



O papel da Atenção Primária na Prevenção do Suicídio Juvenil: da Crise de Identidade às Estratégias Integradas segundo a OMS

Anna Paulla de Carvalho do Nascimento Castro



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n4p489-500>

Artigo recebido em 29 de Fevereiro e publicado em 09 de Abril de 2025

REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

RESUMO

Introdução: O suicídio entre jovens configura uma emergência de saúde pública no Brasil, com taxas crescentes na faixa dos 10 aos 24 anos. Fatores como a crise de identidade na adolescência e a dificuldade de acesso a cuidados em saúde mental contribuem para esse quadro alarmante. **Objetivo:** Analisar como a Atenção Primária à Saúde pode prevenir e reduzir o suicídio juvenil, à luz das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do conceito junguiano de individuação. **Metodologia:** Revisão narrativa da literatura e documentos oficiais (OMS e Ministério da Saúde), contemplando dados epidemiológicos, fatores de risco/proteção e experiências de intervenção na Atenção Básica. **Considerações Finais:** Uma abordagem multifacetada, que una o potencial da Atenção Primária – orientado pelos princípios de Barbara Starfield – às diretrizes globais da OMS e políticas públicas nacionais, pode efetivamente prevenir o suicídio entre jovens. Essa abordagem deve contemplar desde o enfrentamento de fatores psicossociais (como a crise de identidade adolescente) até melhorias sistêmicas na oferta de cuidados em saúde mental na atenção básica.

Palavras-chave: Suicídio em jovens; Atenção Primária à Saúde; Adolescência – identidade; Prevenção do Suicídio; Diretrizes OMS; Saúde Mental.



The role of Primary Health Care in Preventing Youth Suicide: From Identity Crisis to Integrated Strategies under WHO Guidelines

ABSTRACT

Introduction: Youth suicide is a public health emergency in Brazil, with rising rates among those aged 10–24. Factors such as identity crises during adolescence and limited access to mental health care contribute to this alarming situation. **Objective:** To analyze how Primary Health Care can prevent and reduce youth suicide, in light of World Health Organization (WHO) guidelines and Jung’s concept of individuation. **Methodology:** A narrative literature review and analysis of official documents (WHO and Ministry of Health) were conducted, encompassing epidemiological data, risk/protective factors, and primary care intervention experiences. Results: Adolescence is a stage of specific vulnerabilities — notably identity crises exacerbated by social pressures — which may heighten the risk of suicidal ideation. Primary Health Care, while ideally positioned for prevention, faces challenges: underreporting of cases, health teams insufficiently trained in mental health, and weak coordination with the broader health and social care network. Successful experiences indicate that integrated actions in PHC (such as training in suicide risk assessment, use of screening protocols, and empathic patient engagement), combined with WHO strategies like the “LIVE LIFE” framework, can reduce suicidal behavior. **Final Considerations:** A multifaceted approach — uniting the potential of Primary Health Care (guided by Barbara Starfield’s principles) with global WHO directives and national policies — can effectively prevent youth suicide. This approach should range from tackling psychosocial factors (such as adolescent identity crises) to systemic improvements in mental health care delivery at the primary level.

Keywords: Suicide; Adolescence; Primary Health Care; Mental Health; Prevention.

Autor correspondente: Anna Paulla de Carvalho do Nascimento Castro - paullacncastro@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

O suicídio de pessoas jovens despontou nas últimas décadas como um desafio crítico de saúde pública. No Brasil, dados epidemiológicos recentes evidenciam um aumento consistente nas taxas de suicídio entre adolescentes e adultos jovens (15–24 anos). Esse fenômeno alarmante é multifatorial: envolve desde aspectos individuais — como transtornos mentais e crises de identidade típicas da adolescência — até determinantes socioambientais, incluindo contexto familiar, escolar e influência das redes sociais. No âmbito individual, a teoria junguiana da individuação fornece um arcabouço teórico para entender parte desse problema: muitos jovens atravessam a adolescência em uma verdadeira “crise de identidade”, pressionados a se conformar a padrões e expectativas sociais enquanto buscam estabelecer seu “eu” autêntico. Quando esse processo de individuação é perturbado por fatores externos (como bullying, exclusão social) ou internos (como depressão, baixa autoestima), pode emergir um intenso sentimento de desespero e falta de sentido, terreno fértil para ideias suicidas.

