015; Ramos, 2018). Desse modo, nota-se que o trabalho clínico isolado tende a ser insuficiente em casos de risco suicida, e que o envolvimento da rede relacional do paciente representa uma condição indispensável para a continuidade do cuidado e a prevenção de recaídas.

Outro conjunto de desafios está relacionado a segunda categoria identificada: preconceitos sociais, ligada aos preconceitos, tabus e desinformação que ainda permeiam o

suicídio. Os profissionais relataram com frequência que o sofrimento do paciente é deslegitimado ou interpretado como exagero, chantagem ou fraqueza moral: “O tabu, a desinformação, o medo em falar sobre o preconceito, a desvalorização do sentimento do tentante” (Participante 7), dificultando não somente a busca por ajuda, mas também aprofunda o isolamento e a culpa dos indivíduos em sofrimento, que muitas vezes internalizam esses discursos. De fato, o estigma em torno do suicídio é um dos principais fatores que impedem o reconhecimento precoce dos sinais de alerta e o acesso aos serviços de cuidado (Santos, 2017), a crença em mitos, como a ideia de que “falar sobre suicídio incentiva a prática” (USP, 2024), afasta a possibilidade de diálogo franco e impede a criação de espaços seguros de escuta (Nicholas *et al.*, 2020) entre outros. Além disso, discursos sociais moralizantes, especialmente em contextos religiosos e familiares, contribuem para a culpabilização do sujeito e para a negação de sua dor, o que torna ainda mais difícil que ele verbalize seu sofrimento de forma legítima (Gonçalves *et al.*, 2011). Quando a dor psíquica não encontra reconhecimento simbólico ou acolhimento social, ela tende a se intensificar e a buscar saídas extremas, especialmente entre adultos jovens que estão em processo de construção de identidade (Menin, 2006).

Em relação à terceira categoria, os participantes também relataram desafios diretamente relacionados ao manejo clínico em si. Entre eles, os psicólogos destacaram a sensação de impotência frente à gravidade ou imprevisibilidade da situação: “Independente do contexto e do momento do tratamento, o maior desafio é manejar a imprevisibilidade e a impotência” (Participante 4), além da dificuldade em manter o vínculo terapêutico com pacientes que se percebem como indignos de cuidado, que se recusam a receber ajuda em momentos críticos: “Resistência do indivíduo em aceitar ajuda, pois dada sua vulnerabilidade emocional ele entende não ser digno de cuidados” (Participante 4).

Santos (2017) afirma que embora transtornos como a depressão estejam frequentemente associados ao suicídio, fatores como impulsividade, desesperança e retraimento relacional e social podem ser ainda mais determinantes na condução ao ato. Além disso, ele aponta que a imprevisibilidade do comportamento suicida representa um desafio particular, exigindo do profissional não apenas preparo técnico, mas também suporte emocional e institucional para lidar com o risco e o medo da perda. Martins (2023) ressalta essa ideia ao destacar que o terapeuta, ao se deparar com um paciente que rejeita o cuidado, pode ter um sentimento de limite ético e afetivo da própria atuação. Nesses casos, o vínculo terapêutico precisa ser reconstruído constantemente, mesmo em meio à recusa, exigindo uma postura clínica que tolere a ambivalência do sujeito e sustente a escuta sem imposição. Em situações em que o paciente

expressa recusa de ajuda, isso deve ser compreendido como expressão do sofrimento e não como resistência consciente (Leme *et al.*, 2019).

Ainda nessa categoria, alguns profissionais mencionaram sentir insegurança ao lidar com quadros graves ou com pacientes que apresentam impulsividade e episódios de agressividade: “Lidar com a desesperança, atentar a comportamentos de *acting out*, promover projeções de futuro ao mesmo tempo suportar a depressão/desespero” (Participante 1). Em muitos casos, isso exige articulação com profissionais, como com os “profissionais da psiquiatria” (Participante 3), com vistas à avaliação conjunta da necessidade de medicação ou internação. Contudo, esse encaminhamento nem sempre se mostra viável tendo em vista a precarização dos serviços públicos de saúde, a escassez de vagas (Ferreira *et al.*, 2018), dificultando a implementação de estratégias interdisciplinares. Além disso, a cartilha da ABP e do CFM (2014) enfatiza que a avaliação do risco deve ser acompanhada de um plano terapêutico estratégico, com retaguarda para internação em casos de alto risco e articulação entre psicólogos, psiquiatras e rede de apoio social. A falta dessa integração compromete a continuidade e a eficácia do tratamento.

