

# Comportamento Suicida e Autolesão na Infância e Adolescência

Conversando com profissionais sobre formas de prevenção



Joviana Q. Avanci  
Simone G. Assis  
Orli Carvalho da Silva Filho  
Aline Ferreira Gonçalves  
Pedro Henrique S. L. Tavares  
Nelson de S. M. Marriel

# Comportamento Suicida e Autolesão na Infância e Adolescência:

Conversando com profissionais sobre formas de prevenção

## **Autores**

Joviana Q. Avanci

Simone G. Assis

Orli Carvalho da Silva Filho

Aline Ferreira Gonçalves

Pedro Henrique S. L. Tavares

Nelson de S. M. Marriel

Série Violência e Saúde Mental Infantojuvenil



### **Equipe envolvida na pesquisa**

Joviana Quintes Avanci – Coordenação  
Simone Gonçalves de Assis  
Adriano da Silva  
Aline Ferreira Gonçalves  
Nelson de Souza Motta Marriel  
Orli Carvalho da Silva Filho  
Pedro Henrique Sampaio Lopes Tavares

### **Apoio técnico/administrativo**

Marcelo Silva da Motta  
Marcelo da Cunha Pereira  
Maria Inês Vaz Genoese

### **Produção e editoração gráfica**

Henriette dos Santos – Assessoria pedagógica  
Cristina Ávila Mendes – Design instrucional  
Érica Carvalho de Castro – Revisão de Língua Portuguesa  
Maria Auxiliadora de Souza Nogueira – Normalização  
Rejane Megale Figueredo – Projeto gráfico e diagramação

### **Ilustrações**

Mina Rossi Rodrigues  
José Carlos Garcia Affonso Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
(Bibliotecária: Maria Auxiliadora de Souza Nogueira – CRB-7/3773)

---

Comportamento suicida e autolesão na infância e adolescência : conversando com profissionais sobre formas de prevenção [recurso eletrônico] / autores Joviana Q. Avanci ... [et al.]. – Rio de Janeiro : Faperj, 2023.

1 recurso eletrônico (7.800 kb). – (Série Violência e saúde mental infanto-juvenil).

Co-edição Faperj, CNPq, Claves, ENSP, Fiocruz.

Formato: PDF.

ISBN 978-65-89501-41-1

1. Saúde mental. 2. Suicídio – Prevenção. 3. Adolescentes – Saúde mental. 4. Saúde mental infantil.  
1. Avanci, Joviani Quintes.

CDD 362.28

---

# Sumário

<b>Apresentação</b> .....	5
<b>1. O que é o comportamento suicida e a autolesão?</b> .....	9
Um pouco sobre o comportamento suicida .....	10
Vamos falar sobre a autolesão .....	13
Dificuldades para diferenciar comportamento suicida e autolesão .....	16
Não é fácil identificar o comportamento suicida na criança .....	18
Adolescência, comportamento suicida e autolesão .....	20
O crescimento do comportamento suicida e da autolesão no Brasil e no mundo .....	23
<b>2. O que pode desencadear o comportamento suicida e a autolesão?</b> .....	29
Por que há adolescentes que desejam se matar? .....	30
O que leva crianças e adolescentes a se machucarem de propósito? .....	32
Olhando de perto os fatores de risco do comportamento suicida e da autolesão .....	34
<b>3. O que protege o comportamento suicida e a autolesão?</b> .....	47
Fatores contextuais: a família, a escola, os amigos, o namoro e a comunidade .....	48
Fatores individuais: saúde mental, religiosidade e habilidades socioemocionais .....	52
Redes sociais em ambientes on-line.....	57
<b>4. Vamos falar sobre prevenção</b> .....	59
O que as pesquisas têm mostrado? .....	64
<b>5. Desenvolvendo habilidades socioemocionais: ações, estratégias e programas</b> .....	75
Em destaque os Programas de Prevenção voltados para o comportamento suicida .....	79
Estratégias com foco na autolesão .....	86
Outros programas sobre comportamento suicida e autolesão aplicados em vários países.....	95
<b>6. O que fazer diante de um caso?</b> .....	99
Como proceder? .....	101
Principais setores envolvidos na prevenção .....	108
As mídias sociais e a internet .....	116
O trabalho em rede .....	117
<b>Referências</b> .....	121



# Apresentação

Neste livro buscamos **informar** e **dialogar** sobre a prevenção do comportamento suicida e da autolesão com profissionais que estão diariamente envolvidos no cuidado e na atenção a milhares de crianças e adolescentes. Não resta dúvida de que a divulgação de informações seguras é capaz de qualificar intervenções e mudar os rumos desses problemas de saúde mental ainda nas fases iniciais da vida.

O comportamento suicida e a autolesão são relativamente comuns nas primeiras décadas da vida, mas mais ainda na **adolescência**. Contudo, muitas vezes são pouco reconhecidos, especialmente nas faixas etárias mais novas. Em todo o mundo, o comportamento suicida é a quarta causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos [1]. A autolesão entre adolescentes oscila bastante entre países (7,3% entre norte-americanos, 10,1% entre australianos e 55,5% entre espanhóis), talvez devido à falta de consenso sobre conceitos, distintos grupos investigados e aspectos geográficos e socioculturais [2, 3]. Numa pesquisa com adolescentes brasileiros, 90% dos alunos entrevistados em Vitória e Campo Grande afirmaram ter algum colega, amigo ou conhecido que já tenha se machucado de propósito. As meninas se sobressaem em comparação com os meninos [4].

O relatório mundial divulgado pelo Unicef, em 2021, alerta que quase 46 mil adolescentes morrem por suicídio a cada ano, sendo uma das cinco principais causas de morte nessa faixa etária. Contudo, persistem grandes lacunas entre as necessidades de saúde mental e o financiamento de políticas voltadas a essa área, que ficam em torno de 2% dos orçamentos governamentais de saúde alocados para gastos com saúde mental em todo o mundo [5].

O fato é que o comportamento suicida e a autolesão podem ser **prevenidos e evitados!** Prevenir compreende qualquer medida que antecipe a ocorrência de um agravo à saúde. Para tanto, precisamos conhecer o que pode ativar e perpetuar os gatilhos para a ideação, planejamento, tentativa, suicídio consumado e a autolesão, para se pensar em formas mais precisas de preveni-los. Os fatores de proteção na infância e adolescência são também fundamentais: eles podem impedir, retardar ou diminuir a ocorrência desses problemas de saúde mental. No mundo todo, muitos profissionais e instituições estão voltados a implementar ações e programas de prevenção sobre esses fenômenos. Por isso conhecer um pouco dessas experiências é fundamental!

☺ Se a gente consegue investir na formação das pessoas, inclusive na graduação dos profissionais que vão trabalhar com prevenção do suicídio e promoção de saúde mental, [já] faz uma diferença muito grande, porque a gente ainda tem professor na faculdade que fica falando que depressão é frescura. ☺ (Profissional de saúde, especialista na prevenção do comportamento suicida)

**Para quem se destina este livro:** Profissionais de saúde, da educação e do **Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente** (em destaque da assistência social e conselho tutelar) estão entre os grupos alvo de leitura deste livro. Esses profissionais precisam ter conhecimento sobre o que é o comportamento suicida e a autolesão, como e quando se manifestam, e como podem apoiar e intervir junto as crianças, adolescentes e suas famílias. Pais e grupos de suporte ao público infantojuvenil podem também se beneficiar dessa leitura.

**SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE:** representa a articulação e integração entre os diversos atores do Estado e da sociedade civil na promoção, defesa e controle da efetivação dos **direitos** da infância e da adolescência previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente [7].

**Este livro foi elaborado** a partir de pesquisas sobre comportamento suicida e autolesão desenvolvidas no Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), da Fundação Oswaldo Cruz. Nasceu de uma

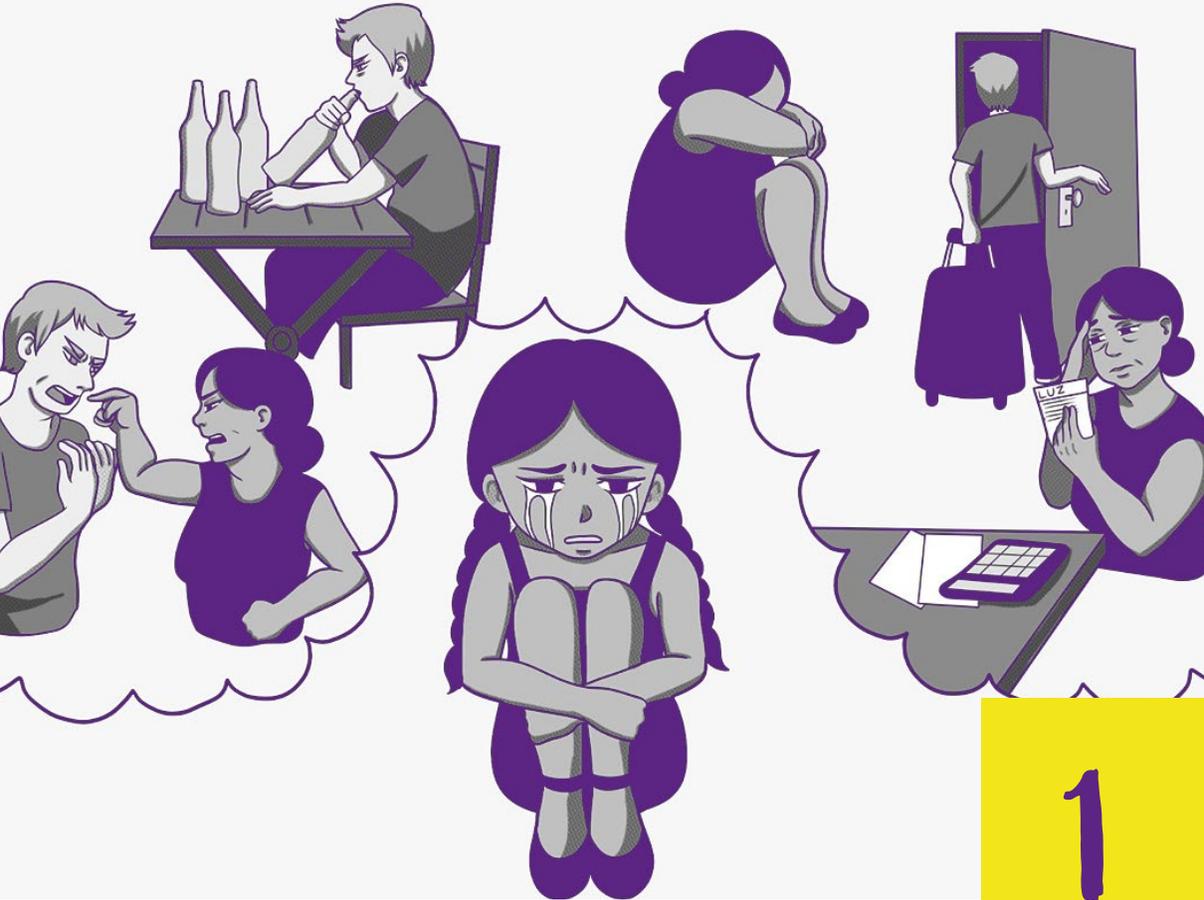
extensa **revisão bibliográfica**<sup>1</sup> sobre estratégias de prevenção do comportamento suicida e da autolesão baseada no referencial teórico da inteligência emocional e de outras habilidades socioemocionais, que reuniu 97 artigos científicos, relatórios e outros materiais bibliográficos. Também apresenta falas oriundas de **entrevistas** semiestruturadas com 22 adolescentes com comportamento suicida e/ou autolesão, 18 familiares e 20 profissionais de saúde, especialistas na prevenção do suicídio, participantes de dois estudos<sup>2,3</sup> realizados nos anos de 2017 e 2022 em Dourados/Mato Grosso do Sul (MS), Porto Alegre/Rio Grande do Sul (RS) e São Gonçalo/Rio de Janeiro (RJ).

**Como está organizado:** temos a intenção de que este texto seja claro e de fácil leitura. Os temas estão apresentados em seis capítulos, que abordam aspectos conceituais, epidemiológicos, fatores que podem desencadear os problemas bem como os que os protegem, além das estratégias de prevenção e de atenção diante de casos de comportamento suicida e autolesão envolvendo crianças e adolescentes.