Paralelamente, do ponto de vista dos serviços de saúde, lacunas na Atenção Primária podem levar à perda de oportunidades de prevenir o desfecho fatal. A Atenção Primária à Saúde (APS) — porta de entrada preferencial do SUS — teoricamente deveria identificar e manejar precocemente grande parte dos casos de sofrimento psíquico entre jovens. Porém, estudos apontam dificuldades como subnotificação de tentativas de suicídio (devido a estigma ou falhas de vigilância) e falta de preparo das equipes de APS para abordar adequadamente a ideação suicida. Esses entraves limitam a efetividade de políticas nacionais como a Lei nº 13.819/2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, e diretrizes da OMS, como o programa “LIVE LIFE” de prevenção global do suicídio.

Diante desse cenário, este artigo busca integrar as dimensões psicossocial e assistencial envolvidas na prevenção do suicídio juvenil. O foco recai sobre a atuação



da APS, iluminando: (a) como as particularidades da crise de individuação na adolescência demandam abordagens sensíveis e; (b) de que forma estratégias preconizadas pela OMS e pela literatura científica podem ser incorporadas na APS brasileira para reverter as tendências atuais. Espera-se, com essa análise, contribuir para um modelo de cuidado em saúde mental do jovem mais proativo, integral e efetivo.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão narrativa, de caráter exploratório, abrangendo literatura científica nacional e internacional (período 2010–2024) e documentos oficiais relevantes. Foram consultadas bases como SciELO, LILACS e PubMed, usando descritores: “suicídio juvenil”, “atenção primária à saúde” e “prevenção do suicídio”, além de termos relacionados em inglês e espanhol. Selecionaram-se artigos originais, revisões e diretrizes que abordassem epidemiologia do suicídio em jovens, fatores de risco/proteção, intervenções preventivas (especialmente no contexto da atenção básica) e aspectos psicossociais (p.ex., identidade, adolescência). Os critérios de inclusão envolveram estudos com amostras brasileiras ou de países com sistemas de atenção primária comparáveis, e publicações da OMS sobre prevenção do suicídio. Foram excluídos relatos anedóticos e estudos com foco exclusivo em populações clínicas específicas (p.ex., jovens internados por tentativas de suicídio), para privilegiar uma visão comunitária e preventiva.

A análise dos dados seguiu etapas: (1) Leitura interpretativa das teorias psicológicas pertinentes (especialmente Jung e Erikson) para relacioná-las ao desenvolvimento adolescente e risco de suicídio; (2) Síntese epidemiológica – identificação de tendências e perfis de risco em relatórios nacionais e estudos epidemiológicos brasileiros; (3) Mapeamento de estratégias – levantamento de recomendações da OMS (como o pacote “LIVE LIFE”) e políticas brasileiras vigentes, e (4) Identificação de lacunas e propostas – comparação crítica entre o ideal preconizado



(teórico e normativo) e a realidade dos serviços de atenção primária no país, com base em estudos avaliativos.

Optou-se por não calcular medidas quantitativas combinadas (meta-análise) devido à heterogeneidade das fontes, privilegiando-se, em vez disso, uma discussão integrativa qualitativa.

Todas as referências foram citadas segundo normas Vancouver, com numeração conforme ordem de aparecimento no texto.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados em três eixos: (1) panorama epidemiológico e psicossocial do suicídio juvenil no Brasil; (2) potencial e desafios da Atenção Primária na prevenção e (3) estratégias de intervenção multissetoriais alinhadas às diretrizes da OMS e às necessidades locais.

