

O PAPEL DO MÉDICO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

Sabrina Ramires SAKAMOTO¹

Arthur Luiz OLIVEIRA²

Lais Bartheman Bachiegga MACHADO³

Diego Henrique RAYMUNDO⁴

Leticia Maciel RODRIGUES⁵

Júlia Marinho GUILHERMETI⁶

Rodolfo Ferreira de CARVALHO⁷

Lays Almeida Cunha ANDRADE⁸

Juliana Pardo Moura Campos GODOY⁹

RESUMO

O suicídio na adolescência constitui um grave problema de saúde pública da atualidade, exigindo respostas integradas entre saúde, educação e assistência social. Nos últimos anos, observou-se aumento expressivo das taxas de suicídio nessa faixa etária no Brasil e no mundo, especialmente após o período pandêmico, evidenciando fragilidades estruturais no cuidado em saúde mental. Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo analisar o papel do médico na prevenção do suicídio na adolescência, destacando sua função na identificação precoce de sinais de risco, no acolhimento empático e na articulação com a rede de atenção psicossocial. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada entre agosto e outubro de 2025, nas bases SciELO, PubMed, BVS e LILACS, contemplando publicações entre 2018 e 2025, em português, inglês e espanhol. A análise das evidências permitiu organizar os achados em três eixos: fatores de risco e ideação suicida; papel do médico na identificação e prevenção; e integração do cuidado e estratégias intersetoriais. Os resultados apontam que a maioria dos adolescentes que tentaram suicídio havia procurado serviços de saúde anteriormente, sem que o risco fosse reconhecido. A literatura enfatiza que o médico, especialmente na Atenção Primária, é figura-chave para detectar sinais precoces, construir planos de segurança, realizar aconselhamento familiar e coordenar o seguimento longitudinal do cuidado. Observou-se também que a

¹ Discente do curso de Medicina – FAFIPE/ FUNPE

² Discente do curso de Medicina – FAFIPE/ FUNPE

³ Discente do curso de Medicina – FAFIPE/ FUNPE

⁴ Discente do curso de Medicina – FAFIPE/ FUNPE

⁵ Discente do curso de Medicina – FAFIPE/ FUNPE

⁶ Discente do curso de Medicina – FAFIPE/ FUNPE

⁷ Discente do curso de Medicina – FAFIPE/ FUNPE

⁸ Discente do curso de Medicina – FAFIPE/ FUNPE

⁹ Doutora em Psicobiologia, Docente do curso de Medicina da FAFIPE/ FUNPE

efetividade das ações preventivas depende do fortalecimento das políticas públicas e da qualificação permanente dos profissionais. Conclui-se que o médico, ao exercer escuta sensível, reconhecer vulnerabilidades e articular redes de apoio, torna-se agente fundamental na prevenção do suicídio entre adolescentes, contribuindo para a consolidação de uma cultura de cuidado, empatia e valorização da vida.

Palavras-chave: suicídio; adolescência; prevenção; saúde mental; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Adolescent suicide represents a serious public health issue requiring integrated responses across the health, education, and social assistance sectors. In recent years, suicide rates in this age group have increased significantly in Brazil and worldwide, particularly after the pandemic period, exposing structural weaknesses in mental health care. In this context, the present study aimed to analyze the physician's role in preventing adolescent suicide, highlighting their function in the early identification of risk signs, empathic listening, and coordination within the psychosocial care network. This is a narrative literature review, conducted between August and October 2025, using the SciELO, PubMed, BVS, and LILACS databases, covering publications from 2018 to 2025 in Portuguese, English and Spanish. The analysis of the evidence allowed the findings to be organized into three categories: risk factors and suicidal ideation; the physician's role in identification and prevention; and integrated care and intersectoral strategies. The results indicate that most adolescents who attempted suicide had previously sought health services without their risk being recognized. The literature emphasizes that physicians, particularly in Primary Health Care, play a key role in detecting early warning signs, building safety plans, providing family counseling, and coordinating longitudinal follow-up. The findings also reveal that the effectiveness of preventive actions depends on strengthening public policies and ensuring continuous professional training. It is concluded that physicians, through sensitive listening, recognition of vulnerabilities, and articulation of support networks, become fundamental agents in preventing adolescent suicide and in promoting a culture of care, empathy, and appreciation for life.

Keywords: Suicide; Adolescence; Prevention; Mental health; Primary health care.

1 Introdução

A adolescência representa uma fase de intensas transformações físicas, emocionais e sociais, marcada por desafios de identidade, vulnerabilidade psíquica e exposição a fatores de risco que podem culminar no comportamento suicida. Trata-se de um período de transição em que o indivíduo busca consolidar sua autonomia e pertencimento social, mas muitas vezes enfrenta frustrações, conflitos

familiares, sobrecarga escolar e pressões sociais exacerbadas, o que pode fragilizar sua saúde mental. Em escala global, o suicídio figura entre as principais causas de morte nessa faixa etária e é considerado uma questão prioritária pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2025). Entre jovens de 10 a 24 anos, a taxa de mortalidade por suicídio ocupa a segunda posição em países desenvolvidos, e a tendência de crescimento também é observada em nações de renda média, como o Brasil (Hua *et al.*, 2024).