☺☺ *Para mim, a valorização da vida é reconhecer que essas pessoas que tentam suicídio, que morrem por suicídio, elas têm um sofrimento maior do que qualquer coisa. Entender o ser humano em toda sua complexidade, que ele não tem uma causa única e atuar, nos diversos pontos. Porque eu posso estar fazendo prevenção do suicídio conversando com um amigo, conversando com a caixa da padaria, conversando com um vendedor de picolé ou mesmo dando aula e formando outros profissionais. Então, para mim, prevenção do suicídio é tudo isso que eu faço.* ☺☺ (Profissional de saúde, especialista na prevenção do comportamento suicida)

- 
- 1 Projeto *Prevenção do suicídio na adolescência: revisão da literatura para subsidiar ações em saúde* (CNPq 401882/2021-7).
  - 2 Projeto *Violência autoprovocada na infância e na adolescência* (CNPq 461623/2014-5).
  - 3 Projeto *Comportamento suicida: uma abordagem longitudinal da infância à vida adulta (abordagem qualitativa)* (Faperj, Nº Processo 57134422.6.0000.5240)





1

## O que é o comportamento suicida e a autolesão?

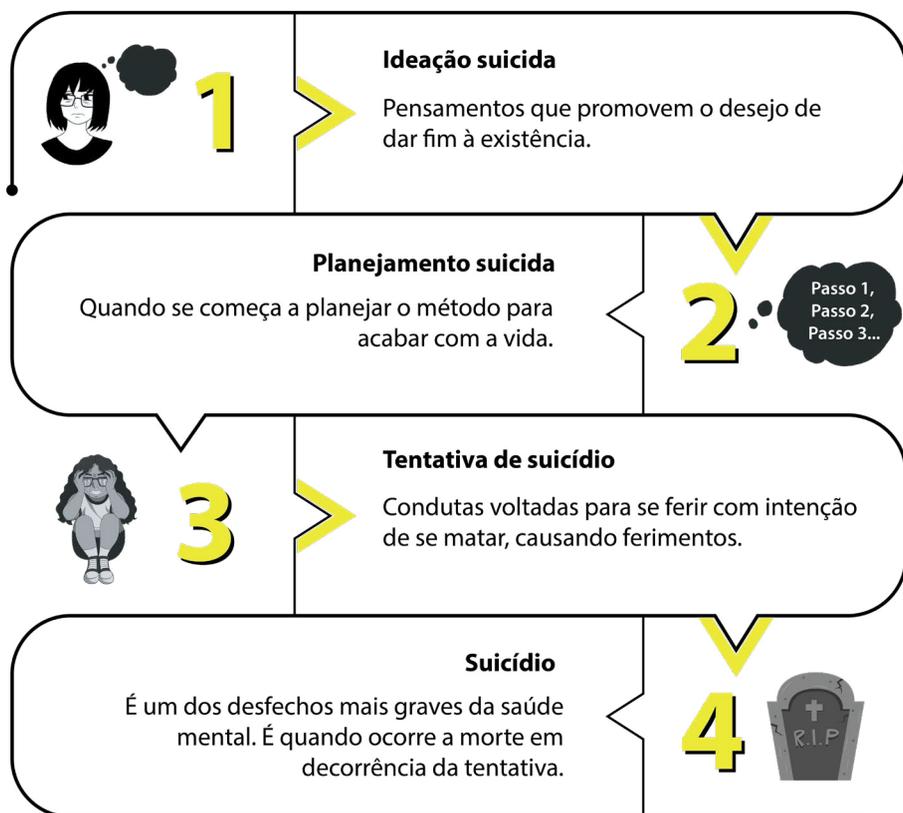
☪ Aos sete anos ele desencadeou, ele estava brincando com meu sobrinho e eu fiquei a favor [do sobrinho]... E ele desencadeou um ódio, uma raiva quando a visita foi embora, foi a primeira vez que meu filho saiu fora de controle. [...] Ele pegou um garfo e veio, a gente, eu fiz uma contenção nele, ele veio que ele queria se automutilar. Tanto que ele encostou do lado da jugular dele, aquele garfo, eu consegui, contive ele, ele entortou

o garfo, um garfo resistente, ele fez várias voltas, a força que ele fez [...] Foi a primeira internação. Impulsividade, sete anos. [...] Nessa internação foi quando ele tentou [...] conseguiu uma faca, ele foi todo machucado na jugular, entrou pra dentro. Depois da internação, quando ele foi ficando mais velho, eu acredito que com onze anos, ele pegou um cadarço dentro do quarto, quando ele sofre alguma coisa na escola.... ele tinha “muita baixa estima”, então se ele sentisse que alguém tinha alguma coisa a mais do que ele ou professor, deu parabéns pra alguém que fez alguma coisa ou o professor chamasse a atenção dele em público ou alguém dissesse “ai, tu é isso, tu é...”, ou que ele sentisse inferior, ele vinha “esse mundo é cruel, eu queria morrer”, mas ao mesmo tempo me culpando, “por que que eu tô nessa situação de ser pobre, de não ter pai”. Aí ele, eu tinha que cuidar, ele pegava um fio e ele tentava apertar mesmo o pescoço, fazia lá em cima com o lençol, aonde ele podia, se encaixava, ele se “quando tu dormir eu vou me matar [...]” a última internação dele, foi no ano passado, [...] eu não podia tirar o olho dele, deixar nunca ele sozinho, que ele vinha, queria pegar todas as facas, eu já mantinha... E ele ligou o gás, ele conseguiu [...] E ligou o micro-ondas. E estava procurando mais alguma coisa, “eu vou explodir a casa”. E ele, na fúria, ele faz! Foi quando eu consegui, pedi força, conseguimos arrombar a porta, tirar ele. ☺☺ (Mãe de menino com 14 anos, tentativa de suicídio, Porto Alegre/RS)

## Um pouco sobre o comportamento suicida

O comportamento suicida é definido por um *continuum* de autoagressões que envolvem ideação, ameaças, tentativas e atos suicidas [8] com a intenção de se matar [8,6]. É um fenômeno multifatorial, multideterminado e multifacetado [9].

**Comportamento suicida** é um tipo de conduta da pessoa que busca se ferir ou se matar [8,6]. Inclui:



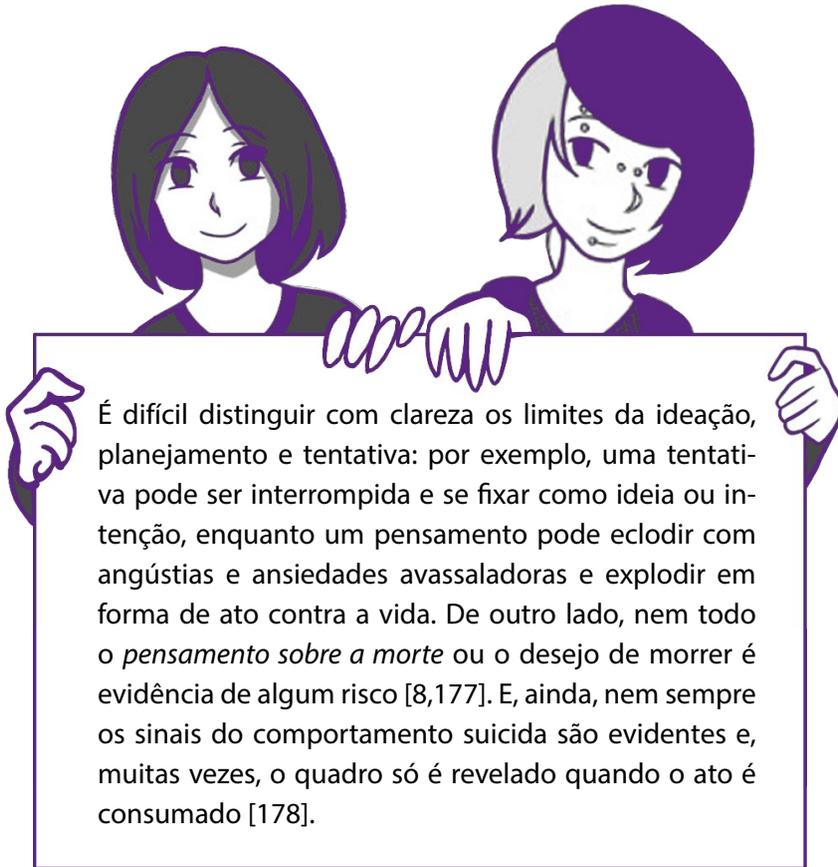
Aparece sob a forma de *ideação suicida*, quando há pensamentos que fomentam o desejo de dar fim à existência. Quando tais ideias são deliberadas e articuladas, tem-se uma fase de *planejamento* do comportamento suicida, que tende a preceder as tentativas, caso venham a ocorrer [8]. Ao longo da vida, 17% das pessoas tendem à ideiação suicida, 5% ao planejamento suicida e 3% a tentativas de suicídio. Destas tentativas, apenas 1/3 recebe atendimento hospitalar. Estima-se que todo caso de suicídio é acompanhado por 17 casos de ideiação suicida [10], o que sinaliza a relevância de atuar logo que o comportamento suicida dá os primeiros sinais.

☹️ **Era uma situação mais de cansei! Não quero mais, não quero mais viver não, cansei. Só dá problemas, só dá estresse, nada melhora, não vejo nada acontecendo, só dá tristeza, tristeza e eu pensava que era mais fácil acabar.** ☺️ (Mulher, com 24 anos, descreve a ideiação suicida que teve no início da adolescência, Rio de Janeiro/RJ)

A *tentativa de suicídio* envolve atos cometidos por indivíduos que pretendem se matar, mas cujo desfecho não resulta em óbito [9]. Tentativas progressivas representam um dos mais consistentes fatores de risco para um caso de suicídio [8]. A evidência, mesmo implícita, de uma intenção de morte, diferencia as tentativas de suicídio das diversas formas de autolesão. Tal distinção é delicada na assistência e traz embates acadêmicos sobre a sobreposição ou não do comportamento suicida e das autolesões [8].

☹️ **Nunca cheguei a me cortar porque eu não via muito sentido, mas já tentei me matar diversas vezes.** ☺️ (Mulher, com 25 anos, que teve comportamento suicida na adolescência, Rio de Janeiro/RJ)

O *suicídio* apresenta-se como o desfecho mais grave, uma confluência de um máximo de dor, de perturbação e de pressão [Shneidman *apud* 11]. É um ato deliberado e executado pelo próprio indivíduo com intenção de morte, de forma consciente, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal [12]. Tem como características a intencionalidade, a autoperpetração e a crença na fatalidade.



É difícil distinguir com clareza os limites da ideação, planejamento e tentativa: por exemplo, uma tentativa pode ser interrompida e se fixar como ideia ou intenção, enquanto um pensamento pode eclodir com angústias e ansiedades avassaladoras e explodir em forma de ato contra a vida. De outro lado, nem todo o *pensamento sobre a morte* ou o desejo de morrer é evidência de algum risco [8,177]. E, ainda, nem sempre os sinais do comportamento suicida são evidentes e, muitas vezes, o quadro só é revelado quando o ato é consumado [178].

### Vamos falar sobre a autolesão

☺ Quando a gente vê os nossos cortes, a gente se sente mal, a gente se sente fracassado por a gente ter deixado aquilo acontecer, sabe? E acaba fazendo de novo. Aí vai vindo outros motivos e como tu sabe que aquilo te alivia a dor[...] Eu sentia culpa dos próprios cortes [...] com a minha amiga, ela sempre soube dos meus cortes, daí ela sempre tentou me ajudar. Como eu sempre tentei ajudar ela. Eu sempre falava pra ela que eu, eu tentava parar,... As nossas conversas eram até um pouquinho estranhas.

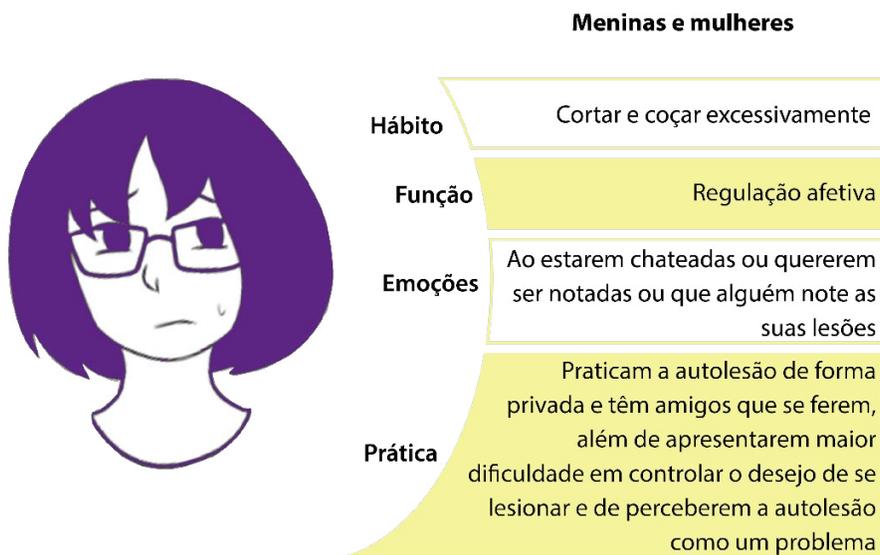
*Às vezes eu falava: “Amiga, faz dois dias que eu tô sem me cortar”. Era uma coisa incrível. Eu falava sobre isso, que eu me sentia culpada por causa dos meus cortes. ☺☺* (Menina com 14 anos, autolesão e tentativa de suicídio, Porto Alegre/RS)

A autolesão envolve a agressão direta e intencional do próprio corpo com resultado não fatal e sem intenção suicida consciente [6]. Diferentes termos são utilizados para definir a autolesão: automutilação, automutilação moderada, autolesão deliberada, autolesão não suicida (ANLS), síndrome de automutilação delicada, dentre outros [13]. Envolve desde autolesões mais leves (arranhaduras, cortes e mordidas) a mais severas (amputação de membros e outras partes do corpo [8,14,15]). É entendida como uma forma de comunicar o sofrimento e gera alívio [16]. A maioria afirma que se machuca com o objetivo de lidar com emoções de raiva, culpa, vergonha, ansiedade, tensão, pânico, tristeza, frustração e desprezo, que são vivenciadas de maneira intensa e dolorosa pelo adolescente [17]. A autolesão (sem intenção suicida) pode ocasionalmente levar a óbito, o que dificulta a sua distinção do comportamento suicida [8].