1. Panorama epidemiológico e psicossocial do suicídio juvenil: As evidências confirmam a elevação das taxas de suicídio entre jovens brasileiros nas últimas duas décadas. Esse aumento é mais acentuado entre os adolescentes do sexo masculino, embora a população feminina jovem apresente maior incidência de tentativas de suicídio não consumadas. Entre os principais fatores de risco identificados estão: história de transtorno mental (depressão, transtorno de ansiedade, uso de drogas), vivência de violência ou abuso, e ausência de suporte familiar efetivo. Por outro lado, destacam-se como fatores protetores a presença de vínculos familiares e comunitários fortes, acesso a cuidados de saúde mental e desenvolvimento de competências socioemocionais (resiliência, resolução de problemas).

No âmbito psicossocial, constatou-se que a adolescência vem se tornando um período de desafios ampliados para a construção da identidade. Diversos autores associam o contexto sociocultural atual – marcado por hiperconectividade virtual,



pressão por sucesso e exposição constante – a um aumento da sensação de inadequação pessoal entre jovens. Nessa revisão, emergiram paralelos entre o conceito durkheimiano de anomia e as experiências relatadas por adolescentes com ideação suicida: muitos descrevem sentir-se “perdidos” quanto ao próprio valor ou propósito, como se as referências que orientam a vida em sociedade estivessem frágeis ou conflitantes. Esse quadro de crise identitária e falta de pertencimento pode precipitar quadros depressivos graves e pensamentos suicidas, especialmente quando combinado a eventos desencadeantes (como rompimentos de relacionamento, fracasso escolar, bullying).

Destaca-se ainda o papel ambivalente das redes sociais e mídias digitais. Se por um lado podem funcionar como espaços de apoio e busca de ajuda, por outro expõem os jovens a conteúdos potencialmente desencadeantes (como notícias sensacionalistas de suicídio) e a comparações constantes que afetam a autoestima. Casos de “efeito Werther” – imitação de suicídios noticiados – já foram documentados, reforçando a recomendação de pautar a imprensa e usuários de redes para divulguem informações de forma responsável.

2. Potencialidades e desafios da Atenção Primária na prevenção do suicídio juvenil: A Atenção Primária à Saúde, estruturada no Brasil pela Estratégia Saúde da Família, teoricamente dispõe de atributos (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) que a tornam um cenário privilegiado para intervenções preventivas em saúde mental. Na prática, os resultados evidenciaram tanto iniciativas bem-sucedidas quanto desafios persistentes.

Entre as potencialidades verificadas, destacam-se: (a) a capilaridade da APS – com equipes presentes na maioria dos municípios, podendo alcançar populações jovens em diferentes contextos, inclusive em áreas remotas ou de alta vulnerabilidade; (b) o vínculo desenvolvido pelas equipes de saúde da família – que favorece a percepção de mudanças de comportamento ou humor nos usuários ao longo do



tempo, permitindo identificar precocemente jovens em sofrimento; e (c) a visão holística do cuidado – que combina ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, essenciais ao abordar algo complexo como o comportamento suicida.

Entretanto, esta revisão identificou diversos desafios e lacunas na atuação da APS frente ao suicídio juvenil:

- **Capacitação insuficiente:** Muitos profissionais relatam não se sentirem preparados para avaliar risco suicida ou manejar adequadamente um adolescente com ideação suicida. Até recentemente, temas de saúde mental ocupavam espaço limitado na formação das equipes, embora isso venha mudando com a ampliação das residências multiprofissionais e educação permanente. A ausência de protocolos claros e treinamentos específicos dificulta intervenções oportunas e pode levar a omissões ou encaminhamentos tardios.

- **Sobrecarga e priorização de demandas clínicas:** Em unidades básicas de saúde com grande demanda espontânea e múltiplos programas (imunização, pré-natal, doenças crônicas etc.), problemas de saúde mental dos jovens tendem a ser subdiagnosticados. Sintomas como irritabilidade, isolamento ou queda no rendimento escolar podem passar despercebidos nas consultas rápidas, ou serem atribuídos apenas à “fase adolescente”. Essa falta de identificação prévia resulta em casos só atendidos após tentativas de suicídio, muitas vezes nas urgências/emergências, perdendo-se a possibilidade de prevenção primária na APS.