Diante dos relatos apresentados, torna-se claro que os desafios enfrentados pelos psicólogos no atendimento clínico a adultos jovens com ideação ou comportamento suicida não se restringem à esfera técnica, e que o atendimento requer uma abordagem ampliada. A dificuldade de mobilizar redes de apoio familiares e comunitárias revela não apenas a fragilidade desses vínculos, mas também a necessidade de sensibilizar os entornos afetivos do sujeito para que se tornem partícipes do cuidado. Soma-se a isso a persistência de estigmas sociais e discursos moralizantes que silenciam o sofrimento e impedem a criação de espaços legítimos de escuta. No contexto clínico, os profissionais ainda se deparam com a complexidade do manejo de situações marcadas por imprevisibilidade, recusa de ajuda e o sofrimento psíquico, o que demanda não apenas competências técnicas, mas também acolhimento ético e um apoio de outras áreas.

#### 4.2.3 Principais fatores de risco

Os participantes da pesquisa relataram diversos fatores de risco relacionados à ideação e ao comportamento suicida entre adultos jovens. Os achados evidenciam que esses fatores são interdependentes, complexos e muitas vezes invisibilizados pelas dinâmicas sociais e institucionais que cercam o sujeito em sofrimento. As respostas abrangem desde aspectos

subjetivos até contextos históricos e sociais, permitindo a organização dos relatos em duas categorias principais: fatores individuais/internos e fatores contextuais.

Quanto à primeira categoria, fatores individuais e internos, os profissionais destacaram estados emocionais como desesperança, desamparo, solidão profunda e sentimento de inadequação como gatilhos significativos. Um dos participantes sintetizou essa dimensão ao mencionar “desesperança, desespero e desamparo (os 3 Ds)” (Participante 7) como estados emocionais frequentemente presentes em pacientes com ideação suicida. A baixa tolerância à frustração e alta impulsividade também foram apontados como elementos que tornam os jovens mais suscetíveis a decisões impulsivas em momentos de crise: "Pouca tolerância a frustração, impulsividade" (Participante 1), fatores que são marcadores relevantes para o risco suicida, especialmente entre adultos jovens (ABP; CFM, 2014; Botega, 2016; OMS, 2014). Além disso, os psicólogos relataram que transtornos de humor como depressão aparecem como fatores agravantes, mas alertaram para o risco de se reduzir o suicídio a um único diagnóstico. Nessa direção os participantes destacaram que, mesmo na ausência de transtornos psiquiátricos formalmente diagnosticado, o sofrimento psíquico pode ser suficientemente intenso para desencadear uma ideação suicida. A literatura reforça a importância de compreender o contexto existencial do sujeito (Brandt, 2021; Cerqueira; Lima, 2015).

Sobre a segunda categoria, no âmbito dos fatores contextuais, os psicólogos identificaram elementos externos que ampliam a vulnerabilidade do sujeito. Entre os mais mencionados estão vínculos afetivos fragilizados como “relacionamentos abusivos, distanciamento da família” (Participante 1), “acesso a meios letais” (Participantes 4 e 9) e perdas significativas ao longo da vida, sejam elas financeiras, afetivas ou familiares: "Vínculos enfraquecidos, acesso a meios letais, perdas financeiras e/ou relacionais" (Participante 4); "família não acreditar que há risco, falta rede de apoio, *bullying*" (Participante 3); "isolamento social; marginalização" (Participante 7).

Observa-se que fatores estruturais como o desemprego e a precariedade econômica também foram destacados: "Desemprego [e] perdas econômicas" (Participante 4). A exposição a estressores sociais e econômicos como pobreza, desemprego e exclusão está associada ao aumento do risco de suicídio, especialmente entre adultos jovens (Brandt, 2021; Stack, 2021). Botega (2015) e Gonçalves *et al.* (2011) destacam que o contexto de marginalização, incluindo *bullying* e violência simbólica, contribui para a interiorização da dor e dificulta o reconhecimento do sofrimento como legítimo, o que aprofunda o sentimento de isolamento. Ainda ressalta que a exclusão social afeta especialmente jovens que se encontram em transições

críticas, como o ingresso na vida universitária ou no mercado de trabalho, sem o suporte afetivo e material necessário.

As redes sociais digitais foram apontadas como uma fonte adicional de sofrimento. Um dos psicólogos associou o risco à pressão por felicidade promovida nas mídias digitais: "Sociedade que busca a felicidade (das redes sociais)" (Participante 8). Outro participante mencionou diretamente o chamado "efeito Werther" (Participante 7), ao observar o impacto de comunidades virtuais que romantizam ou incentivam comportamentos suicidas (Brandt, 2021). Esses ambientes digitais, ao reforçarem ideais inatingíveis de bem-estar e sucesso, podem intensificar sentimentos de fracasso, inadequação e solidão — o que é discutido por Stack (2021). Além disso, Nicholas *et al.* (2020) chamam atenção para o fato de que a comparação social exacerbada nas redes digitais pode gerar sentimentos de inadequação, fracasso e exclusão, especialmente quando o sujeito já se encontra emocionalmente fragilizado.