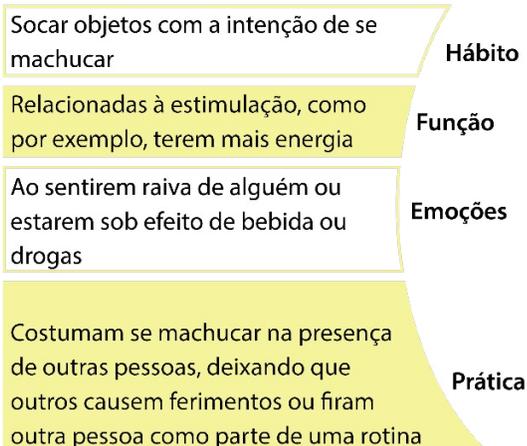
No Brasil, é um importante problema de saúde pública e ocorre em todas as faixas etárias, predominante na adolescência, com início entre os 13 e 14 anos de idade [18] e tendência de redução a partir da vida adulta.

As estatísticas que existem sobre autolesão variam em função do método de identificação adotado pelos serviços e pesquisas, da motivação declarada e da parte do corpo lesionada [3]. Há uma tendência de crescimento nos últimos anos, mas ainda é um fenômeno invisível. As meninas são as mais afetadas e a repetição é mais identificada neste grupo.

Há diferenças potenciais na manifestação da autolesão entre os gêneros [19]:



### Meninos e homens



Apesar da visibilidade da autolesão entre as meninas, o problema é também relevante entre os rapazes.

### **Sinais de alerta importantes para o comportamento suicida e autolesão: [20]**

- Comportamentos de irritação ou agitação excessiva no adolescente;
- Sentimento de tristeza, baixa autoestima e impotência;
- Relatos de violência psicológica (humilhação, agressões verbais), física, sexual ou negligência;
- Problemas de saúde mental do adolescente e/ou de seus familiares, especialmente a depressão e a ansiedade;
- Uso de álcool e/ou outras drogas;
- Histórico familiar de suicídio;
- Sofrimento e inquietações sobre a própria sexualidade;
- Interesse por conteúdos de comportamento suicida ou autolesão em redes sociais virtuais.

Outros pontos relevantes: desde quando pensa em se ferir ou matar, gravidade da lesão e frequência com que acontece. Autolesão por período prolongado tem maior risco de pensamentos e tentativas de suicídio. Episódios mais graves e frequentes podem ocasionar ferimentos mais graves do que o planejado e podem levar à morte [21].

### **Dificuldades para diferenciar comportamento suicida e autolesão**

Como já falamos, a autolesão não está necessariamente relacionada ao comportamento suicida, que pressupõe a ideação, planejamento, tentativa e ato consumado com intenção de morte. São comportamentos distintos.

Todavia, as fronteiras entre ambos costumam ser tênues por diversas razões, com destaque para a intencionalidade de morrer [22].

A evidência, mesmo implícita, de um desejo de morte, diferencia as tentativas de suicídio das diversas formas de autolesão ou automutilação. Tal distinção é delicada na assistência e traz embates acadêmicos sobre a classificação ou não das autolesões enquanto parte do comportamento suicida. A última edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-5), da Academia Americana de Psiquiatria [23], faz clara distinção entre esses fenômenos, denominando duas categorias diagnósticas distintas: “Comportamento Suicida”, com a conotação de um desejo de morrer, e “Autolesão Não Suicida”, onde a ênfase é experimentar alívio. Apesar disso, o adolescente que se fere também pode pensar ou tentar o suicídio.

### ATENÇÃO!

A autolesão é considerada um fator de risco para o suicídio, mas a sua presença não indica necessariamente a existência de ideação suicida.

A distinção entre essas duas categorias exige avaliação individualizada, com consequências clínicas e prognósticas distintas. Todavia, o sofrimento psíquico que ambas as situações apresentam é significativo e não pode ser desvalorizado. Merecem cuidado especial, atenção e encaminhamento das crianças e adolescentes que as vivenciam.

Autolesão e comportamento suicida diferem de várias maneiras [24]:

1. *expressão da intenção de querer tirar a vida no comportamento suicida;*
2. *o método usado, com danos à superfície do corpo na autolesão;*
3. *nível de dano e letalidade:* a autolesão costuma gerar danos superficiais e de menor letalidade;
4. *frequência:* autolesão costuma ser praticada mais regularmente;

5. *nível de dor psicológica* é significativamente menor na autolesão quando comparado ao que dá origem ao comportamento suicida;
6. *a presença da restrição cognitiva*, como pensamentos dicotômicos de tudo ou nada, menos intensa na autolesão; e
7. *consequência*: embora a autolesão possa levar à morte não intencional, a sua consequência a curto prazo é a sensação de alívio e bem-estar.

Estudo longitudinal realizado com (1.466) mil quatrocentos e sessenta e seis estudantes, de cinco universidades dos Estados Unidos, evidenciaram que a autolesão precedeu ou co-ocorreu com o suicídio em 61,6% dos casos [25]. Geralmente o comportamento suicida ocorre no momento ou após o período da vida em que a autolesão foi praticada. Em cerca de 20% das pessoas o comportamento suicida aconteceu antes da autolesão [24].

### **Não é fácil identificar o comportamento suicida na criança**

São muitas as dificuldades da família e dos próprios profissionais que atendem crianças na detecção do comportamento suicida. Primeiro que, para assumir este comportamento, é preciso que a criança tenha clareza sobre a finitude da vida e irreversibilidade e universalidade da morte, o que costuma ocorrer entre sete e nove anos de idade. Só assim poderá desejar acabar com sua própria vida. Por essa razão, usualmente, os registros epidemiológicos não permitem que um desfecho fatal seja categorizado como suicídio no grupo etário menor que cinco anos de idade [26].

O desenvolvimento infantil não é linear! Crianças podem evoluir ou regredir em função da forma como são cuidadas e das adversidades que enfrentam na vida. O nível do desenvolvimento mostra-se distinto também em condições como doenças físicas crônicas, transtornos mentais, deficiências intelectuais, dentre outros.



Para facilitar a avaliação dos profissionais em relação ao entendimento sobre a morte pela criança, é necessário compreender se elas já desenvolveram as seguintes concepções [26]:

- **Irreversibilidade** – a condição de impossibilidade na mudança ou reversão no curso biológico da morte, por exemplo, a criança reconhecer que a pessoa não retorna à vida depois da morte;
- **Disfuncionalidade** – a cessação das funções vitais **biopsicossociais** de um indivíduo quando de sua morte, ou seja, seu corpo para de funcionar;
- **Universalidade** – a convicção de que a morte chega para todos os seres vivos.

**BIOPSISSOCIAIS:** Compreende as dimensões biológica, psicológica e social de um indivíduo [27].

O diagnóstico do comportamento suicida é crescente ao longo dos anos da infância e adolescência. Avanci, Pinto e Assis [28] estudaram crianças brasileiras entre 5 e 9 anos de idade, detectando 58 óbitos de crianças brasileiras por suicídio entre 2006-2017, com a maioria sendo do sexo masculino, de cor da pele branca e com nove anos de idade (maior crescimento começa aos 8 anos). O enforcamento foi o meio mais utilizado pelas crianças para se matar. As internações por tentativas de suicídio no mesmo período

somaram 1.994 casos, com predominância entre os meninos em todas as regiões brasileiras. A maioria é de crianças entre oito e nove anos de idade, com cor da pele parda e do sexo feminino, com destaque para a autointoxicação. Lembramos que alguns óbitos identificados como acidentes podem ser suicídios, dificultando um conhecimento mais claro da magnitude do comportamento suicida na infância, face à dificuldade do reconhecimento do ato tanto por familiares como por profissionais de saúde [29].

### ATENÇÃO!

A evidência de que o comportamento suicida na infância está associado às tentativas ou ao suicídio consumado na adolescência e na vida adulta reforça a necessidade de prevenção desse comportamento na primeira década da vida.

### Adolescência, comportamento suicida e autolesão

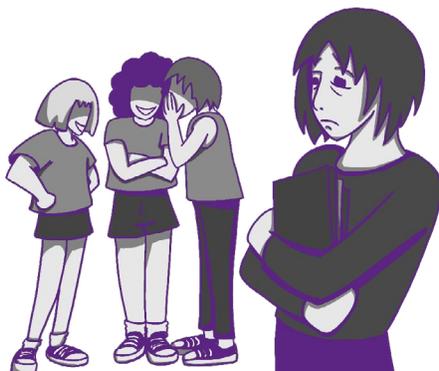
☺☺ *Só que isso aconteceu mais ali, quando começa a adolescência. A partir dos doze, treze anos. Acho que ela era muito cheia de altos e baixos... Na adolescência piorou muito, mas ela sempre foi assim.* ☺☺ (Mãe de menina com 13 anos, suicídio, Dourados/MS)

A adolescência é “a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial” [30, p.7]. O Estatuto da Criança e do Adolescente define esta faixa etária entre doze e dezoito anos de idade; já a Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a adolescência dos dez aos dezoito anos de idade. O período é marcado por mudanças comportamentais, relacionais e de valores, com inúmeras transformações que influenciam a visão de que são um grupo “estranho” ou “incompreendido” sob a ótica dos adultos. É uma fase cercada por mitos generalizados de

irresponsabilidade, intolerância, instabilidade emocional e imprevisibilidade. Todavia, há contextos em que a adolescência é marcada pelo trabalho, disciplina e responsabilidade do sustento da família, garantindo assim a diversidade de experiências nesse período da vida, segundo as condições sociais e culturais [31].

Também é comum a concepção de “fragilidade” do adolescente, em decorrência das mudanças que compreendem as alterações corporais, o encontro com o sexo, as transições no humor e emoções, o processo de assumir os seus desejos, sonhos, projetos de vida, e o conseqüente trabalho de construção de um lugar que abrigue o novo corpo e as mudanças subjetivas e sociais. Nesse processo de transformações e de transitoriedade, o adolescente se encontra em meio a uma fragilidade emocional. Há ainda os aspectos de ordem social, cultural e econômica interferindo ou ampliando a vulnerabilidade característica desse momento, uma vez que afetam suas condições de vida [32].

As configurações socioeconômicas, viver em zonas de violência, pertencer a minorias sexuais, de gênero, religiosas ou étnicas influenciam comportamentos, expectativas de futuro, exigências sociais, participação cultural, experiências familiares, e garantem diferentes condições de inserção ou exclusão social, guardando diferentes formas de ser e estar no mundo [31]. O mal-estar presente numa determinada sociedade revela as condições de vida às quais os adolescentes estão submetidos [33]. Toda esta **conjuntura social** precisa ser levada em consideração na abordagem do comportamento suicida e da autolesão, trazendo à tona as **condições de vida desses adolescentes e em que medida são adoecedoras e produtoras de sofrimento**.



O comportamento suicida mostra relevância nas fases da adolescência, no adulto jovem e na velhice, indicando a presença de questões biológicas, sociais e existenciais peculiares nestas fases da vida [34]. Além disso, a relação entre pares e os novos relacionamentos afetivo-sexuais ganham destaque em meio a situações de **bullying** e **cyberbullying**, aumentando o sofrimento. Momentos de crise econômica, de crises ambientais e sanitárias contribuem para aumentar as angústias e tensões sobre os adolescentes.