No contexto nacional, o cenário é igualmente preocupante. Estudos recentes apontam um aumento expressivo nas taxas de suicídio entre adolescentes brasileiros de 10 a 19 anos, com elevação de mais de 120 % entre 2000 e 2022 (Corassa *et al.*, 2025). Esse avanço não se restringe a regiões específicas, mas reflete desigualdades sociais, fragilidade dos vínculos familiares e escassez de políticas públicas voltadas à juventude. Em estados do Nordeste, o aumento anual foi significativo, especialmente entre meninas, o que evidencia a necessidade de considerar as dimensões de gênero, território e vulnerabilidade social (Oliveira *et al.*, 2024). Esses dados reforçam que a adolescência é um período crítico para o surgimento de transtornos mentais e comportamentos autolesivos, exigindo políticas de saúde mental integradas e permanentes.

Diante desse panorama, o fortalecimento das estratégias de prevenção torna-se imperativo. A literatura destaca que a maioria dos adolescentes que cometeram suicídio havia procurado algum serviço de saúde nos meses anteriores, sem que o risco fosse identificado (Almanzar *et al.*, 2024). Isso evidencia uma lacuna importante entre o acesso ao sistema de saúde e a efetividade do cuidado prestado. A detecção precoce e o acolhimento empático podem transformar a trajetória de um jovem em sofrimento, prevenindo a evolução para o comportamento suicida. Nesse sentido, o médico, especialmente aquele que atua na Atenção Primária à Saúde (APS), assume papel estratégico como profissional de referência capaz de perceber alterações de comportamento, realizar escuta sensível e promover o encaminhamento adequado à rede de apoio psicossocial.

A atuação médica preventiva vai além do diagnóstico clínico. Inclui o desenvolvimento de competências relacionais, a valorização do vínculo e a integração entre cuidado físico e emocional. Quando o médico acolhe a queixa

emocional sem julgamento, oferece escuta ativa e estabelece relação de confiança, cria-se um espaço terapêutico que favorece o diálogo e o enfrentamento do sofrimento. Ademais, cabe ao profissional identificar fatores de risco e de proteção, orientar familiares, construir planos de segurança e acompanhar o adolescente ao longo do tratamento, fortalecendo a continuidade do cuidado (Lee; Araújo; Price, 2024). Essas práticas demandam preparo técnico e sensibilidade ética, já que o tema do suicídio envolve tabus e dilemas que exigem formação específica e suporte institucional.

Assim, discutir o papel do médico na prevenção do suicídio na adolescência é reconhecer sua relevância dentro da rede de atenção à saúde mental e o potencial transformador de sua atuação. Mais do que intervir em momentos de crise, o médico pode atuar como articulador de processos preventivos, integrando ações educativas, acompanhamento clínico e articulação intersetorial. Com base nas evidências recentes, este artigo tem como objetivo analisar o papel do médico na prevenção do suicídio na adolescência, destacando sua função na identificação precoce, no cuidado longitudinal e na integração com a rede de atenção psicossocial, buscando contribuir para o aprimoramento das práticas assistenciais e para a efetivação das políticas de promoção da vida.

2 Revisão da literatura

A adolescência constitui uma fase singular do ciclo vital, marcada por profundas transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais. Nessa etapa, o indivíduo busca afirmar sua identidade, conquistar autonomia e consolidar vínculos de pertencimento, mas frequentemente enfrenta conflitos internos e instabilidade emocional decorrentes das exigências familiares, escolares e sociais. Esse conjunto de mudanças torna o adolescente mais suscetível ao desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentos de risco (Hua *et al.*, 2024²³). A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2025) reconhece que metade dos transtornos mentais inicia-se antes dos 14 anos, sendo que a maioria não recebe diagnóstico nem tratamento adequado, o que amplia o risco de agravamento dos sintomas e de comportamentos autodestrutivos.

A saúde mental na adolescência é um tema prioritário de saúde pública. Segundo dados da OMS, o suicídio figura entre as cinco principais causas de morte entre adolescentes de 10 a 19 anos, sendo a segunda causa em países de renda média e alta. No Brasil, um estudo ecológico conduzido por Corassa *et al.* (2025) identificou aumento de 120% nas taxas de suicídio entre adolescentes no período de 2000 a 2022, com maior prevalência entre meninos, embora as meninas apresentem índices mais elevados de ideação e tentativas. Essa diferença reflete padrões distintos de comportamento suicida entre os sexos, uma vez que os meninos tendem a utilizar métodos mais letais, enquanto as meninas manifestam sofrimento emocional de forma mais aberta e buscam ajuda com maior frequência.