Com base nas evidências coletadas e analisadas, podemos observar que os fatores de risco para a ideação e o comportamento suicida entre adultos jovens não podem ser compreendidos de forma isolada ou simplificada. Trata-se de um fenômeno complexo, que emerge de experiências emocionais intensas, fragilidade nos vínculos afetivos, ausência de suporte social e pressões contextuais e sociais. A compreensão dos fatores individuais, como impulsividade, desesperança e transtornos mentais, precisa estar articulada à compreensão dos contextos em que o sofrimento se inscreve, especialmente em uma fase da vida marcada por transições de identidade, cobranças externas e inseguranças quanto ao futuro. Como revelam os resultados, o risco não reside unicamente no indivíduo, mas nos modos como ele é acolhido (ou silenciado) por sua rede e pela sociedade. Nesse sentido, o reconhecimento desses vários fatores é essencial para que o cuidado clínico seja não apenas mais eficaz, mas também ético e sempre atento às condições que sustentam ou agravam o sofrimento psíquico.

#### *4.2.4 Principais estratégias de prevenção*

As estratégias de prevenção mencionadas pelos psicólogos participantes demonstram uma atuação profissional que envolve o cuidado profissional com ações de sensibilização e promoção de diálogo. Observou-se com base nos resultados que a prevenção do suicídio exige intervenções em diferentes níveis, desde a escuta clínica até a mobilização social. Com base nos relatos, foram organizadas duas categorias principais: o acompanhamento profissional e a conscientização sobre o tema.

Em relação à primeira categoria, o acompanhamento profissional, destaca-se as seguintes respostas: “Trabalho multidisciplinar” (Participante 2). “Atendimento especializado e espaços de discussão que sejam liderados por profissionais que tenham acesso e experiência nessa área” (Participante 6). Os participantes reforçaram que o atendimento psicológico qualificado deve ir além da escuta individual, envolvendo redes interdisciplinares. O cuidado clínico exige mais do que técnicas, é necessário compromisso com o sofrimento do outro, articulação com políticas públicas e estratégias que ajudem a reconstruir a continuidade simbólica da vida (Leme *et al.*, 2019). A cartilha da ABP e do CFM (2014) também orienta que casos de risco sejam acompanhados com um plano terapêutico bem definido, apoio institucional e, quando necessário, envolvimento de serviços especializados. Além disso, Vieira e Coutinho (2008) apontam que, especialmente entre jovens universitários, o acesso a suporte profissional pode fazer diferença na forma como o sofrimento é reconhecido e elaborado.

Sobre a segunda categoria, a conscientização sobre o tema, destacam-se as seguintes respostas: “Falar sobre o tema, quebrar tabus, desmistificar” (Participante 1); “informação, conscientização social do problema” (Participante 7); “o dia 10 de Setembro, dia mundial de prevenção ao suicídio, é um bom exemplo, ele chama a atenção da existência de um problema de saúde pública e invoca toda a população a se informar” (Participante 4). Essas respostas mostram o desejo dos profissionais por uma abordagem mais aberta e educativa sobre o tema do suicídio, tanto na mídia quanto nas instituições, como meio de romper o silêncio e o preconceito ainda existentes. O medo de falar sobre suicídio impede que a sociedade reconheça sinais de alerta e ofereça apoio adequado enquanto o estigma em torno da ideação suicida alimenta a negação do sofrimento e isola ainda mais o sujeito em risco (Calile; Chatelard, 2021; Santos, 2017). A prevenção, nesse caso, passa pelo acesso à informação (Nicholas *et al.*, 2020; Sganzerla, 2021). A cartilha da ABP e do CFM (2014) reforça que campanhas públicas e ações educativas são instrumentos fundamentais para sensibilizar a população e orientar os primeiros passos em direção ao cuidado. Além disso, a OMS (2023) propõe diferentes níveis de prevenção, seja ela universal, seletiva ou indicada, os quais foram reconhecidos nas respostas. Isso mostra que os profissionais estão atentos à necessidade de prevenir o sofrimento tanto em larga escala (campanhas de massa) quanto por meio de intervenções dirigidas a grupos vulneráveis ou já em sofrimento.