**BULLYING:** prática de atos violentos, intencionais e repetidos contra pessoas indefesas, podendo causar danos físicos e psicológicos às vítimas. [35]

**CYBERBULLYING:** *bullying* realizado por meio das tecnologias digitais (mídias sociais, plataformas de mensagens e de jogos e celulares) visando a prejudicar as vítimas. [36]

A autolesão incide principalmente na adolescência. As alterações biológicas causadas pela puberdade e a pressão para se ajustar às normas e expectativas da sociedade em que vivem são algumas das justificativas para explicar a ocorrência da autolesão nesta fase da vida [37]. Diante das expectativas sociais, muitos jovens podem se sentir sozinhos por não aderirem ou estarem distantes dessas exigências e, muitas vezes, não dispõem de recursos materiais e emocionais suficientes, sucumbindo a tais pressões por diversas vias, dentre elas a prática de se cortar [38]. A relação do adolescente com o mundo é construída por meio do corpo [39], e a utilização do corpo na adolescência se dá de maneira singular:

“[...] é comum que adolescentes utilizem o corpo como cenário de representações para os conflitos que não alcançaram, ainda, elaboração e

simbolismo. Então, as mudanças corporais características da adolescência proporcionam, em certos momentos, a utilização do corpo como uma forma de descarga das experiências emocionais dolorosas, ao mesmo tempo em que oferece um palco para a dramatização de conflitos e fantasias evocadas nesse período.” [40, p. 152]

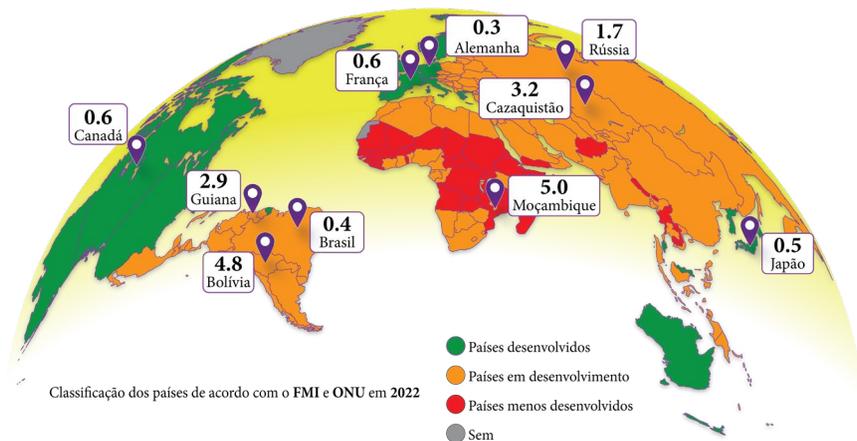
Através do corpo o adolescente encontra formas de comunicar suas experiências subjetivas, podendo a autolesão ser uma forma de inscrição corporal capaz de externalizar algo que diz respeito ao seu eu interior [41]. É uma espécie de alívio da ansiedade e tensão que o acompanham. Diante da vivência do caos interior e da dificuldade em transformá-lo em palavra, o jovem o inscreve na pele, a fim de recuperar o controle, manter-se vivo e agarrado à realidade [42].

Na busca de reconhecimento e aceitação, os adolescentes tendem a procurar seus iguais, a fim de obterem reconhecimento, partilharem experiências, gostos e interesses [16]. Nesse sentido, o ato de ferir o corpo lhes proporcionaria não apenas o senso de pertença a um grupo identitário [43], como também a troca estabelecida entre os pares a respeito do fenômeno influenciaria a forma de interpretar e atribuir significados sociais ao comportamento [44]. As redes sociais on-line são espaços propícios para tal encontro e construção de significados, como abordaremos mais adiante.

### O crescimento do comportamento suicida e da autolesão no Brasil e no mundo

Há aumento das taxas de suicídio de adolescentes e jovens no Brasil ao longo das últimas décadas, mas este fato não é característica exclusiva brasileira. Globalmente, 77% dos suicídios ocorrem em países menos desenvolvidos ou em desenvolvimento; considerando os suicídios em adolescentes, 88% se localizam nesses países. No Brasil, é a quarta causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, quando não há distinção por sexo, com 6,7 mortos por suicídio a cada 100 mil habitantes, inferior a países como Guiana e África do Sul [8,45]. Alguns estudos e boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde mostram tendência ascendente do suicídio a partir do ano 2000 [46].

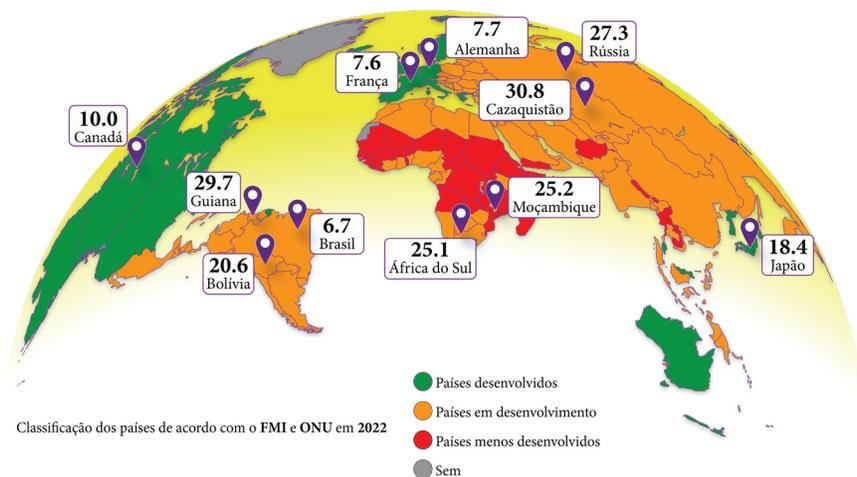
## Taxas padronizadas do suicídio entre jovens de 5 a 14 anos no mundo (taxa de mortos por suicídio/100mil hab)



Fonte: World Health Organization [8]; Wikipedia [47].

Ao observarmos o grupo de 5 a 14 anos, no Brasil a taxa é de 0,4, bem inferior aos demais países.

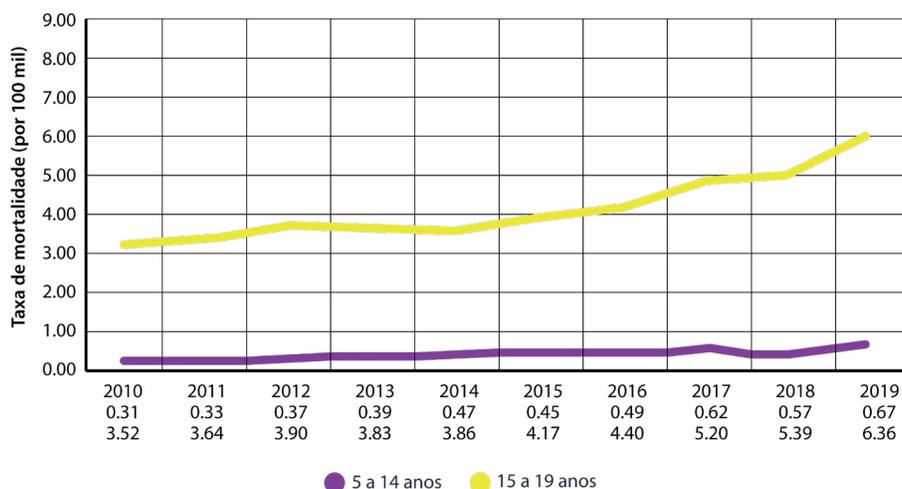
## Taxas padronizadas do suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no mundo (taxa de mortos por suicídio/100mil hab)



Fonte: World Health Organization [8]; ; Wikipedia [47].

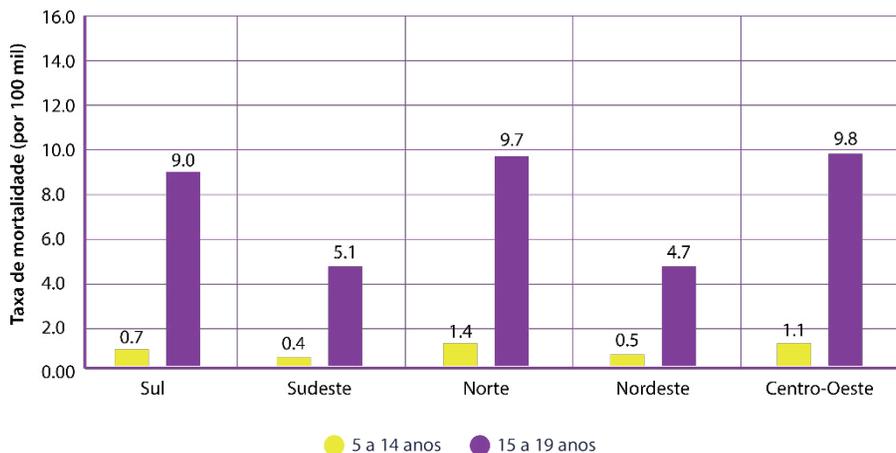
Em consonância com dados globais, o Ministério da Saúde do Brasil aponta o aumento de autolesões não suicidas, tentativas de suicídio e de suicídio na passagem para a segunda metade da adolescência. Entre 2010 e 2019, antes da pandemia, a taxa de suicídio aumentou de 0,31 para 0,67 por 100 mil no grupo de 5 a 14 anos, enquanto em adolescentes de 15 a 19 anos foi de 3,5 para 6,4 por 100 mil (figura 1). As regiões Norte e Centro-Oeste mostram as maiores taxas de mortalidade do país (figura 2) [48].

**Figura 1: Evolução das taxas de mortalidade por suicídio segundo a faixa etária. Brasil, 2010 a 2019**



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [48].

**Figura 2: Taxas de mortalidade por suicídio segundo faixa etária e região geográfica. Brasil, 2019**



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [48].

A pandemia do Covid-19 lançou um alerta de prevenção do comportamento suicida no mundo. Além do isolamento, a pandemia ampliou os fatores de risco associados ao suicídio, como a perda do emprego e a queda da economia, violências, traumas, e aumento da depressão e ansiedade, além de barreiras ao acesso a serviços de saúde [5,49,50].

Aqueles que se encontram nas camadas mais empobrecidas da população são ainda mais afetados por enfrentarem dificuldades no acesso à educação e ao mercado de trabalho, com o aumento das incertezas quanto ao futuro. Vale destacar que, mesmo antes da pandemia, muitas crianças e adolescentes já estavam sobrecarregados com o peso de problemas de saúde mental não resolvidos. Esse contexto de vulnerabilidade emocional vem acarretando prejuízos atuais importantes, assim como no futuro de uma geração.

O *Relatório Mundial de Saúde Mental: transformando a saúde mental para todos* [51] coloca que houve aumento de 27,6% de casos de transtorno depressivo grave no mundo apenas em 2020. Durante o primeiro ano de pandemia, constatou-se 25,6% mais casos de transtornos de ansiedade em

nível mundial. Apesar de haver atraso na coleta e na análise das estatísticas de saúde, percebe-se realidades locais distintas, com uma tendência de não haver grandes diferenças em relação às taxas globais de suicídio desde o início da pandemia. Todavia, as estatísticas de alguns países apresentaram crescimento dessas taxas, enquanto em outros houve queda ou os números permaneceram inalterados.

Entre profissionais que atendem crianças e adolescentes no Brasil, é consenso um aumento e agravamento do sofrimento neste grupo no período pós-pandemia. Há que ressaltar que, antes da pandemia, já existia uma vulnerabilidade emocional na população infantojuvenil, que parece ter se acirrado no contexto de crise sanitária, desencadeando sofrimentos, angústias e transtornos mentais. Além disso, a experiência coletiva da pandemia parece ter autorizado socialmente o reconhecimento do sofrimento psíquico em crianças e adolescentes.





2

## O que pode desencadear o comportamento suicida e a autolesão?

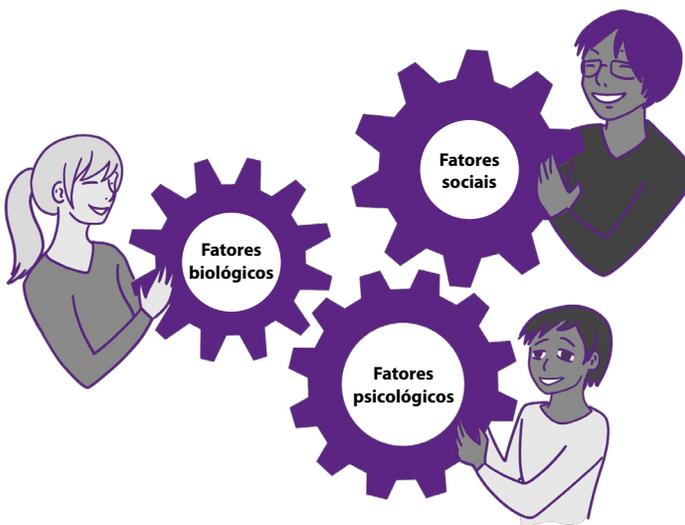
☹☹ Naquele dia [tentativa de suicídio] eu tinha brigado com a minha melhor amiga. Mas eu não acredito que o pensamento tenha sido só por isso. Tinha sido o acúmulo de várias coisas. Eu estava chorando por causa daquilo. ☹☹ (Menina com 14 anos, tentativa de suicídio, Porto Alegre)

«Eu acho que foi, assim, eu e a minha mãe, a gente brigava muito. Por causa da casa, por causa de muita coisa. E isso me deixava muito mal, porque era uma coisa que, eu, eu amo minha mãe, eu não gostava de brigar com ela. E sempre, o meu relacionamento com a minha mãe foi um motivo pra eu começar a me [cortar], as nossas brigas. Mas a gente parou de brigar e eu continuei, porque foram outros problemas que vieram depois, quando a gente começa... » (Menina com 14 anos, tentativa de suicídio, Porto Alegre/RS)

Nesta parte abordamos os modelos explicativos e os diversos fatores – os sociais, psicológicos e biológicos – que podem levar uma criança ou adolescente a querer se matar ou a se machucar de propósito. Destacamos também o papel da internet e das redes sociais, que podem atuar tanto de forma muito danosa quanto de apoio e suporte social.