- **Fragmentação do cuidado e comunicação precária com outros setores:** A prevenção eficaz do suicídio juvenil requer articulação entre saúde, educação, assistência social e justiça (no caso de violência). No entanto, equipes de APS apontam dificuldades para estabelecer fluxos ágeis de referência e contrarreferência, seja para serviços especializados de saúde mental (CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil), seja para acompanhamento conjunto com escolas e CRAS/CREAS (centros de assistência social). Essa fragmentação faz com que alguns jovens não



recebam seguimento adequado após situações de risco identificadas, diluindo a responsabilidade entre setores.

Apesar desses desafios, experiências locais demonstraram bons resultados quando a APS adotou práticas proativas. Por exemplo, em determinado município, a inclusão de um psicólogo na equipe de NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) permitiu capacitar semanalmente os agentes comunitários para identificar sinais de alerta de depressão e comportamento suicida em suas visitas domiciliares. Como resultado, dobrou-se o número de encaminhamentos de adolescentes com ideação suicida para acompanhamento, e nenhum suicídio consumado foi registrado na região durante o projeto piloto de 18 meses. Outro exemplo positivo advém de uma capital brasileira onde a secretaria municipal implantou um protocolo de resposta rápida na APS: ao identificar um jovem com ideação ou plano suicida, a UBS aciona imediatamente um CAPS de referência, garantindo avaliação psiquiátrica em até 24 horas. Essa integração diminuiu internamentos por tentativa de suicídio e foi recomendada para expansão.

3. Estratégias de intervenção e diretrizes OMS integradas à realidade local: Com base na síntese teórica e evidências empíricas levantadas, é possível delinear um conjunto de estratégias integradas para a prevenção do suicídio juvenil no contexto da APS brasileira, consonantes com as recomendações da OMS:

- Educação e sensibilização contínua das equipes de APS: É imprescindível incorporar a temática do suicídio juvenil nas agendas de educação permanente do SUS. Oficinas práticas de manejo da crise suicida, simulações de atendimento e discussão de casos devem ocorrer periodicamente. A OMS oferece material guiando como inquirir sobre ideação suicida de forma sensível e direta – essas técnicas precisam ser difundidas entre médicos, enfermeiros e agentes de saúde. Sensibilizar a equipe para ouvir sem julgar o jovem e seus familiares abre caminho para um vínculo de confiança e detecção precoce.



- Protocolos padronizados de avaliação de risco na APS: Inspirando-se no segundo pilar do “LIVE LIFE” (identificação e acompanhamento), cada UBS deve adotar ferramentas simples de screening.

Por exemplo, inserir perguntas sobre humor, sono, ideação autolesiva durante consultas de rotina com adolescentes. Em caso de resposta afirmativa, aplicar escalas validadas (como o questionário de risco suicida da ASQ, adaptado pela OMS). Protocolos devem definir níveis de risco (leve, moderado, grave) e condutas correspondentes – desde orientação e agendamento de retorno, até encaminhamento imediato ao CAPS ou hospital.

- Ações intersetoriais comunitárias: Alinhado ao pilar de promoção de habilidades de vida, as equipes de APS podem liderar iniciativas comunitárias focadas no público jovem. Isso inclui rodas de conversa nas escolas sobre saúde mental, oficinas de habilidades sociais, grupos de apoio para pais sobre relacionamento com filhos adolescentes, etc. Parcerias com professores e assistentes sociais ampliam o alcance. A literatura destaca que intervenções comunitárias reduzem o isolamento e aumentam a sensação de pertença – ambos fatores protetores importantes.

- Controle de meios letais e responsabilidade da mídia: Embora transcenda a APS, esse pilar requer apoio local. Profissionais de saúde podem orientar famílias de jovens em risco a retirar de casa armas de fogo ou manter medicamentos potencialmente letais sob controle. Quanto à mídia, a APS pode atuar via projetos de educação popular – por exemplo, envolvendo jovens em produções culturais que abordem o tema de forma adequada, servindo de contraponto às influências midiáticas negativas.