#### 4.2.5 Formação na graduação

Ao serem questionados sobre a formação recebida durante a graduação em Psicologia no que diz respeito à preparação para o atendimento de casos de ideação e comportamento

suicida, os psicólogos participantes relataram, em sua maioria, uma percepção de lacunas curriculares. Os achados indicam que o tema foi abordado na graduação de forma pontual, muitas vezes de maneira superficial e sem articulação com a prática clínica, contribuindo para uma sensação de despreparo ao se depararem com essas situações no dia a dia. Foram delimitadas duas categorias principais: formação escassa e importância da formação complementar.

Na primeira categoria, os participantes destacaram que o tema do suicídio, quando presente na graduação, era abordado de forma esporádica, normalmente restrito a uma aula optativa ou tratado de maneira marginal em disciplinas como Psicopatologia ou Saúde Mental. Como exemplificaram alguns entrevistados: “Em toda minha formação ouvi falar de suicídio apenas em uma aula optativa” (Participante 9), e “na graduação, em momento algum, a suicidologia foi introduzida, sequer tocamos no assunto do suicídio e pouco se falava sobre luto” (Participante 7). A formação em Psicologia no Brasil ainda trata o suicídio como um tema periférico, raramente inserido em um projeto pedagógico mais amplo (Cerqueira; Lima, 2015; Ramos, 2018). Brandt (2021) observa que, mesmo diante da crescente demanda por atendimento a pessoas em sofrimento psíquico agudo, como é o caso da ideação suicida, os cursos continuam deixando de preparar os estudantes para atuar com segurança clínica e sensibilidade ética. Essa lacuna persiste independentemente do tempo de formação atingindo tanto profissionais mais antigos quanto recém-formados, o que foi igualmente observado entre os participantes deste estudo: “Não, não tive nenhuma aula a respeito” (Participante 8, formado em 1989); “não foi” (Participante 4, formado em 2013).

A ausência de conteúdos sistematizados e integrados sobre suicídio compromete não apenas a formação técnica, mas também a formação ética e afetiva dos futuros psicólogos. Cerqueira e Lima (2015) defendem que a formação em saúde mental deve ir além da técnica, promovendo espaços de escuta, reflexão e elaboração sobre temas complexos e sensíveis como a morte, o luto e o suicídio. Sem isso, o profissional corre o risco de reproduzir silenciamentos ou de atuar com insegurança e distanciamento diante do sofrimento psíquico profundo.

Na segunda categoria, identificou-se que, diante da carência formativa, muitos profissionais buscaram por conta própria ampliar seus conhecimentos, investindo em cursos, leituras, congressos e supervisões. Esse movimento de autoformação aparece como uma tentativa de preencher as lacunas deixadas pela graduação: “O que aprendi foi a partir de uma busca pessoal, por meio de cursos, livros e congressos” (Participante 8); “tive que buscar estudar sozinha após a graduação, ter muita supervisão, pesquisas, leituras sobre o tema, de maneira autônoma” (Participante 1). Isso aponta para um processo de responsabilização

individual por uma deficiência que, na verdade, é estrutural. A ausência de conteúdos consistentes sobre suicidologia nos currículos acadêmicos transfere ao profissional recém-formado o ônus de buscar sua própria qualificação. Esse movimento, embora revelador de um forte compromisso ético, também pode indicar o abandono institucional de uma responsabilidade formativa essencial. O reforço dessa crítica é visível nos dados apresentados por Vieira e Coutinho (2008), que alertam para o impacto da formação insuficiente na capacidade do psicólogo de identificar precocemente os sinais de risco. Sem preparo adequado, o profissional tende a subestimar a gravidade de quadros clínicos ou a adotar posturas evasivas frente ao sofrimento psíquico extremo. A formação deve se orientar não apenas por conteúdos, mas pela construção de uma escuta clínica sensível, que reconheça o suicídio como um fenômeno complexo e evite reduções patologizantes (Cerqueira; Lima, 2015; Martins, 2023).

Embora a amostra do estudo seja pequena, e não permite generalização dos resultados, a percepção dos participantes corrobora estudos anteriores como indicado acima. Dessa forma, pode-se afirmar que os dados aqui levantados apontam para a necessidade de revisão curricular nos cursos de Psicologia. É essencial que as disciplinas pedagógicas incorporem conteúdos sobre prevenção e manejo do suicídio, articulando a teoria e a prática, além de promover o desenvolvimento de competências clínicas voltadas à escuta ética, à construção de vínculos e à mobilização de redes de apoio. Como indicam os participantes deste estudo, o sofrimento suicida exige uma escuta preparada que deveria iniciar durante a formação universitária.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo teve como objetivo compreender, a partir da percepção de psicólogos atuantes na clínica com adultos jovens, os principais fatores de risco, estratégias de manejo e desafios encontrados no atendimento a adultos jovens em situação de ideação ou comportamento suicida. A partir da coleta e análise das respostas dos participantes, buscou-se dar visibilidade às práticas, percepções e preocupações que atravessam esse trabalho clínico, marcado pela urgência, pela escuta atenta e pela necessidade de sensibilidade ética.