A ideação suicida é definida como o conjunto de pensamentos, desejos ou planos relacionados à própria morte, podendo variar de reflexões passivas sobre “não existir” até a formulação de planos concretos de autoextermínio (Ribeiro *et al.*, 2025). Essa condição constitui um dos principais preditores de tentativa e suicídio consumado, especialmente quando associada à impulsividade, uso de substâncias psicoativas e histórico familiar de transtornos mentais.

Já a tentativa de suicídio, segundo Bridge *et al.* (2023), consiste em um ato intencional de autoagressão com a finalidade de causar a própria morte, mas que não resulta em óbito. Esse evento, geralmente impulsivo, é precedido por sinais de alerta, como isolamento, irritabilidade, queda no rendimento escolar, distúrbios do sono, perda de interesse por atividades e verbalizações sobre inutilidade ou desesperança (Ribeiro *et al.*, 2025). O reconhecimento desses sinais é fundamental para a prevenção, pois a maioria dos adolescentes que atentam contra a própria vida havia procurado algum serviço de saúde nos meses anteriores, sem que o risco fosse identificado (Almanzar *et al.*, 2024).

Um estudo brasileiro multicêntrico (Silva *et al.*, 2024) identificou prevalência significativa de ideação e tentativa de suicídio em pré-adolescentes, reforçando que o problema emerge antes dos 15 anos e requer ações preventivas precoces. Já em pesquisas internacionais, Farah *et al.* (2023) observaram aumento expressivo nas taxas de tentativas entre adolescentes de 10 a 19 anos em 2021, associando o crescimento a fatores de estresse pós-pandemia, isolamento e dificuldades no acesso a serviços de saúde mental. Embora o contexto pandêmico

não seja o único determinante, ele revelou fragilidades estruturais, como escassez de profissionais capacitados e sobrecarga dos serviços, que persistem e precisam ser enfrentadas de forma sistêmica.

Diante desse cenário, o médico assume papel estratégico na identificação precoce de fatores de risco e na condução de práticas preventivas. Mais do que diagnosticar, cabe a esse profissional desenvolver competências relacionais, como empatia, escuta ativa e comunicação acolhedora, criando espaços de confiança que permitam ao adolescente expressar seu sofrimento (Lee; Araújo; Price, 2024). O manejo adequado da queixa emocional e o encaminhamento oportuno para os serviços de referência constituem ações decisivas para a prevenção do suicídio. Além disso, o trabalho integrado com equipes multiprofissionais e com setores como educação e assistência social potencializa a efetividade das ações e contribui para a promoção da vida.

3 Métodos

Este estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, voltada à compreensão do papel do médico na prevenção do suicídio na adolescência, com ênfase nas estratégias de identificação precoce, acolhimento e articulação entre os níveis de atenção à saúde. A revisão narrativa foi escolhida por permitir a integração crítica e interpretativa de diferentes tipos de estudos, contemplando evidências clínicas, experiências de cuidado e perspectivas psicossociais sobre o tema.

A busca bibliográfica foi realizada entre agosto e outubro de 2025, nas bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed/MEDLINE, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e PsycINFO, visando abranger produções nacionais e internacionais relevantes para a temática.

Foram utilizados descritores controlados e não controlados combinados com os operadores booleanos AND e OR, em português, inglês e espanhol, segundo a estratégia: (“suicídio” OR “suicidal behavior” OR “suicide prevention”) AND

(“adolescência” OR “adolescent” OR “youth”) AND (“saúde mental” OR “mental health”) AND (“médico” OR “medical role” OR “primary care”).

O recorte temporal contemplou publicações entre 2018 e 2025, período em que houve crescimento expressivo nas pesquisas sobre suicídio juvenil e fortalecimento das políticas de saúde mental voltadas a adolescentes.

Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, estudos de intervenção e análises qualitativas que abordassem direta ou indiretamente o papel do médico na prevenção do suicídio entre adolescentes.

Os critérios de inclusão abrangeram estudos publicados em português, inglês ou espanhol; disponíveis integralmente e com acesso aberto; que apresentassem discussão sobre o papel do médico ou das equipes multiprofissionais na identificação e manejo do risco suicida em adolescentes.

Foram excluídos editoriais, relatos sem base empírica, duplicidades e publicações voltadas a populações adultas ou infantis sem recorte adolescente.

A análise do material selecionado foi conduzida por meio de leitura exploratória, seletiva e interpretativa, com registro das principais evidências em fichas de síntese. Posteriormente, os achados foram organizados em eixos temáticos que refletem as dimensões investigadas: fatores de risco e ideação suicida na adolescência; o papel do médico na identificação e prevenção do suicídio; integração do cuidado e estratégias intersetoriais.