Nos estudos analisados, estratégias integradas como essas mostraram impacto positivo na redução de comportamento suicida quando mantidas de forma consistente. Notavelmente, a conjunção de acolhimento qualificado na UBS + encaminhamento ágil + ações de prevenção universais (escola/comunidade) tende a



quebrar o ciclo em que adolescentes de risco passam despercebidos até uma emergência ocorrer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta revisão reiteram que enfrentar o suicídio juvenil exige mais do que intervenções clínicas pontuais – requer uma mudança de paradigma na Atenção Primária e na sociedade como um todo. Na APS, urge adotar uma postura proativa e acolhedora, incorporando a saúde mental do adolescente como prioridade, tal como já se faz com imunizações ou acompanhamento do crescimento. Isso implica repensar fluxos de atendimento (por exemplo, garantir espaço para escuta dos jovens sem a presença dos pais quando apropriado) e indicadores de desempenho (incluindo metas de busca ativa de vulneráveis).

Em perspectiva ampliada, a teoria de Durkheim sobre integração social e regulação normativa fornece uma lente útil: nossos jovens possivelmente vivem uma condição de “anomia parcial” – inseridos em redes sociais virtuais globalizadas, mas por vezes desconectados de vínculos comunitários locais e referenciais sólidos de identidade. A APS, juntamente com escola e família, pode atuar “reancorando” o jovem ao tecido social de maneira saudável, através de espaços de fala, pertencimento e construção de projetos de vida. Iniciativas como grupos de jovens nas unidades básicas, apoiados por profissionais de educação física ou arte para atividades expressivas, mostraram melhorar indicadores de bem-estar e diminuir pensamentos negativos recorrentes.

REFERÊNCIAS

1. dos Santos, A. N. S., de Oliveira Felipe, J. N., Bender, M. S., & Breguêdo, R. M. "O grito silencioso": desvendando os nós invisíveis do suicídio e da autolesão entre jovens no Brasil. ResearchGate.



2. de Godoy Borges, V. (2021). O suicídio de adolescentes e adultos jovens no Brasil: filhos da morte, enteados da vida. *Revista Caparaó*.
3. da Paixão, A. A. T. & Campos, A. L. B. (2024). Perfil epidemiológico e tendência temporal da mortalidade por lesões autoprovocadas entre adolescentes e jovens no Brasil, 2013–2022. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*.
4. Arruda, V. L. D., Freitas, B. HB. M. D., Marcon, S. R., Fernandes, F. Y., Lima, N. V. P. D., & Bortolini, J. (2021). Suicídio em adultos jovens brasileiros: série temporal de 1997 a 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(8), 2699-2708.
5. Silva, P. J. D. C., Feitosa, R. A., Machado, M. F., Quirino, T. R. L., Correia, D. S., Wanderley, R. D. A., & Souza, C. D. F. D. (2021). Perfil epidemiológico e tendência temporal da mortalidade por suicídio em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70(3), 224-235.
6. Lopes, M. M., Frois, J. L. B., & de Moraes Lima, A. (2020). As medidas governamentais de prevenção ao suicídio no Brasil têm sido efetivas? *Research, Society and Development*, 9(7).
7. Guimarães, R. M., Moreira, M. R., & Costa, N. D. O. R. (2020). Adolescência e suicídio: um problema de saúde pública. *Fiocruz – Cadernos do CEESP*.
8. Malta, D. C., Minayo, M. C. S., Cardoso, L. S. M., Veloso, G. A., Teixeira, R. A., Pinto, I. V., & Naghavi, M. (2021). Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(9), 4069-4086.
9. Xavier, D. F., Lopes, K. C. V., da Silva, R. X., & do Amaral Vaz, R. (2020). Influência midiática sobre o comportamento suicida na adolescência: um fator de risco ou proteção? *Revista Multidisciplinar do UNIVIX*, 11(2), 26-34.
10. dos Santos Braga, A., Monteiro, E. M. L. M., Cavalcanti, M. E. V., de Vasconcelos, E. M. R., Lima, A. K. M., & de Aquino, D. M. C. (2020). Comportamentos de risco entre adolescentes escolares e determinantes sociais da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*,