Os resultados revelaram que o sofrimento suicida não pode ser compreendido a partir de um único olhar. Ele atravessa a história de vida, os vínculos e os contextos sociais de cada sujeito. Os profissionais apontaram fatores emocionais, como o desespero, a solidão e o sentimento de não pertencimento, mas também destacaram que o sofrimento é frequentemente agravado por relações afetivas frágeis, por estigmas e tabus sociais, pela precariedade

econômica e pela pressão por felicidade idealizada, especialmente nas redes sociais. Esses elementos reforçam que o risco suicida não reside apenas no indivíduo, mas também nas condições sociais e afetivas que o cercam, ou na ausência delas.

Em suas práticas, os psicólogos descreveram estratégias que envolvem uma escuta acolhedora, a construção de vínculos, a avaliação de risco e a mobilização de redes de apoio. Valorizam um cuidado que não se limita à aplicação técnica, mas que se abre à subjetividade do sujeito e à complexidade de seu contexto de vida. Os relatos também revelam o esforço constante para sustentar o encontro com o outro, mesmo diante da recusa, da desesperança ou do silêncio. Nesse cenário, o acolhimento configura-se como um gesto que exige presença, paciência e persistência.

Por outro lado, o estudo evidenciou lacunas significativas na formação oferecida pelos cursos de graduação em Psicologia dos participantes, o que é reforçado pela literatura. A ausência de conteúdos sistemáticos sobre suicídio e a falta de articulação entre teoria e prática deixam muitos profissionais inseguros para lidar com uma temática tão delicada. Este dado é ainda mais preocupante diante do aumento de casos de suicídio entre adultos jovens, o que reforça a necessidade urgente de revisar a formação acadêmica para que ela esteja em sintonia com as demandas atuais. A formação insuficiente não é apenas uma limitação curricular, mas uma condição que compromete a qualidade do cuidado com o outro.

Cabe destacar, no entanto, algumas limitações deste estudo. A amostra foi pequena e o método de coleta de dados, realizado por meio de formulário *Google Forms*, restringiu o aprofundamento das respostas dos participantes, o que seria possível em entrevistas individuais. A natureza qualitativa e breve das respostas captadas limitou a riqueza de detalhes que poderia ter emergido em um contato mais direto. Diante desses limites, sugere-se que pesquisas futuras aprofundem a escuta dos profissionais por meio de metodologias que permitam entrevistas mais extensas e análises mais aprofundadas. Além disso, seria importante ampliar a amostra de participantes, de modo a captar uma diversidade maior de experiências e práticas clínicas, contribuindo assim para um mapeamento mais preciso dos desafios e estratégias no enfrentamento da ideação suicida entre adultos jovens.

Conclui-se que a prevenção e o manejo do suicídio nessa população vão além de protocolos, exigem disponibilidade para escutar, compromisso com o vínculo e articulação com redes familiares e institucionais. Requerem também um repensar da formação em Psicologia, para que os futuros profissionais estejam mais preparados para reconhecer o sofrimento como uma expressão legítima da experiência humana e para atuar de forma ética, sensível e fundamentada.

## REFERÊNCIAS

- ABAD, Alberto; ABAD, Thais Marques. **Análise de conteúdo na pesquisa qualitativa.** *Alternativas cubanas en Psicología*. Vol. 10, n. 28, 2021. Disponível em: <https://acupsi.org/wp-content/uploads/2022/03/03-Analisis-contenido-AAbad-TMarques.pdf>. Acesso em: 29 Nov. 2024.
- ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria; CFM - Conselho Federal de Medicina. **Suicídio: informando para prevenir.** Brasília: Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio, 2014. Disponível em: <https://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14>. Acesso em: 25 Out. 2024.
- ABREU, Kelly Piacheski de. *et al.* **Comportamento suicida:** fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 12 (1), Abril, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9537>. Acesso em: 06 Nov. 2024.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.
- BEZERRA, Viviane Alves dos Santos. *et al.* **Representações sociais de estudantes sobre a pessoa que se suicida.** *Escola em tempos de conexões*. Vol. 3. Paraíba: Conedu, 2021. Disponível em: [https://editorarealize.com.br/editora/ebooks/conedu/2021/ebook3/TRABALHO\\_EV150\\_MD7\\_SA100\\_ID872\\_14102021195325.pdf](https://editorarealize.com.br/editora/ebooks/conedu/2021/ebook3/TRABALHO_EV150_MD7_SA100_ID872_14102021195325.pdf). Acesso em: 29 Ago. 2024.
- BRANDT, L. **Os significados e sentidos de universitários acerca do suicídio.** UFSCAR, Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia), 2021. Acesso em: 29 Ago. 2024.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde: departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha\\_agenda-estrategica-publicada.pdf](https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf). Acesso em: 06 Out. 2024.
- BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida: Epidemiologia.** *Psicol. USP*, São Paulo, v. 25, n. 3, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/HBQQM7PGMRLfr76XRGVYnFp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 Mai. 2025.
- BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida: Avaliação e manejo.** Porto Alegre: Artmed, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/307723380\\_Crise\\_Suicida\\_Avaliacao\\_e\\_manejo](https://www.researchgate.net/publication/307723380_Crise_Suicida_Avaliacao_e_manejo). Acesso em: 06 Mai. 2025.
- CALILE, Otávio Henrique Braz de Oliveira; CHATELARD, Daniela Scheinkman. **Representações sociais sobre suicídio.** *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 9, n. 2, 2021. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/5408>. Acesso em: 29 Ago. 2024.