O método adotado possibilitou analisar criticamente as contribuições teóricas e práticas sobre o tema, articulando a literatura científica com a realidade dos serviços de saúde e destacando lacunas de conhecimento que possam subsidiar novas pesquisas e ações preventivas.

4 Resultados e discussão

A análise das publicações selecionadas possibilitou identificar evidências consistentes sobre a complexidade multifatorial do suicídio na adolescência e o papel central do médico nas estratégias preventivas. Os estudos revisados apontam que, embora existam diferenças contextuais entre países e faixas etárias, há convergência quanto à relevância dos fatores psicológicos, sociais e familiares na

gênese da ideação suicida e nas tentativas entre adolescentes. Também se observa a necessidade de fortalecer a formação e a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, especialmente médicos, como agentes fundamentais na identificação precoce do risco e na articulação com redes intersetoriais de cuidado. Assim, os resultados foram organizados em três eixos temáticos: (1) fatores de risco e ideação suicida na adolescência; (2) o papel do médico na identificação e prevenção do suicídio; e (3) a integração do cuidado e estratégias intersetoriais, que são discutidos a seguir à luz da literatura recente e das evidências encontradas.

4.1 Fatores de risco e ideação suicida na adolescência

A compreensão dos fatores de risco associados ao comportamento suicida na adolescência exige uma abordagem multifatorial, que considere as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais do desenvolvimento juvenil. Segundo Prades-Caballero, Navarro-Pérez e Carbonell (2025), os fatores de risco são múltiplos e interdependentes, podendo ser organizados em três níveis: individuais, interpessoais e contextuais. No âmbito individual, destacam-se variáveis como idade, gênero, orientação sexual, presença de transtornos mentais — especialmente depressão, ansiedade e transtorno bipolar —, comportamento impulsivo, automutilação prévia e experiência de dor física ou emocional crônica. Em termos interpessoais, os autores apontam a influência de vínculos familiares fragilizados, conflitos parentais, negligência, abuso físico ou sexual, *bullying* e isolamento social. Já os fatores contextuais envolvem a exposição à violência comunitária, desigualdade social, discriminação e acesso limitado a serviços de saúde mental.

Esses elementos interagem de maneira dinâmica, intensificando a vulnerabilidade do adolescente quando há acúmulo de fatores de risco e ausência de fatores de proteção, como apoio familiar, relações de confiança e inserção escolar positiva. Em estudo conduzido na Espanha, Prades-Caballero *et al.* (2025) demonstraram que a falta de regulação emocional, o sentimento de desesperança e o baixo suporte social estão entre os principais preditores de ideação e tentativa de suicídio. Da mesma forma, Hua *et al.* (2024) destacam que até 90% dos

adolescentes que tentaram suicídio apresentavam algum transtorno mental diagnosticável, o que reforça a importância do rastreamento precoce de sintomas depressivos e ansiosos em serviços de atenção básica.

No Brasil, os dados seguem a mesma tendência. De acordo com Corassa *et al.* (2025), houve aumento expressivo nas taxas de mortalidade por suicídio entre jovens de 10 a 19 anos nas últimas duas décadas, com destaque para as regiões Norte e Nordeste, onde os determinantes sociais — como pobreza, desigualdade e vulnerabilidade territorial — agravam o cenário. Além disso, observou-se maior incidência entre meninos, embora as meninas apresentem mais episódios de ideação e tentativas, possivelmente em função de diferenças na socialização emocional e no uso de métodos letais. Essa disparidade evidencia a importância de estratégias de prevenção sensíveis às dimensões de gênero, cultura e contexto socioeconômico.

Grupos específicos de adolescentes apresentam risco ainda maior. Entre eles, jovens LGBTQIA+ enfrentam taxas de tentativa de suicídio até quatro vezes superiores à média da população geral, devido à rejeição familiar, discriminação e violências de caráter simbólico e institucional (Gracia-Liso *et al.*, 2024). Adolescentes indígenas e residentes em comunidades rurais também demonstram maior vulnerabilidade, em virtude de processos históricos de exclusão, perda de identidade cultural e dificuldades de acesso a cuidados especializados. A violência interpessoal e o abuso sexual, especialmente em meninas, são fatores fortemente associados à ideação suicida e à autolesão.

No contexto digital, as novas dinâmicas de interação virtual configuram-se como fator emergente de risco. O uso excessivo de redes sociais e a exposição constante a padrões irreais de sucesso e beleza têm potencializado sentimentos de inadequação e solidão. Após a pandemia de COVID-19, observou-se aumento significativo nos quadros de ansiedade, depressão e automutilação entre adolescentes, fenômeno atribuído ao isolamento prolongado, à ruptura de rotinas e à intensificação da vida on-line (Bridge *et al.*, 2023). O acesso a conteúdos que romantizam a dor e o suicídio, aliado à baixa supervisão parental, representa risco adicional, reforçando a necessidade de programas educativos sobre o uso responsável da internet e promoção da saúde mental digital.