### Por que há adolescentes que desejam se matar?

Essa pergunta tem como resposta um conjunto de fatores biopsicossociais que envolvem dimensões inter-relacionadas e que desempenham um papel no surgimento e recorrência do comportamento, dentre eles:



### Fatores biológicos

Desempenham um papel importante na suscetibilidade ao comportamento suicida, com ênfase nos transtornos psiquiátricos, especialmente a depressão [52]. Estudos indicam que em 90% dos casos de suicídio há uma associação com transtornos mentais, sendo que em 50% desses casos a associação ocorreu nos dois anos anteriores ao desfecho fatal [8,10,53]. Os transtornos mais associados ao suicídio são: os de humor (depressão e transtorno bipolar), os relacionados ao uso de substâncias, os de personalidade e esquizofrenia [54]. Além disso, algumas características psicopatológicas, como impulsividade, desamparo, desesperança, falta de interesse, irritabilidade, agressividade, rigidez cognitiva e prejuízo na capacidade de resolução de problemas estão fortemente correlacionadas ao comportamento suicida [10,55].

Apesar das críticas da associação entre comportamento suicida e transtornos mentais, as teorias biológicas permitiram uma possibilidade de intervenção ao reconhecer o sofrimento psíquico como responsabilidade do setor saúde. O modelo biológico tem embasado muitas das estratégias de prevenção e promoção de saúde, assim como a abordagem e a **posvenção** do comportamento e da crise suicida [26].

**POSVENÇÃO:** caracterizada por ações, atividades, intervenções, suporte e assistência para aqueles impactados por um suicídio completo, ou seja, os enlutados, que estão de luto. Familiares, colegas e professores da escola são públicos especialmente aptos a receberem este tipo de apoio.

### Fatores psicológicos

Estes se aproximam do biológico ao explicarem que comportamentos suicidas são resultantes de transtornos mentais. Dentre as principais teorias psicológicas estão:

- as psicodinâmicas, onde a tentativa de suicídio não objetivaria a morte, mas uma identificação com a mesma [11,26];
- as cognitivas, que veem o comportamento suicida como uma forma de evitar o sofrimento por meio da autoprovocação de atos violentos, com-

preendendo desesperança, estratégias inadequadas de enfrentamento de problemas, distorções cognitivas (com prevalência de pensamentos polarizados, sentimentos de catástrofe e negativismo) e gatilhos estressores [10,11,26];

- a sistêmica, que relaciona a questão suicida com conflitos nos relacionamentos familiares, amigos e comunidades. Compreende esses atos como tentativas de comunicação. Essa teoria entende que o comportamento suicida abrange a transmissão de padrões e valores familiares por mecanismos genéticos e moleculares e, também, por meio da lógica social e cultural. Uma “comunicação suicida”, dessa forma, tende a ser encontrada transgeracionalmente, de geração para geração [10,11, 26].

### Fatores sociais

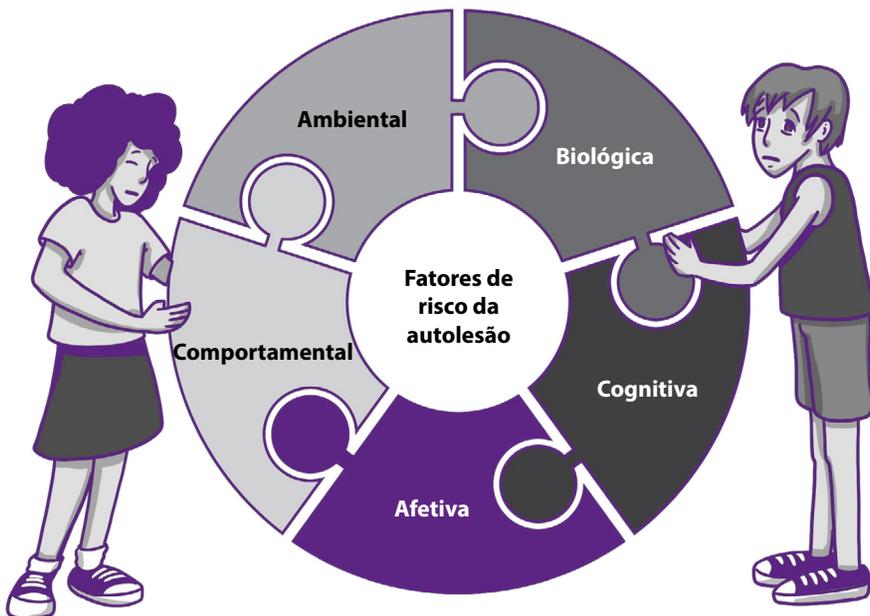
Introduz a relação do indivíduo com a sociedade e prioriza o contexto social ao qual o indivíduo pertence. A instituição familiar é um núcleo de extrema relevância social, podendo neutralizar ou acirrar as desintegrações sociais, sobretudo na adolescência e na juventude.

### O que leva crianças e adolescentes a se machucarem de propósito?

Os fatores que podem levar à autolesão são muito semelhantes ao comportamento suicida, e são organizados em cinco dimensões [17,56]:

- **ambiental**, que inclui os elementos da história familiar (transtorno mental, abuso de substâncias, violências, suicídio e autolesão na família); da história pessoal (aspectos vivenciados pela pessoa, com a morte de um dos pais/cuidador, separação dos pais, ser expulso de casa e experiências de violência); e ambientais atuais, que são circunstâncias no presente que tendem a desencadear a autolesão, como vivenciar perda ou conflito nos relacionamentos, ser exposto a colegas que se ferem, problemas de desempenho na escola, trabalho ou esporte;

- **biológica**, que se baseia em hipóteses biológicas explicativas onde funcionamentos específicos garantiriam a sensação de prazer ou alívio ao se ferir e a diminuição da sensibilidade à dor física;
- **cognitiva**, que enfatiza as interpretações dadas às situações percebidas como aversivas, dolorosas ou desorganizadoras. Aponta os pensamentos negativos e pessimistas recorrentes mesmo na ausência de gatilhos ou situações desagradáveis;
- **afetiva**, que é central para o comportamento de autolesão. As emoções que costumam preceder os atos são raiva, ansiedade, tensão, tristeza, depressão, vergonha, preocupação e desprezo, vivenciadas de maneira intensa e negativa. A autolesão é a maneira de eliminar ou reduzir tal sofrimento afetivo.
- **comportamental**, que compreende as ações que precedem, acompanham e sucedem o ato de se lesionar. Envolve a escolha do local físico sem o risco de interrupções, seleção da “ferramenta”, decisão sobre o autocuidado (ou não) com o ferimento, o destino do objeto utilizado (se descarta ou guarda) e a comunicação com outras pessoas.



Veja a seguir alguns comportamentos comuns em jovens que se machucam de propósito.

### Quais são os jovens com risco aumentado de se autolesionar?

- Com pensamentos suicidas
- Com problemas com alimentação
- Minorias sexuais e de gênero
- Frequentemente passa mais tempo sozinho
- Sente-se intimidado
- Demasiadamente preocupado com amigos ou familiares

### Olhando de perto os fatores de risco do comportamento suicida e da autolesão



Agora que vimos os modelos teóricos que podem levar ao comportamento suicida e à autolesão, vamos entender como eles se expressam no comportamento individual e nas interações com os ambientes familiar e social. Esses aspectos que facilitam a ocorrência do comportamento suicida e da autolesão são chamados *fatores de risco*. As famílias, as escolas, os serviços de saúde e de proteção, entidades religiosas e comunitárias podem prevenir que tais riscos ocorram ou acompanhem a vida das crianças e adolescentes. Para tanto, é necessário comprometimento e conhecimento para se ter um olhar cuidadoso e empático para as crianças, adolescentes e famílias que vivenciam muitos destes fatores que os colocam em situação de vulnerabilidade.

### Características individuais

Algumas características individuais encontradas em crianças e adolescentes com comportamento suicida e autolesão incluem: isolamento social, impulsividade, falta de mecanismos de adaptação, pessimismo, insegurança, distorção da imagem corporal, baixa autoestima, instabilidade emocional e autodepreciação. Ansiedade, depressão, transtornos alimentares, uso abusivo de substâncias e comportamentos antissociais também são condições comuns nesse grupo. Além disso, ter doenças graves é um fator adicional que pode desencadear esses problemas.

☺ *É muito difícil você achar algo em que você seja bom, fazendo você se sentir útil, não útil para as outras pessoas, mas útil porque você quer saber no que você é bom e você não consegue. Isso para mim pegou muito mais ou menos nessa época [adolescência]. Então, como eu achava que eu não conseguia fazer nada, isso pra mim era péssimo.* ☺☺ (Mulher com 25 anos, que teve comportamento suicida na adolescência, Rio de Janeiro/RJ)

### ATENÇÃO!

Durante a infância e a adolescência pode não ser evidente o planejamento antecipado do suicídio, também por isso a **impulsividade** é algo a ser observado e cuidado pela família e profissionais da rede. Dificuldades disciplinares com os pais e conflitos interpessoais com pares podem propiciar comportamentos suicidas baseados na impulsividade [26].

As mulheres são maioria nas tentativas de suicídio e na autolesão; homens prevalecem entre os que se suicidam. Crianças e adolescentes LGBTQIA+ têm entre 2-7 vezes mais probabilidade de ideação suicida, bem como tentam mais suicídios que seus pares heterossexuais [57,58,59]. A vulnerabilidade do grupo LGBTQIA+ pode ser explicada pela exclusão social, violação dos direitos humanos, solidão e diversas violências (psicológica, moral, física) a que está submetido.

### Características familiares e relacionais com amigos e na escola

☺ *Eva [nome fictício] não conviveu mais comigo e com o pai, veio morar com os avós. E nesse meio tempo que ela veio morar com os avós eu engravidei... e daí, no que eu engravidei, a Eva já morava com a minha mãe e com o meu pai e o meu pai faleceu – já saiu praticamente morto de dentro de casa. A Eva também viu a morte do vô. Daí começaram muitas brigas, muitas confusões, porque meu pai era o centro de tudo. E minha mãe não teve mais estabilidade emocional de cuidar da Eva, eu estava com uma gestação e com pressão alta – pré-eclâmpsia. Aí meu marido me largou, a gente se separou, e Eva assistiu todas as brigas [com o padrasto]. Eu tirei ela de volta da minha mãe no momento em que eu estava me separando dele. Ela participou das brigas, do nascimento da irmã, do falecimento do meu pai, e aquilo ali foi deixando ela, foi aonde ela se transformou de vez. ☺☺* (Mãe de menina com 12 anos, tentativa de suicídio, Dourados/MS)

Perdas por morte de pessoas próximas, dependência química de algum membro da família, a pobre comunicação de sentimentos e de informações na família, problemas de relacionamento entre os pais, separação dos pais ou ausência de pelo menos um deles, dificuldades relacionais entre pais e filhos, desvalorização da criança/adolescente ou rejeição por parte da família, problemas de saúde mental do cuidador, histórico familiar de suicídio ou autolesão, comunicação violenta intergeracional, perda de emprego e mudanças financeiras bruscas são alguns fatores familiares que podem atuar na ocorrência do comportamento suicida ou da autolesão [45].

☺☺ *Minha mãe me batia e eu queria sumir da vida dela. Eu não queria morrer, mas queria morrer pra ela porque ela não ia mais me ver. Mas não pro mundo.* ☺☺ (Mulher com 24 anos com relato de ideação suicida na adolescência, Rio de Janeiro/RJ)

Dificuldades no estabelecimento do vínculo de **apego** da criança com o cuidador na fase inicial da vida podem impactar, a curto e longo prazos, a forma como lidam com as emoções, as relações afetivas, a futura capacidade de se relacionar e a de ser pais. E podem ser transmitidas transgeracionalmente. A importância da prevenção nos primeiros mil dias de vida da criança é considerada elemento fundamental para a prevenção do comportamento suicida e da autolesão, pela elevada vulnerabilidade infantil e pelos **períodos sensíveis de desenvolvimento** que ocorrem nesta

**APEGO:** é um tipo de vínculo afetivo em que o senso de segurança de alguém está estreitamente ligado à figura de apego, permitindo uma relação de conforto e estabilidade no relacionamento com outras pessoas. Surge no início da vida como fruto do enfrentamento confiante pelo bebê de situações estressantes e desafiadoras (pessoas ou ambientes), assim como da garantia da possibilidade do retorno após a (bem ou má sucedida) exploração. A teoria do apego estuda o vínculo formado entre bebês com as mães ou cuidadores; esta forma relacional aprendida pode se transformar num modelo relacional, se estendendo para os laços entre colegas e entre adultos. Padrões de apego inseguro ou disruptivo estabelecidos na infância podem prejudicar as relações estabelecidas ao longo da vida [62].