CARDOSO, Márcia Regina Gonçalves. *et al.* **Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa.** FUCAMP, v. 20, n. 43, 2021. Disponível em: [https://editorarealize.com.br/editora/ebooks/conedu/2021/ebook3/TRABALHO\\_E\\_V150\\_MD7\\_SA100\\_ID872\\_14102021195325.pdf](https://editorarealize.com.br/editora/ebooks/conedu/2021/ebook3/TRABALHO_E_V150_MD7_SA100_ID872_14102021195325.pdf) <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2347>. Acesso em: 21 Set. 2024.

CERQUEIRA, Yohanna; LIMA, Patrícia. **Suicídio: a prática do psicólogo e os principais fatores de risco e de proteção.** Rio de Janeiro: IGT rede. v. 12 n. 23, 2015. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1807-25262015000200010&lng=pt&nrm=iso](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1807-25262015000200010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 25 Out. 2024.

CRESWELL, John Ward. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Tradução Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Acesso em: 21 Set. 2024.

FERREIRA, Micheli Leal. *et al.* **Comportamento suicida e atenção primária a saúde.** Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/324979211\\_Representacoes\\_sociais\\_Um\\_dominio\\_em\\_expansao](https://www.researchgate.net/publication/324979211_Representacoes_sociais_Um_dominio_em_expansao) [https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/2357-707X-enfoco-09-04-0050/2357-707X-enfoco-09-04-0050.pdf](https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-09-04-0050/2357-707X-enfoco-09-04-0050.pdf). COFEN: Enfermagem em Foco, v. 9, n. 4, 2018. Acesso em: 26 Abr. 2025.

Fundação Oswaldo Cruz. **Estudo aponta que taxas de suicídio e autolesões aumentam no Brasil.** Cidacs/Fiocruz Bahia, 2024. Disponível em: <https://fiocruz.br/noticia/2024/02/estudo-aponta-que-taxas-de-suicidio-e-autolesoes-aumentam-no-brasil#:~:text=Redu%C3%A7%C3%A3o%20global%2C%20mas%20aumento%20nas%20Am%C3%A9ricas&text=Nesse%20per%C3%ADodo%2C%20o%20n%C3%BAmero%20de,%2060%20anos%20de%20idade>. Acesso em: 01 Set. 2024.

GIERCZYK, Marcin. *et al.* **The Snowball Sampling Strategy in the Field of Social Sciences. Contexts and Considerations.** *Contexts and Considerations. Przegląd Badań Edukacyjnych (Educational Studies Review)*. Vol. 2, n. 43, 2024. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/378292676\\_The\\_Snowball\\_Sampling\\_Strategy\\_in\\_the\\_Field\\_of\\_Social\\_Sciences\\_Contexts\\_and\\_Considerations](https://www.researchgate.net/publication/378292676_The_Snowball_Sampling_Strategy_in_the_Field_of_Social_Sciences_Contexts_and_Considerations). Acesso em: 23 Mar. 2025.

GONÇALVES, Amadeu Matos. *et al.* **Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção.** *Millenium*, 40: p. 149-159, 2011. Disponível em: <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.ipv.pt:10400.19/1208>. Acesso em: 03 Nov. 2024.

HIRATA, Edson Shiguemi. Síndromes depressivas e ideação suicida. In: **Saúde mental e psicopatologias para a equipe de saúde.** 1a ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2024. Acesso em: 23 Out. 2024.

LEME, Vanessa Barbosa Romera. *et al.* **Habilidades Sociais e Prevenção do Suicídio: Relato de Experiência em Contextos Educativos.** *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2019. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/journal/4518/451859860016/451859860016.pdf>. Acesso em: 09 Nov. 2024.