O estudo brasileiro de Souza *et al.* (2024) identificou prevalência significativa de ideação e tentativa de suicídio entre adolescentes atendidos em serviços de emergência, com associação direta a sintomas depressivos, histórico de automutilação e conflitos familiares. Os autores ressaltam que, em muitos casos, os jovens haviam procurado atendimento médico nos meses anteriores, sem que os sinais de risco fossem adequadamente reconhecidos. Essa lacuna evidencia a necessidade de aprimorar o treinamento das equipes da Atenção Primária à Saúde, para que possam realizar a escuta qualificada e o encaminhamento precoce aos serviços especializados, rompendo o ciclo de invisibilidade que ainda permeia o sofrimento psíquico juvenil.

A ideação suicida, definida como a presença de pensamentos, planos ou desejos relacionados à própria morte, representa o principal precursor do comportamento suicida (Ribeiro *et al.*, 2025). Essa condição costuma estar associada à desesperança, à perda de sentido e à percepção de ausência de apoio social. A identificação precoce desses sinais é essencial para a prevenção, visto que o comportamento suicida é frequentemente precedido por verbalizações indiretas, mudanças súbitas de humor, retraimento social, distúrbios do sono e queda no desempenho escolar. A literatura reforça que o acolhimento empático e a comunicação aberta entre profissionais de saúde, adolescentes e familiares são estratégias decisivas para a reversão desse quadro (Almanzar *et al.*, 2024).

Assim, a compreensão dos fatores de risco e da ideação suicida na adolescência deve ser acompanhada da promoção de fatores protetores, como o fortalecimento de vínculos familiares, a ampliação de espaços de escuta nas escolas e a atuação integrada das redes de saúde e assistência social. Essa perspectiva biopsicossocial constitui a base sobre a qual se apoia a ação preventiva do médico e da equipe multiprofissional, abordada nos eixos seguintes deste estudo.

4.2 O papel do médico na identificação e prevenção do suicídio

A ideação e o comportamento suicida na adolescência resultam de interações complexas entre fatores individuais, interpessoais e contextuais. Nesse cenário, o médico na Atenção Primária e em serviços de pediatria/atenção ambulatorial ocupa

posição estratégica para detectar precocemente o risco, reduzir dano e articular a rede de cuidado. Evidências recentes reforçam que a triagem universal e periódica para risco de suicídio a partir dos 12 anos é prática recomendada por entidades pediátricas, devendo ser acompanhada de avaliação breve do risco e encaminhamentos apropriados (*American Academy of Pediatrics – AAP*, 2023). A diretriz clínica da AAP orienta que pediatras tornem rotineira a pergunta sobre ideação e comportamento suicida, especialmente em consultas de rotina, interconsultas por queixas emocionais e atendimentos de condições associadas (depressão, ansiedade, uso de substâncias) (Hua *et al.*, 2024; AAP, 2023).

Para operacionalizar essa recomendação, destaca-se o *Ask Suicide-Screening Questions* (ASQ), um instrumento ultrabreve (quatro questões) validado para faixa etária de 10 a 21 anos e aplicável em pronto-atendimento, ambulatórios e APS. Estudos multicêntricos conduzidos pelo NIMH indicam alta sensibilidade do ASQ para identificar jovens em risco e boa viabilidade de uso em fluxos clínicos reais; versões e materiais de implementação encontram-se disponíveis com acesso aberto (NIMH, 2025; Aguinaldo *et al.*, 2021). Após triagem positiva, recomenda-se uma avaliação breve de risco (por exemplo, protocolo de avaliação breve pós-triagem proposto pela AAP) para definir segurança imediata, necessidade de encaminhamento e plano de seguimento (AAP, 2023; Lee; Araújo; Price, 2024).

Além da detecção, a literatura enfatiza intervenções clínicas de baixo custo e alto potencial preventivo que podem ser iniciadas pelo médico, mesmo em cenários com limitações de acesso a especialistas. Entre elas, a *Safety Planning Intervention* (SPI), estruturada em passos (reconhecimento de sinais de alerta; estratégias internas de enfrentamento; contingência social; contato com serviços; restrição de meios letais), demonstrou reduzir reações de risco e reutilização de serviços de urgência em jovens, quando associada a follow-up ativo (telefone/SMS) e agendamento rápido na rede (Albaum *et al.*, 2025; Boudreaux *et al.*, 2021). Para adolescentes, ensaios clínicos e revisões recentes sugerem que a combinação de plano de segurança associado a acompanhamento digital pode melhorar a adesão e continuidade do cuidado (King *et al.*, 2025).