**PERÍODOS SENSÍVEIS DO DESENVOLVIMENTO:** Referem-se a intervalos de tempo ao longo do desenvolvimento onde a criança está apta e atraída para determinado estímulo ou tarefa. Nesses períodos, a criança se dedica com intensidade ao que atrai sua atenção. A temporalidade depende de cada criança e de seu contexto. Sob a perspectiva neurológica, nos períodos sensíveis a criança é mais sensível às influências do ambiente, que interfere no desenvolvimento e na maturação cerebral. Os cuidados do meio influenciam no desenvolvimento de uma ou outra habilidade, comportamento ou traço de personalidade [63].

faixa etária, com impactos para toda a vida [60]. Um padrão disruptivo de apego na infância pode culminar em expressões de autodestruição no curso da vida [61]. Crianças e adolescentes que estabeleceram vínculos de apego inseguro, interagindo com frágeis traços de personalidade, acumulam fatores de risco em resposta aos diferentes eventos adversos da vida.

Sofrer violências (negligência, abusos físicos, sexuais e psicológicos) em casa, na escola, com os amigos ou na comunidade em que vive, além de término de relacionamentos amorosos, *bullying* e *cyberbullying* merecem destaque na origem do comportamento suicida e da autolesão na infância e adolescência.

☪ **Eu falei pra minha vó depois de um mês; ela disse que ele também foi culpado de eu ter tentado suicídio, de eu ter cometido, tentado. [...] Porque mexeu muito comigo [1ª experiência sexual com menino no banheiro do shopping]. Porque depois dele eu comecei a ficar um pouco mal. Fiquei um pouco pior de sentimento. Eu não consegui me abrir com ninguém. E eu não queria que fosse daquele jeito. ☺☺** (Menina com 13 anos, tentativa de suicídio, Porto Alegre/RS)

Em especial **as violências verbais são muito potentes para diminuir a autoconfiança** da criança ou adolescente em si e no mundo e aproximá-las de comportamentos autodestrutivos.

☪ **ADOLESCENTE:** Eu tinha brigado com vários amigos meus e eles fizeram um grupo [WhatsApp] pra me criticar. Me colocaram e eu via as conversas... Eu fiquei bem 'bad'. Aí eu me cortei e eu fiquei, tipo, muito mal. Eu lembro que eu estava ali na sala e minha mãe estava dormindo; eu fui lá no quarto dela [mãe] chorando, eu falei pra ela. [...]. **MÃE:** Foi essa menina [da escola], que... Enchia muito o saco dela, tipo um *bullying* que aconteceu na escola. Ela [jovem]chegava aqui chorando que tãrava sarro dela, que ela começou a se cortar... Quando eu acho que ela que tem alguma coisa que ela não consegue expressar, por pra fora, que ela fica avexada, ela vai lá e se corta. ☺☺ (Adolescente com 14 anos e responsável, tentativa de suicídio, Dourados/MS)

☹☹ Quando ele tomou consciência do que o avô fez [abuso sexual], acho que foi muita coisa pra ele. Quando ele fez isso, ele teve um surto. Ele estava indo muito lá pra ver o pai dele e cada vez que ele voltava, ele entrava furioso dentro de casa comigo. ☹☹ (Mãe de menino com 11 anos, tentativa de suicídio, Porto Alegre/RS)

☹☹ O pai dele chamava ele de vagabundo, “que tu não presta pra nada, que tu não faz nada”. Sempre rebaixando ele. ☹☹ (Mãe de adolescente menino, com 16 anos, tentativa de suicídio, Porto Alegre/RS)

Sobressai também a influência de familiares e colegas que se ferem ou tentam se matar, denominado como “**suicídio contagioso**”. Estudo abrangendo seis suicídios e oito tentativas de suicídio em pessoas de todas as idades na cidade de Independência/Ceará, em 2005, mostra que quatro adolescentes que se suicidaram e quatro que tentaram suicídio algum tempo depois eram relacionados – namorados, irmão ou amigos [64].

“**SUICÍDIO CONTAGIOSO**”: Excessivo número de suicídios que ocorrem com pouco tempo de diferença entre um e outro, ou em proximidades geográficas [65].

O contágio serve como modelo para sucessivos suicídios, seja de pessoas próximas que cometeram suicídio ou mesmo decorrente da cobertura da imprensa [66].

☹☹ Numa escola que eu estudei tinha muita gente que se machucava, muita gente que se mutilava, muito. Bastante gente, na verdade. Mas tanto que é até moda na escola ficar andando com pulseirinhas. Porque se tirasse aquilo todo mundo ia ver um monte de corte. Mas assim a escola só ia nas salas, falava: “Olha, eu sei o que está acontecendo; estamos com índice de depressão”. Eu sei que antes de falar qualquer coisa eles falam assim. Não é errado! É uma situação legal deles. Mas era uma outra coisa se eles fossem lá na sala: “olha, se vocês quiserem ajuda, é só procurar, estamos disponíveis”. Sinceramente, não funciona. E eu acredito que nunca vai funcionar! ☹☹ (Mulher com 25 anos que teve comportamento suicida quando tinha 13 anos, Rio de Janeiro/RJ)

☹☹ O meu cunhado eu vi enforcado tudinho, o meu marido passou mal, eu cuidei dele, fui no velório tudinho; a minha irmã, ela se matou enforcada, quando eu cheguei lá ela estava com o olho aberto, eu fechei, eu abracei ela, meu marido ainda falou assim pra mim: “Sai daí, não pode, não pode mexer”; com o meu sobrinho, meu cunhado estava brigando, que o pai e o filho brigavam que nem gato e cachorro. O meu sobrinho acusou o pai dele de ter matado a mãe dele, e aí eles começaram a brigar. Aí meu marido não sabia se me tirava dali ou se socorria os dois. O dela não [filha], o dela eu já, eu não sei, eu não sei se foi medo, o que que foi, que eu não fiquei nem perto. ☹☹ (Mãe de adolescente com 18 anos, suicídio, Dourados/MS)

### Características sociais

☹☹ Com a ausência das políticas públicas [...] com a ausência de um Estado presente que valorize a vida e que não fomente [...] um sistema da morte. A gente vive numa sociedade hoje em dia, que, infelizmente, o sentimento e a emoção predominantes é a dor. ☹☹ (Profissional de saúde, especialista na prevenção do comportamento suicida)

Momentos de crises econômicas, a perda de emprego, a falta de sonhos e de perspectiva do futuro decorrente da desigualdade social podem levar à angústia emocional e à falta de esperança. Dados do Ministério da Saúde para o período de 2012 a 2016 mostram que jovens negros, entre 10 e 29 anos de idade, são os que mais cometeram suicídio no Brasil nos últimos anos. O **racismo estrutural** expõe desigualdades e exclusão social, e acirra situações de violência, podendo atuar como um ‘gatilho emocional’ diante de tanto sofrimento. Historicamente, os negros vivem uma situação de marginalização que dificulta sua inserção na sociedade de forma produtiva, competente, acadêmica e de consumo.

**RACISMO ESTRUTURAL:** “É uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios, a depender ao grupo racial ao qual pertencem”. [67]

☺☺ E aí, para isso, é preciso pensar quem é esse sujeito, né? Qual é a sua história? Que grupo social ele está inserido? Sua raça, cor? Suas condições de vida? Suas possibilidades de trabalho, de laço social, de vínculo, de apoio, de acesso à saúde? Ou seja, é construir um caminho com ele, sempre com ele, e não na lógica do que eu sei que é melhor para você. Ah, e como minimizar? É o ressignificar as situações de sofrimento. Produzindo vida. Eu acho que isso faz mais sentido para mim quando eu penso em prevenção. ☺☺ (Profissional de saúde, especialista na prevenção do comportamento suicida)

Para garantir saúde mental e prevenir o comportamento suicida e a autolesão é fundamental que os direitos sociais sejam garantidos – a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a proteção à infância e a assistência aos desamparados.

☺☺ Porque a gente vai pensar, inclusive, o que é produzir vida para este sujeito. Muitas vezes a gente vai estar falando de alguém que não tem o que comer, que não tem trabalho, que não tem rede social, rede de apoio afetiva. E a gente está falando de dinheiro, do básico, da sobrevivência. E aí? É uma construção em rede, porque aí eu acho que tem uma coisa muito central, sabe? Hoje no meu trabalho eu não consigo pensar muito atravessando o suicídio de um modo tão individual. Eu acho que a gente precisa ampliar isso, coletivizar o cuidado, porque senão a gente vai estar enxugando gelo. ☺☺ (Profissional de saúde, especialista na prevenção do comportamento suicida)

Nesta perspectiva, os indígenas são outro grupo que merece atenção, em que os fatores socioculturais se sobressaem na explicação dos elevados números de suicídio, colocando-se como um agravamento de saúde preocupante. A população indígena sofre pela marginalização e estigmatização, e o evento suicida parece estar muito associado neste grupo à miséria, ao abuso de álcool e outras drogas, ao contato discriminatório e violento com a sociedade do entorno, à dificuldade de acesso à terra e a mudanças nas relações

familiares que dizem respeito às regras de casamento. Além disso, esse fenômeno é mediado por diferentes concepções de sofrer e morrer próprias de cada povo indígena [69, 70].



Pessoas LGBTQIA+ são outro grupo que sofrem profunda estigmatização e que são reconhecidos pela elevada vulnerabilidade ao comportamento suicida. Estudo realizado nos Estados Unidos identificou que 8% dos homens e 13% das mulheres heterossexuais tinham ideação suicida, enquanto entre homens e mulheres da população LGBTQIA+ esse número foi de 36% e 42%, respectivamente [71]. Estima-se que 20% da população LGBTQIA+ adulta já tentou suicídio ao longo da vida [72]. O impacto do *status* de ser LGBTQIA+ sobre a saúde mental e o comportamento suicida parece variar entre ambientes com diferentes níveis de suporte e aceitação, preconceito, discriminação e prejulgamento. Além disso, a comunidade LGBTQIA+ é mais propensa a receber tratamento de menor qualidade devido ao estigma, falta de conhecimento dos profissionais de saúde e pouca atenção às necessidades específicas desse grupo [73].

### Potencial danoso de viver muitos eventos adversos

A Organização Mundial da Saúde [14] listou os seguintes eventos como capazes de prejudicar o desenvolvimento de crianças e adolescentes: perdas interpessoais (morte dos pais e divórcio); ambiente familiar disfuncional (problemas de saúde mental, abuso de substâncias, criminalidade e violência); maus tratos (violência física, psicológica e sexual e negligências); doença física da criança; adversidade econômica; violência entre pares (*bullying* e *cyberbullying*); violência comunitária (entre indivíduos que não mantêm relação pessoal entre si); e a violência coletiva (crimes cometidos por grupos organizados, multidões e guerras).

O número elevado de experiências adversas vividas por crianças e adolescentes pode acarretar comportamentos prejudiciais à saúde, incluindo o suicídio.

Outra forma que o meio social possui de marcar a vida de crianças e adolescentes com comportamento suicida e autolesão é por meio das alterações epigenéticas. Estas alterações são um mecanismo biológico que explica como as adversidades vividas desde o período pré-natal e mesmo antes, nas experiências dos pais e avós, podem impactar as respostas de estresse da criança, do adolescente e das gerações que se seguem [74,75]. Nesta abordagem, as mudanças no ambiente social estão associadas à expressão do gene sem alterar a sequência de DNA [76]. O importante da ideia de epigenética é que as alterações moleculares podem marcar o indivíduo que vive muitas situações adversas.

Contudo, podem ser revertidas se os **fatores de proteção** forem disponi-

**FATORES DE PROTEÇÃO:** são características individuais e/ou ambientais que minimizam os efeitos da situação de risco [77].

bilizados para a criança, o adolescente e seu meio. A noção de plasticidade epigenética, bem como a sua reversibilidade frente a um ambiente positivo, abre novas linhas de intervenção no âmbito social.

### ATENÇÃO!

A prevenção ao comportamento suicida e à autolesão é possível e deve incluir não apenas o meio social e familiar, como também a pessoa integralmente, desde o âmbito biológico, psicológico e cognitivo.