LINEHAN, Marsha. *et al.* **Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51 (2), 1983. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/16356792\\_Reasons\\_for\\_Staying\\_Alive\\_When\\_You\\_Are\\_Thinking\\_of\\_Killing\\_Yourself\\_The\\_Reasons\\_for\\_Living\\_Inventory](https://www.researchgate.net/publication/16356792_Reasons_for_Staying_Alive_When_You_Are_Thinking_of_Killing_Yourself_The_Reasons_for_Living_Inventory). Acesso em: 03 Nov. 2024.

LOIOLA, Elaine Camilo. *et al.* **Prevenindo o suicídio: relato de experiência de extensão interdisciplinar em educação e saúde.** v. 12: Fluxo Contínuo, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/elo/article/view/15620/8625>. Acesso em: 09 Nov. 2024.

MARTINS, Maria Esterfani Pereira. **A atuação da psicologia em situações de suicídio.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Curso de Psicologia, Centro Universitário Christus, Fortaleza, 2023. Disponível em: <https://repositorio.unichristus.edu.br/jspui/handle/123456789/1521>. Acesso em: 23 Mar. 2025.

MELLO-SANTOS, Carolina de. *et al.* **Epidemiology of suicide in Brasil (1980-2000): characterization of age rates of suicide.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005; 27 (2):131-134. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/KR5S6xqgWkjmyDbfKxph8tk/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 04 Mai. 2025.

MENIN, Maria Suzana de Stefano. **Representação Social e Estereótipo: A Zona Muda das Representações Sociais.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 22 n. 1, 2006. Disponível em: <http://arquivistica.fci.unb.br/wp-content/uploads/tainacan-items/476350/839343/12917-Texto-do-Artigo-39107-2-10-20150122-1.pdf?format=pdf&lang=pt> <https://www.scielo.br/j/ptp/a/NDdhJbHGFccwNG3CZX7sstr/>. Acesso em: 25 Out. 2024.

Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde. **Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Campinas (Brasil). Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: [https://cvv.org.br/wp-content/uploads/2023/08/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_profissionais\\_saude.pdf](https://cvv.org.br/wp-content/uploads/2023/08/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf). Acesso em: 04 Mai. 2025.

NICHOLAS, Angela. *et al.* **Belief in suicide prevention myths and its effect on helping: a nationally representative survey of Australian adults.** *BMC Psychiatry*, 2020. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2347> <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02715-9>. Acesso em: 15 Set. 2024.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Preventing suicide: a global imperative.** Agosto 2014. Disponível em: <https://www.ip.usp.br/site/noticia/precisamos-falar-sobre-suicidio-mas-tem-jeito-certo-de-fazer-isso/> <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. Acesso em: 4 Out. 2024.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Suicídio**. Agosto 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 01 Set. 2024.

PINHEIRO, Ana Patrícia de Oliveira Ribeiro Silva. *et al.* **Autoestima como Fator Protetivo para a Saúde Mental**. ID on-line: Revista de Psicologia, vol. 17 n. 68, 2023. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3844>. Acesso em: 23 Mar. 2025.

RAMOS, Kezia Braga. **A temática do suicídio no ensino de psicologia: uma análise documental**. Universidade federal do Ceará. Curso de psicologia. Campus sobral, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/42740>. Acesso em: 25 Fev. 2025.

SANTEL, Miriam. *et al.* **The Collaborative Assessment and Management of Suicidality compared to enhanced treatment as usual for inpatients who are suicidal: a randomized controlled trial**. *Front. Psychiatry, Sec. Psychological Therapy and Psychosomatics*, vol. 14, 2023. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2023.1038302/full>. Acesso em: 26 Abr. 2025.

SANTOS, Karla Kniphoff dos. **As representações de uma população acerca do suicídio**. UNISC, Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia), 2017. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1702>. Acesso em: 01 Set. 2024.

SGANZERLA, Giovana Coghetto. **Risco de suicídio em adolescentes: estratégias de prevenção primária no contexto escolar**. *Psicologia Escolar e Educacional*. v. 25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/cSRRLBHpxrsKghmcNWMWctJ/?lang=pt>. Acesso em: 09 Nov. 2024.

STACK, Steven. **Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic**. *Prev. Med.*, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34538366/>. Acesso em: 23 Mar. 2025.

USP - Universidade de São Paulo. **Precisamos falar sobre suicídio. Mas tem jeito certo de fazer isso**. Instituto de Psicologia: IPUSP, 2024. Disponível em: <https://www.ip.usp.br/site/noticia/precisamos-falar-sobre-suicidio-mas-tem-jeito-certo-de-fazer-isso/>. Acesso em: 15 Set. 2024.

VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. **Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de Psicologia**. *Psicol. cienc. prof.* 28 (4), 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/RHQHBPf6WZN5N6nXtPYr7M/#>. Acesso em: 29 Ago. 2024.

Vita Alere. **O instituto**. s.d. Disponível em: <https://vitaalere.com.br/o-instituto/>. Acesso em: 09 Nov. 2024.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “As percepções do suicídio: um estudo com psicólogos que atendem adultos jovens”. O objetivo do estudo é investigar como o suicídio é representado entre psicólogos que atendem adultos jovens, considerando os fatores de risco associados e as estratégias de prevenção.

Para participar, além de ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é preciso que você leia a declaração ao fim deste texto e **clique que concorda em participar**, o que lhe dará acesso ao questionário on-line. Você pode arquivar uma cópia deste termo com você, caso concorde em participar deste estudo.

Esta pesquisa cumpre as exigências referentes ao sigilo e aspectos éticos conforme instituído na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisa envolvendo seres humanos.

A pesquisa será realizada por meio de um formulário no *Google Forms*, que inclui questões sobre a formação profissional, bem como sobre suas percepções acerca do tema da ideação e comportamento suicida (estratégias de manejo, desafios enfrentados na prática clínica, fatores de risco e estratégias de prevenção). A coleta de dados será realizada remotamente através do formulário eletrônico, garantindo o sigilo de sua identidade. Todas as informações fornecidas serão tratadas de forma confidencial, sem a sua identificação durante a análise e a publicação dos resultados. Quaisquer danos previsíveis serão evitados e será mantido o respeito e a privacidade durante a coleta e análise de dados.

Durante o preenchimento do questionário, se você se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, você pode optar por não responder ou desistir da sua participação sem sofrer qualquer penalidade. Em todo o processo, nos comprometemos a fornecer qualquer assistência necessária em decorrência dos procedimentos da pesquisa, sempre respeitando a sua decisão.

Esta pesquisa não oferece compensação financeira ou benefício direto pela participação. Assim, pode abandoná-la caso assim deseje, sem sofrer qualquer prejuízo. Quaisquer despesas para a coleta de dados serão custeadas pela pesquisadora, não havendo qualquer forma de oneração aos participantes.

Os benefícios deste estudo serão alcançados após a análise e discussão dos dados obtidos. Considerando a escassez de pesquisas científicas sobre a temática, os resultados poderão contribuir para a compreensão das percepções do suicídio entre psicólogos que atendem adultos jovens, aprofundando o conhecimento sobre o tema e suas implicações.

Comprometemo-nos a maximizar os benefícios que possam ser gerados a partir dos achados deste estudo.

O contato com os resultados deste trabalho, bem como qualquer dúvida durante o andamento da pesquisa, poderá ser obtidos entrando em contato com a pesquisadora Julia Shimazumi Berber pelo seguinte e-mail: [ra00282165@pucsp.edu.br](mailto:ra00282165@pucsp.edu.br).

É ressaltado que o sigilo será integralmente respeitado, garantindo que seu nome ou qualquer outro dado que possa, de alguma forma, identificá-lo(a) não será divulgado. As informações coletadas on-line serão armazenadas em um banco de dados onde os/as respondentes são identificados(as) apenas por um numeral, e serão analisadas em conjunto com os dados fornecidos por outros(as) participantes.

Os responsáveis por este projeto são a aluna de graduação Julia Shimazumi Berber e a Profa. Dra. Miriam Raquel Wachholz Strelhow, ambas vinculadas à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Para qualquer dúvida ou esclarecimento, você pode entrar em contato com a pesquisadora Julia pelo telefone (11) XXXX-XXXX ou com a Profa. Miriam pelo número (11) 3670-8156. Nos comprometemos a oferecer total assistência ao longo de toda a pesquisa, garantindo acesso às informações necessárias e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas implicações, tanto antes quanto durante e após sua participação.

Caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme está expresso na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde nos itens IV.3 e V.7.

Se houver alguma reclamação, dúvida ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP situado na Rua Ministro Godói, 969 – sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello no bairro Perdizes (CEP: 05.015-001) na cidade de São Paulo (SP), que possui o telefone e e-mail, respectivamente: (11) 3670-8466 e [cometica@pucsp.br](mailto:cometica@pucsp.br).

Pesquisadora responsável: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Miriam Raquel Wachholz Strelhow

Aluna pesquisadora: Julia Shimazumi Berber

Leia atentamente a declaração a seguir e clique numa das alternativas abaixo:

**"Declaro que li e entendi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado e..."**

- Concordo e aceito participar da pesquisa. (Esta alternativa dá acesso ao questionário.)  
 Não quero participar da pesquisa.