Outro componente central é o aconselhamento sobre meios letais (*lethal means counseling*), especialmente sobre arma de fogo, pesticidas e medicamentos.

Embora parte das evidências derive de contextos de alta renda, diretrizes clínicas e revisões de âmbito nacional e internacional apontam que reduzir o acesso a meios letais diminui eventos fatais e deve integrar o plano de segurança em qualquer nível de atenção (Baldaçara *et al.*, 2022; Hua *et al.*, 2024). No Brasil, a orientação ganha relevância diante do uso de medicamentos e agrotóxicos em tentativas entre adolescentes, exigindo que médicos perguntem ativamente sobre disponibilidade doméstica e orientem armazenamento seguro/retirada temporária.

No acompanhamento longitudinal, cabe ao médico coordenar o cuidado: programar reavaliações em curto prazo, monitorar aderência terapêutica, manejar comorbidades (depressão e ansiedade, conforme diretriz JAACAP 2023 para depressão), e integrar psicoterapia baseada em evidências (CBT, DBT-adaptada) e, quando indicado, farmacoterapia conforme protocolos vigentes, observando sinais de alerta na introdução de antidepressivos (Walter *et al.*, 2023). A comunicação com a escola e a inserção da família no plano de cuidado são elementos protetores que o médico pode catalisar, especialmente quando há conflito familiar, *bullying* ou baixa rede de apoio (Prades-Caballero; Navarro-Pérez; Carbonell, 2025; Avanci *et al.*, 2024).

Reforça-se, ainda, a necessidade de capacitação permanente das equipes: programas de educação continuada melhoram taxas de triagem e a autoeficácia dos profissionais para abordar suicídio com adolescentes (Lee; Araújo; Price, 2024), e protocolos institucionais claros (fluxos de triagem, avaliação, plano de segurança, encaminhamento e retorno) reduzem perdas de seguimento. Em contextos de APS e emergência, *checklists* e formulários padronizados (por exemplo, ASQ, avaliação breve, SPI) facilitam a prática e qualificam o registro clínico, além de favorecer auditorias e melhoria contínua.

Diante do exposto, verifica-se que o papel do médico integra: detecção sistemática e não estigmatizante do risco (triagem universal a partir de 12 anos e avaliação breve); intervenção inicial baseada em evidências (SPI, aconselhamento sobre meios letais, orientação familiar, agendamento rápido e follow-up ativo); coordenação de cuidado longitudinal e integração com rede interprofissional e intersetorial; qualificação permanente das equipes.

4.3 Integração do cuidado e estratégias intersetoriais

A prevenção do suicídio entre adolescentes exige uma abordagem que ultrapasse o setor de saúde, envolvendo educação, assistência social, justiça, mídia, comunidade e família.

Em nível federal, a Lei nº 13.819/2019 instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, determinando sua implementação pela União, estados, Distrito Federal e municípios, em cooperação com a sociedade civil (Brasil, 2019). Essa política reforça que a prevenção do suicídio não é responsabilidade apenas de unidades de saúde, mas demanda ação integrada entre governo, comunidade e entidades privadas. O MS complementa seu arcabouço com materiais de orientação, como a cartilha “Prevenção de Suicídios”, que destacam como estratégia a qualificação de profissionais de saúde, o fortalecimento de redes de atenção psicossocial e a promoção de habilidades socioemocionais em ambientes escolares e comunitários (Brasil, 2024).

No estado de São Paulo verificam-se diretrizes e programas que operacionalizam essa integração. A publicação “Adolescência e Juventude & Saúde Mental” da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) elenca como premissas o fortalecimento da atenção primária, a articulação entre escolas, serviços de saúde, assistência social e o fortalecimento da rede de apoio comunitária (Figueiredo; Cayres; Ciliberti, 2023). Ainda no estado, programas como Conviva SP e Ame sua Mente na Escola foram criados para intervir junto a estudantes em situação de vulnerabilidade e para formação de servidores escolares em saúde mental, respectivamente (Agência de Notícias do Governo do Estado de São Paulo, 2024). Esses programas evidenciam a lógica de que a prevenção eficaz envolve dispositivos educacionais, de saúde e comunitários articulados.

Para tornar essa articulação operacional, o papel do médico é essencial. O profissional na atenção primária ou em unidades de urgência assume responsabilidade na detecção de risco e o manejo inicial, além de fazer a coordenação com serviços de saúde mental, escolas, famílias e comunidades. Por exemplo, as orientações do MS indicam que o médico deve atuar como “ponte” entre a unidade de saúde e as demais redes, encaminhando com agilidade, monitorando

o jovem em risco e assegurando continuidade do cuidado (Brasil, 2024). A integração inclui: escuta qualificada, plano de segurança com o adolescente e a família, comunicação com escolas e redes socioassistenciais, e articulação com centros de atenção psicossocial ou ambulatorios especializados.