### Internet e Redes sociais

☾ *Eu pensava, só que aí eu parei de pensar, porque agora eu estou pensando em me matar pulando de um lugar muito alto. Que eu vi um vídeo na internet, eu compartilhei, minha mãe fica brava comigo. Ela fala que eu não posso compartilhar essas coisas doidas não... Eu vi um vídeo de uma pessoa pulando de cima, um cara, não pulando, ele estava numa ponte bem alta, num rio, e eu achei muito bonito aquilo lá. [Mas você pensa que vai acontecer o que?] Que eu vou morrer e acabou tudo. ☽* (Menina com 15 anos, tentativa de suicídio, Dourados/MS)

O comportamento suicida e de autolesão têm ganhado cada vez mais destaque na internet. Além do crescente número de conteúdos on-line abordando os temas, aumentou a busca por ajuda especializada para adolescentes que se ferem ou tentam se matar em diferentes partes do mundo [21,78]. As mídias sociais na internet, que funcionam como locais de conexão e interação, permitem a criação de laços entre pessoas, mas a disseminação rápida de informações pode ter consequências muito danosas, dependendo do seu conteúdo e da interpretação que de quem está do outro lado da tela.

As redes sociais podem atuar de forma negativa quando normalizam ou glamourizam casos espetaculares de suicídio e autolesão. Podem também facilitar o acesso à descrição detalhada de métodos para se machucar ou se matar, encorajando tais atos [79,80]. O compartilhamento de conteúdo on-line relacionado à autolesão se dá por meio de:

- sites orientados por pares (criados e moderados por não profissionais) e de sites promovidos por profissionais;
- sites de redes sociais (contando com grupos no *Facebook*; e
- site de compartilhamento de vídeos, por exemplo no *Youtube* [81].

☺ Pegou o celular dela e viu realmente, ela tinha entrado várias vezes, pesquisado muito realmente sobre isso [*Baleia Azul*]. A gente até se assustou [...] Mas ela estava assim num período que ela estava lendo só

**BALEIA AZUL:** Apareceu mundialmente entre 2017 e 2018 e foi um ‘jogo’ online com 50 desafios diários e autodestrutivos. O início era algo como ouvir uma música depressiva. A cada desafio agravava, até o último desafio ser o suicídio. A boneca momo, escultura criada em 2016, aparecia em vídeos infantis ensinando as crianças a como procederem para se machucar e suicidar-se [82].

coisas assim porque ela passava muito tempo sozinha, em casa, [...] Então ela se aproveitava de estar sozinha e assistia muito filme de terror, muito filme de sangue, essas coisa assim. Muito, muito. E esses anime – uns desenhos japonês, uma coisa assim que ela olha. Tem uns que são umas coisas boas, são um seguimento que não tem muita briga, muito sangue; tem uns que são mal e ela assistiu só os do mal, ela estava muito nisso. Aí a gente começou a cortar, corta internet, corta celular, mas como a gente não estava em casa a gente não conseguia controlar... ☺☺ (Mãe de menina, 12 anos, tentativa de suicídio, Porto Alegre/RS)

Além disso, a exposição de imagens de autolesões no *Instagram* [83]; a expressão da prática e do sofrimento oriundo dela no *Tumblr* [84]; e a troca de sucessivas mensagens acompanhadas de imagens, áudios e vídeos por meio do aplicativo de mensagens *WhatsApp* [85] evidenciam que a internet proporciona espaços onde é possível expressar seu sofrimento, compartilhar experiências e encontrar pares, ou seja, outros adolescentes que tentam se matar ou se ferir. Por outro lado, **a internet facilita a construção de vínculos e de comunidades nas quais é possível falar a respeito de um assunto que nem sempre é fácil discutir em outro espaço**, o que será abordado no capítulo a seguir.

*Sinais de alerta sobre o uso da internet e dispositivos eletrônicos [86, p. 15]:*

- Mudanças repentinas no uso da internet
- Uso compulsivo de jogos de extrema violência
- Participação em grupos de apologia ao suicídio e à autolesão
- Postagens de despedida
- Uso de fotos de morte, suicídio ou cortes
- Abandono repentino das redes sociais
- Reprodução e estímulos a desafios perigosos, com risco à vida



# 3

## O que protege o comportamento suicida e a autolesão?

Nesta parte, abordaremos vários fatores apresentados anteriormente, mas agora sob o enfoque positivo, ou seja, aspectos que fortalecem e dão suporte à criança e ao adolescente na proteção do comportamento suicida e da autolesão, com ênfase nas habilidades socioemocionais. Os recursos de proteção têm origem no âmbito familiar e social, relacionados diretamente com os vínculos afetivos na família, na escola e na comunidade da qual participa [87], bem como de ordem pessoal, tais como:

sentimentos de alta autoestima, autoconfiança, perspectiva de futuro e habilidades socioemocionais. Aqui, a internet e as redes sociais são destacadas pelo seu potencial de suporte social a esses jovens que se beneficiam do anonimato e do compartilhamento de experiências dos grupos virtuais.

### Fatores contextuais: a família, a escola, os amigos, o namoro e a comunidade

☪ Ela falava que ela ia se matar, que ela ia, “que eu vou puxar a corda, vó”, “você não vai fazer isso”, aí eu falava pra ela de Deus: “Jeová é tão bom; tem sido, tem ajudado tanto a vó; que a vó ama tanto ela, se ela fizer essas coisa assim a vó vai ficar muito triste; que a vó só tem ela assim mais que, que fica aqui comigo”. Aí ela se acalma. ☺ (Menina com 15 anos, tentativa de suicídio, Dourados/MS)

Dentre os fatores que protegem as crianças e os adolescentes de cometerem suicídio está o sentimento de estar conectada, numa relação de intimidade, e saber que pode contar com um familiar, um professor, um amigo ou um parceiro afetivo-sexual, no caso dos mais velhos. Essa pessoa é um ponto de referência afetiva importante, trazendo apoio, bem-estar e sentido à vida.



☺ *“Aí está um motivo pra mim: não desiste agora. Continua que seus filhos precisam de você e sua família precisa. Então eu me apoio nisso. Isso pra mim é importante. Eu sei que elas precisam de mim.”* ☺ (Mulher com 24 anos, com relato de comportamento suicida na adolescência, Rio de Janeiro/RJ)

O sentimento de estar conectada a outra pessoa também se revela em muitas mulheres que tiveram comportamentos suicidas na infância. Elas afirmam que a **maternidade** foi um ponto crucial para a mudança do sentido e valorização da vida, e que a partir daí houve uma interrupção no comportamento suicida. Dessa forma, a maternidade é um outro aspecto que merece ser destacado como fator contextual na vida adulta.

Outro fator contextual é o **apoio social**, que tem um amplo impacto em muitos aspectos da vida das pessoas e, em especial, de crianças e adolescentes. Há várias formas de ser apoiado [88,89]:

**APOIO SOCIAL:** Envolve qualquer informação, falada ou não, e/ou assistência material e proteção oferecida por outras pessoas e/ou grupos com os quais se tem contatos sistemáticos e que resultem em efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos [93,94].



1. **afetivo**, quando o adolescente tem alguém que demonstre amor e que o manifeste através de gestos, como abraço ou fazendo-o se sentir querido;



2. **emocional**, que se expressa na existência de pessoas que o escutem quando precisa conversar, quando precisa falar de si ou de seus problemas, de suas preocupações, de seus medos mais íntimos, e com quem possa relaxar;



3. **por informações**, através de conselhos que ajudem a criança ou o jovem a compreender determinada situação, sugerindo mecanismos para lidar com problemas pessoais;



4. **interações positivas** com pessoas para se divertir, para se distrair e fazer atividades agradáveis; e



5. **apoio material** em momentos de doença, nos cuidados com a alimentação ou no cumprimento de tarefas diárias.

A forma como o apoio é recebido tem sido relacionada a diversos desfechos positivos na saúde física e mental, influenciando a maneira de perceber situações estressantes, no bem-estar emocional e psicológico, e até na longevidade das pessoas [90]. Também proporciona melhor qualidade de vida, facilita a adaptação às adversidades, promove a resiliência e propicia o enfrentamento de eventos de vida negativos, que podem levar ao adoecimento [91].

Em **nível social/comunitário** sobressaem os fatores de proteção ligados às escolas e ambientes de trabalho que ofereçam suporte diante de adversidades; o suporte social obtido pelo envolvimento em atividades comunitárias; e o acesso a serviços de saúde, especialmente os ligados à saúde mental [95].

A escola tem um papel de proteção significativo, podendo ser fonte de conhecimento e confiança. Ouvir sem julgamentos, dar informações e oferecer uma educação que ajude crianças e adolescentes a identificarem e expressarem o que sentem de formas construtivas, assim como saber procurar e pedir ajuda são algumas das atitudes que mais podem impedir ou interromper o comportamento suicida e a autolesão. Assim, crianças e adolescentes poderão trabalhar suas emoções desde cedo e, se for o caso, identificar o quanto antes um estado depressivo e as ideias suicidas, favorecendo a procura por ajuda e atendimento. Um estudo que acompanhou adolescentes por cinco anos mostrou que o apoio emocional do professor

diminuiu a depressão desse grupo [92]. Nos capítulos a seguir, a relevância da escola na prevenção dos comportamentos suicidas estará evidenciada por meio de experiências mundiais já realizadas.

A participação em atividades esportivas e grupais são outros fatores que exercem proteção e estimulam o contato com outras pessoas, podendo favorecer a autoconfiança e a competência social.

☺☺ *Se eu amplio a rede de suporte, eu estou fazendo prevenção. A pessoa ter uma rede limitada, ela conta pouco com outros. A relação com a rede precisa ser fortalecida.* ☺☺ (Profissional de saúde, especialista na prevenção do comportamento suicida)



### Fatores individuais: saúde mental, religiosidade e habilidades socioemocionais

Já que o suicídio, não pode ser tratado, ele pode ser impedido a partir do desenvolvimento da educação emocional do indivíduo (Almeida; Almeida, 2019, p.5) [96].

Compreender e inserir os atributos individuais na prevenção dos comportamentos suicidas e autolesão são aspectos centrais nas ações realizadas com crianças e adolescentes mundialmente. Esses atributos nem sempre são facilmente reconhecidos e incorporados cotidianamente nos cuidados com pessoas destes grupos etários. A percepção de boa saúde e a saúde mental preservada, com ausência de transtornos depressivos sérios e de abuso de substâncias, são, ao lado das crenças religiosas, fatores individuais que exercem proteção e fortalecem a criança e o adolescente [97]. A religiosidade e a espiritualidade têm se tornado objeto de crescente interesse, sendo incluídos nas dimensões de qualidade de vida [98,99].

☺☺ *Eu acho que a religião me ajudou. Ela me abriu espaço pra dar oportunidade das pessoas se mostrarem quem é, de conhecer, de permitir esse contato.* ☺☺ (Mulher, 25 anos, com relato de comportamento suicida no início da adolescência, Rio de Janeiro/RJ)

☺☺ *Tinha problema com minha autoestima, com depressão. Um mestre de muay-thai me mostrou essa arte marcial e nisso ele me ajudou muito. A arte marcial, o muay-thai me tirou do fundo do poço, porque eu já cheguei ao extremo.* ☺☺ (Mulher com 24 anos, com relato de ideação suicida no início da adolescência, Rio de Janeiro/RJ)

### Autoestima

A autoestima é o componente afetivo de como a pessoa se vê. Está relacionada com a percepção do seu valor em diferentes domínios da vida [102].

Quando a autoestima é elevada, a pessoa tende a ter mais bem-estar e satisfação com a vida. Por outro lado, adolescentes com baixa autoestima têm maior risco de desenvolver depressão [101]. A autoestima também está relacionada ao humor, ao senso de adequação e segurança, bem como na percepção dos relacionamentos interpessoais, no gerenciamento de emoções e no controle dos eventos da vida.

### Habilidades socioemocionais

Nessa esfera individual, um dos principais fatores de proteção ao comportamento suicida e à autolesão são as habilidades socioemocionais, entendidas pela capacidade de gerir as relações interpessoais e afetivas, e o jeito de perceber, sentir e expressar o que sente em diferentes contextos e situações. Agrega aspectos emocionais (autoconhecimento e autocontrole), cognitivos (empatia) e comportamentais (decisões responsáveis e comportamentos destinados a ajudar outras pessoas) [103]. São passíveis de intervenções e podem ser ensinadas e aprendidas, visando a uma melhor adaptação da interação com o contexto social [104].