A articulação intersetorial também se beneficia de campanhas nacionais de sensibilização, como a Setembro Amarelo, que mobiliza mídia, sociedade civil, escolas e serviços públicos para conscientizar sobre o suicídio e reduzir o estigma (Setembro Amarelo, 2024). No estado de São Paulo, tal mobilização se dá por meio de programas interministeriais que combinam saúde, educação e assistência social, ressaltando que a atuação isolada de um setor dificilmente será suficiente para construir uma rede de proteção eficaz (Agência de Notícias do Governo do Estado de São Paulo, 2024).

A integração do cuidado e a articulação intersetorial são estratégias centrais para que o médico e a equipe de saúde como um todo possam, além de identificar o risco em uma consulta, participar de um sistema de cuidado contínuo e conectado. Esse sistema demanda que o médico conheça os serviços disponíveis, ative encaminhamentos de modo sistemático, promova parcerias com escolas e comunidade, e colabore para a criação de ambientes protetores. Com base nas políticas federais e estaduais que reforçam essa visão integrada, a atuação médica torna-se parte de uma rede ampliada de prevenção, sem a qual muitos adolescentes em risco ficam sem suporte ou caem em lacunas de cuidado.

5 Conclusão

O suicídio na adolescência configura-se como uma das mais urgentes questões de saúde pública contemporâneas, exigindo respostas articuladas entre os diversos setores da sociedade. A revisão da literatura demonstrou que a adolescência é um período crítico do desenvolvimento humano, em que múltiplos fatores (biológicos, emocionais e sociais) se entrelaçam, favorecendo o surgimento de sofrimento psíquico e o risco de comportamentos autodestrutivos. Nesse cenário, o médico assume papel central como profissional capaz de reconhecer sinais de

alerta, acolher o adolescente em sofrimento e articular a continuidade do cuidado junto à rede intersetorial.

O estudo evidenciou que a prevenção do suicídio não se limita à detecção precoce de casos, mas depende de políticas públicas que assegurem formação permanente, recursos estruturais e integração das redes de atenção. A atuação médica preventiva só alcança sua plenitude quando amparada por uma rede que favoreça o diálogo entre saúde, educação, assistência social e comunidade. A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e as diretrizes do Ministério da Saúde representam marcos importantes nesse sentido, ao promoverem o fortalecimento das ações intersetoriais e o compromisso das esferas federativas com a promoção da vida.

A análise também apontou a importância de estratégias locais, como os programas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e as iniciativas educacionais voltadas à saúde mental nas escolas, que consolidam o papel da atenção primária como porta de entrada e articulação do cuidado. Esses esforços reafirmam que a prevenção do suicídio requer não apenas protocolos clínicos, mas também ambientes institucionais que estimulem a escuta, a empatia e a corresponsabilidade entre os profissionais.

Apesar das contribuições do estudo, existem limitações, dentre as quais destaca-se o caráter narrativo da revisão, que restringe a mensuração da efetividade das práticas identificadas. Também se reconhece a escassez de estudos nacionais que avaliem, de forma sistematizada, o impacto das ações médicas e das políticas públicas na redução de tentativas e mortes por suicídio entre adolescentes. Ainda assim, os achados reforçam a necessidade de investir em capacitação continuada dos profissionais de saúde, no aprimoramento dos fluxos de referência e contrarreferência e no fortalecimento das redes de apoio psicossocial, garantindo acolhimento humanizado e cuidado integral.

Assim, a efetividade da prevenção do suicídio entre adolescentes depende do compromisso coletivo em consolidar políticas públicas consistentes, sustentadas por formação qualificada, trabalho em rede e valorização da escuta como instrumento terapêutico. O médico, inserido nesse sistema, torna-se agente

essencial na promoção da vida e no enfrentamento do sofrimento psíquico juvenil, contribuindo para a construção de uma cultura de cuidado e esperança.

Referências bibliográficas

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Setembro Amarelo**: conheça os programas relacionados à saúde mental oferecidos pelo governo de São Paulo. São Paulo: UNIAD, 2024. Disponível em: <https://www.agenciasp.sp.gov.br/setembro-amarelo-conheca-os-programas-relacionados-a-saude-mental-oferecidos-pelo-governo-de-sao-paulo/>. Acesso em: 20 out. 2025.

AGUINALDO, L. D. *et al.* Validation of the ask suicide-screening questions (ASQ) with youth in outpatient specialty and primary care clinics. **General Hospital Psychiatry**, v. 68, p. 52-58, jan./jun, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834320301535>. Acesso em: 20 out. 2025.

ALBAUM, C. *et al.* Safety planning interventions for suicide prevention in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Pediatrics**, v. 179, n. 8, p. 886-895, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12090068/>. Acesso em: 20 out. 2025.

ALMANZAR, S. *et al.* Advancing global health through primary care physician education in suicide prevention. **Annals of Global Health**, v. 90, n. 1, 2024. Disponível em: <https://annalsofglobalhealth.org/articles/4410/files/664f0ffaa1133.pdf>. Acesso em: 17 out. 2025.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Screening for suicide risk in clinical practice. **American Academy of Pediatrics**, 2023. Disponível em: <https://www.aap.org/en/patient-care/blueprint-for-youth-suicide-prevention/strategies-for-clinical-settings-for-youth-suicide-prevention/screening-for-suicide-risk-in-clinical-practice/>. Acesso em: 20 out. 2025.

AVANCI, J. Q. *et al.* Revisão de escopo sobre habilidades socioemocionais na prevenção do comportamento suicida em adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 7, e00002524, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2024.v40n7/e00002524/pt>. Acesso em: 21 out. 2025.

BALDAÇARA, L. *et al.* Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 44, n. 6, p. 651-668, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9976911/>. Acesso em: 20 out. 2025.

BOUDREAUX, E. D. *et al.* A randomized, controlled trial of the safety planning intervention: Research design and methods. **Contemporary Clinical Trials**, v. 103, Apr. 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551714421000276>. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. Lei n.º 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, pelos Estados, pelos Municípios e pelo Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha: Prevenção de Suicídios – Série: Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres**. Brasília: MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/cartilha-prevencao-de-suicidios.pdf/view>. Acesso em: 20 out. 2025.

BRIDGE, J. A. *et al.* Youth Suicide During the First Year of the COVID-19 Pandemic. **Pediatrics**, v. 151, n. 3, e2022058375, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058375>. Acesso em: 20 out. 2025.

CORASSA, R. B. *et al.* Adolescent suicide trends in Brazil (2000–2022): an ecological analysis by sex, age and methods. **PLOS ONE**, v. 20, e0309505, 2025. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0309505>. Acesso em: 20 out. 2025.

FARAH, R. *et al.* Suspected suicide attempts by self-poisoning among persons aged 10-19 years during the COVID-19 pandemic — United States, 2020-2022. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 72, n. 16, p. 426-430, 21 abr. 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7216a3.htm>. Acesso em: 20 out. 2025.

FIGUEIREDO, R.; CAYRES, A. Z. F.; CILIBERTI, M. E. (org.) **Adolescência e Juventude & Saúde Mental**. São Paulo: SES-SP, 2022. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/temas33adolescenciaejuventudeesaudemental_digital.pdf. Acesso em: 20 out. 2025.

GRACIA-LISO, R. *et al.* Comparing frequencies of adolescent suicide attempters pre- and during COVID-19 pandemic school terms. **BMC Psychiatry**, v. 24, n. 1, 373, 2024. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11100050/pdf/12888_2024_Article_5823.pdf. Acesso em: 20 out. 2025.

HUA, L. L. *et al.* Suicide and suicide risk in adolescents. **Pediatrics**, v. 153, n. 1, e2023064800, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38073403/>. Acesso em: 20 out. 2025.

KING, C. A. *et al.* Suicide prevention in youth. **Curr Psychiatry Rep**, v. 27, n. 9, p. 500–508, jul., 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12378765/>. Acesso em: 20 out. 2025.

LEE, J.; ARAÚJO, G.; PRICE, E. Improving rates of adolescent suicide risk screening in a primary pediatric clinic: a quality improvement project. **Global Pediatrics**, v. 9, e100184, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667009724000526>. Acesso em: 20 out. 2025.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit. **NIMH**, 2025. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials>. Acesso em: 20 out. 2025

OLIVEIRA, B. C. S. *et al.* Tendência da mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por suicídio de adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, p. 30, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2024.v58/30/pt>. Acesso em: 20 out. 2025.

PRADES-CABALLERO, V.; NAVARRO-PÉREZ, J.-J.; CARBONELL, Á. Factors associated with suicidal behavior in adolescents: an umbrella review using the socio-ecological model. **Community Mental Health Journal**, v. 61, p. 612–628, nov. 2025. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10597-024-01368-2.pdf>. Acesso em: 20 out. 2025.

RIBEIRO, L. G. M. *et al.* C. Exploring adolescent suicide attempts before and during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, n. 43, e2024093, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/9G5qBmJtfmfj7XtbhpxdGrw/?lang=en>. Acesso em: 20 out. 2025.

SETEMBRO AMARELO. **Setembro Amarelo**: onde buscar ajuda para prevenir o suicídio. 2024. Disponível em: <https://setembroamarelo.org.br/>. Acesso em: 20 out. 2025.

SOUZA, D. M. *et al.* Prevalência de fatores de risco entre adolescentes que tentaram suicídio: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cTWMvmcptbqdbV5NmbGf8r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide**: keys facts. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.