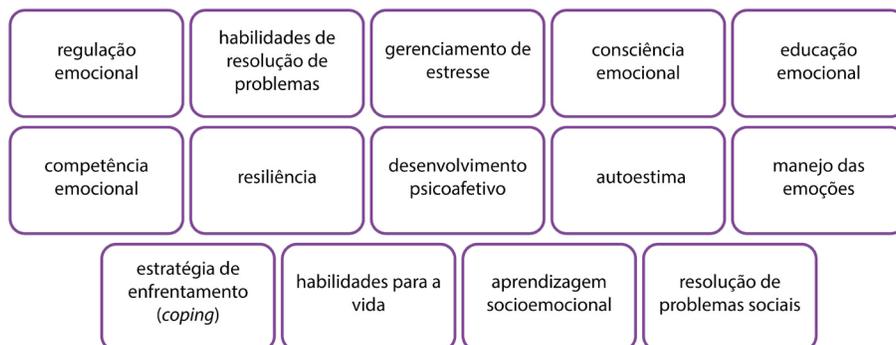
De todos os fatores de proteção apresentados a seguir, destaca-se a percepção do gerenciamento de emoções negativas, ou seja, a **regulação emocional**.

**REGULAÇÃO EMOCIONAL:** É entendida como um processo que influencia as emoções, ou seja, quais são elas, quando as têm e como as experienciam e expressam [102]. Envolve o esforço voluntário e consciente de estratégias específicas visando a modelar a resposta emocional. Pode ser adaptativa (inclui aceitação e autocompaixão) ou desadaptativa (engloba evitamento, ruminação e criticismo). A regulação emocional influencia no afeto, no comportamento, na cognição e na psicopatologia.

### Inteligência emocional

A inteligência emocional é uma das formas de expressão de habilidades socioemocionais, frequentemente enfatizada pela sua relevância para o tratamento, intervenção e/ou prevenção do comportamento suicida e da autolesão. É a capacidade para perceber, reconhecer, compreender, expressar e regular as emoções, motivar-se, reconhecer as emoções das outras pessoas e estabelecer relações de empatia [105], ou seja, é a possibilidade

de raciocinar a respeito das próprias emoções [106]. Esse conceito é abordado tanto isoladamente como associado a uma variedade de outros atributos socioemocionais, como:



A delimitação entre esses conceitos nem sempre é clara. Ora as habilidades socioemocionais são consideradas como sinônimo de inteligência emocional, ora é por meio da inteligência emocional que se pode aperfeiçoar e desenvolver as habilidades socioemocionais. Dentre as principais características da regulação emocional estão:

1. um conjunto de traços de personalidade (socioemocionais, motivacionais e vários aspectos cognitivos) que favorece a gestão das próprias emoções de uma determinada forma e o estabelecimento de um relacionamento interpessoal eficaz (Modelo Misto de Goleman e Baron); e
2. o uso adaptativo das emoções, na busca de unificar emoções e raciocínio, a fim de considerar a vida emocional de forma mais inteligente, o que promove a capacidade de reconhecer e expressar as emoções com precisão, acessar e/ou gerar sentimentos que facilitam o pensamento, compreender e raciocinar emocionalmente e regular as próprias emoções e as dos outros (Modelo de Habilidade de Salovey e Mayer). [107,108]

A inteligência emocional envolve não apenas a compreensão das próprias emoções, mas das demais pessoas que estão ao seu entorno, e a melhor forma de lidar com as demandas pessoais e interpessoais.

É um fator de proteção frente à instabilidade emocional, depressão, dificuldade de adaptação, conflitos interpessoais, explosão emocional, culpa, sentimentos de fracasso, frustração, medo, ansiedade, impulsividade e a diminuição do uso de substâncias psicoativas; os quais são elementos individuais que contribuem para a ocorrência do comportamento suicida [109,110].

Pessoas consideradas com alta inteligência emocional têm determinadas características como autoestima, humor e visão de vida positivos, além de sentimentos de bem-estar emocional. Desse modo, é importante conhecer e controlar suas emoções, motivar-se, reconhecer as emoções dos outros e gerir os relacionamentos. Quanto mais autoconhecimento um indivíduo tem, mais facilidade ele terá para identificar o que está sentindo e assim enfrentar a situação em que se encontra de maneira adequada ou possibilitar receber acompanhamento psicológico [111].

A noção de competência emocional também se destaca como o conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para facilitar a compreensão, expressão e regulação emocional [105].

Identificar o que está sentido – ansiedade, raiva, tristeza e medo – influencia nas ações e reações dentro do contexto ou da situação em que se encontra.

A boa administração das emoções interfere nos efeitos que elas poderão gerar, sendo, portanto, relevante para as avaliações cognitivas e o autocontrole. O desenvolvimento da regulação emocional se dá no decorrer da vida a partir de objetivos pessoais e contextos sociais. Há diferenças nos estilos de regulação das emoções. Na idade adulta, a maioria das pessoas conta com uma variedade de estratégias básicas para gerenciar emoções e expressão social que será a base de como vai atuar no trabalho, nas relações em família e em outros contextos culturais e sociais [96,105,112,113,114,115].

### **Dar sentido à vida**

Ter **sentido da vida** é outro fator que previne e protege do suicídio. Viktor Frankl, médico, doutor em filosofia e psiquiatra, em meio a uma difícil crise socioeconômica na Europa, em 1927, onde a recessão e o desemprego geraram muito medo e insegurança, passou a organizar “postos de aconselhamento” para a juventude, a fim de oferecer uma alternativa de enfrentamento ao suicídio [116]. Naquela ocasião, muitos jovens, por estarem mergulhados na desesperança do futuro e sem trabalho, cometiam suicídio, já que existia uma falsa relação entre ter emprego e o valor da vida [116,117]. Dentre as rodas de conversa com os jovens que tentaram o suicídio ou pensaram em se matar, Frank descobriu que quando a pessoa encontrava um “para quê viver” ou se engajava em algo no mundo pelo que valesse a pena viver, a ideação suicida tendia a perder força. Hoje em dia, a teoria sobre o sentido da vida é um meio de apoio para ajudar na facilitação e na descoberta do sentido para viver, com resultados na melhora da qualidade de vida, bem-estar psicológico, bem-estar espiritual e aumento das chances de vida em caso de pacientes com enfermidades crônicas, prevenindo o suicídio em pessoas com enfermidades terminais [118].

☺☺ Não tem como pensar a prevenção ao suicídio se não for falar sobre vida. Se não for falar sobre existência humana. Se não for falar, por exemplo, a impossibilidade de expressão desses sentimentos, das emoções e das expressões humanas, que condições de vida que nós temos nessa materialidade na contemporaneidade? Que condições de existência, de fala, de escuta, é uma coisa que eu sempre gosto de bater na tecla é justamente de que as pessoas não precisam mais usar o próprio corpo para poder ter escuta. Isso é violento, isso é perverso. Isso é doentio. De que eu preciso usar o meu próprio corpo para poder ter escuta. E mesmo assim eu recebo aquele silêncio, eu recebo apagamento. ☺☺ (Profissional de saúde, especialista na prevenção do comportamento suicida)

## Redes sociais em ambientes on-line

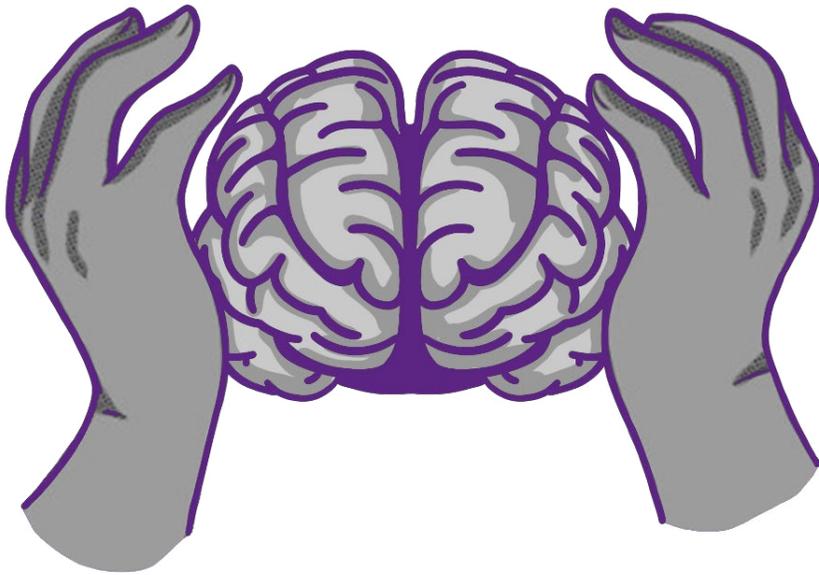
A internet pode desempenhar papel protetivo sobre crianças e adolescentes com comportamento suicida e autolesão ao facilitar o vínculo pessoal e a utilização de comunidades on-line como suporte e apoio social. Nesse espaço é possível falar a respeito desses temas, já que nem sempre é fácil discuti-los em outro ambiente pelo estigma social associado [119]. A busca por ajuda e suporte é a principal razão de engajamento de adolescentes nesses grupos, reforçando o papel positivo em relação à função que tais espaços exercem entre adolescentes [120]. As redes sociais virtuais também têm possibilitado o acesso a tratamento on-line, o apoio e o suporte social on-line, a busca por formas de ajuda e a troca de experiências entre pessoas que passam pela mesma situação [121,122].

☺☺ *Na internet tem uma psiquiatra muito, muito boa. Ela usa de uma forma muito legal pra informar sobre doenças mentais. Tem uma linguagem muito clara que qualquer um consegue entender, mesmo quem é muito leigo. Então acho que é um uso legal.* ☺☺ (Mulher com 25 anos que teve comportamento suicida na adolescência, Rio de Janeiro/RJ)

A busca por profissionais especializados e o acompanhamento psicoterapêutico e/ou psiquiátrico, atuando diretamente no tratamento, é fator relevante de suporte à criança, ao adolescente e suas famílias nos ambientes digitais.

☺☺ *Eu acho que é importante agora. Às vezes a gente está com nossa mente perturbada, só quer a forma que a gente vê, até a forma correta, mas sendo que tem várias maneiras e várias formas. Então, ela [a terapeuta] me mostrou isso aqui não é desse jeito: “Fica mais calma, fica tranquila; não é desse jeito”. Ela me mostrou da forma que eu poderia pensar. Da forma que eu poderia ver as coisas.* ☺☺ (Mulher adulta que teve comportamento suicida na adolescência, Rio de Janeiro/RJ)

No contexto de prevenção, as tecnologias são potentes devido à sua capacidade de transcender fronteiras como custo e distância geográfica, pela possibilidade de anonimato (o que pode promover a expressão mais livre de problemas de saúde mental) e alcançar indivíduos que hesitariam em participar de estratégias ou programas pelo estigma associado aos serviços de saúde mental [123]. Apesar das evidências ainda limitadas e de ser uma área de estudo incipiente, destaca-se o potencial das intervenções on-line de promoção e prevenção da saúde mental na promoção do bem-estar e redução de problemas de saúde mental.



# 4

## Vamos falar sobre prevenção

Evidências apontam que a maioria dos casos de suicídio poderia ter sido evitada (Organización Panamericana de la Salud, 2018) [124].

No país e no mundo ainda é pouco conhecido o que pode ser feito para prevenir o comportamento suicida e a autolesão. Como as falas de responsáveis de adolescentes expressam abaixo, são muitas as dificuldades e impasses dos serviços de saúde, de proteção social e das escolas atuarem quando se deparam com esses comportamentos.

☺☺ Eu sei que, eu vou falar a verdade, “ó, eu não sei”. A gente não sabe mais o que faz, eu mesmo não sei mais pra que lado que eu corro, porque a gente não tem assim, posse, pra estar levando ela numa clínica. Eu falei pra ele: “Eu não vou conseguir psicólogo”, que tem lá na UPA; a gente deixava o nome. Aí conseguiu: eu vou falar a verdade, pra adolescente, está em falta, porque você vai num lugar e ninguém atende. Fala: “Ah, não é aqui, é lá no PAM”. Cheguei no PAM: “Não, não é aqui, é lá no CRAS”. Falei: “Mas já mandaram eu de lá pra cá, e eu não vou voltar pra trás porque a menina está”, ela dava crise, ela quebrava tudo aqui dentro. [...] Ela faltou um dia porque ela não estava bem, já puseram outra no lugar. Falou: “Não, não tem mais [...]”. Aí voltei lá no psicólogo de novo, começou tudo de novo, e está o nome lá, nesse posto; está no outro posto e já tem uns três meses que não consegue. ☺☺ (Avó de menina com 15 anos, tentativa de suicídio, Dourados/MS)

☺☺ Pelo SUS já vai fazer um ano. E faz um ano que eu pedi um psiquiatra pra mim e uma psicóloga pra ela. Essa psicóloga eu consegui pela Igreja Nossa Senhora de Fátima. Você vai lá e faz uma entrevista, ele vê que você não tem condições de pagar, aí ele pega e faz, e eu consegui por ali. Mesmo assim eu pagava trinta reais cada consulta. ☺☺ (Mãe de menina com 14 anos, tentativa de suicídio, Porto Alegre/RS)

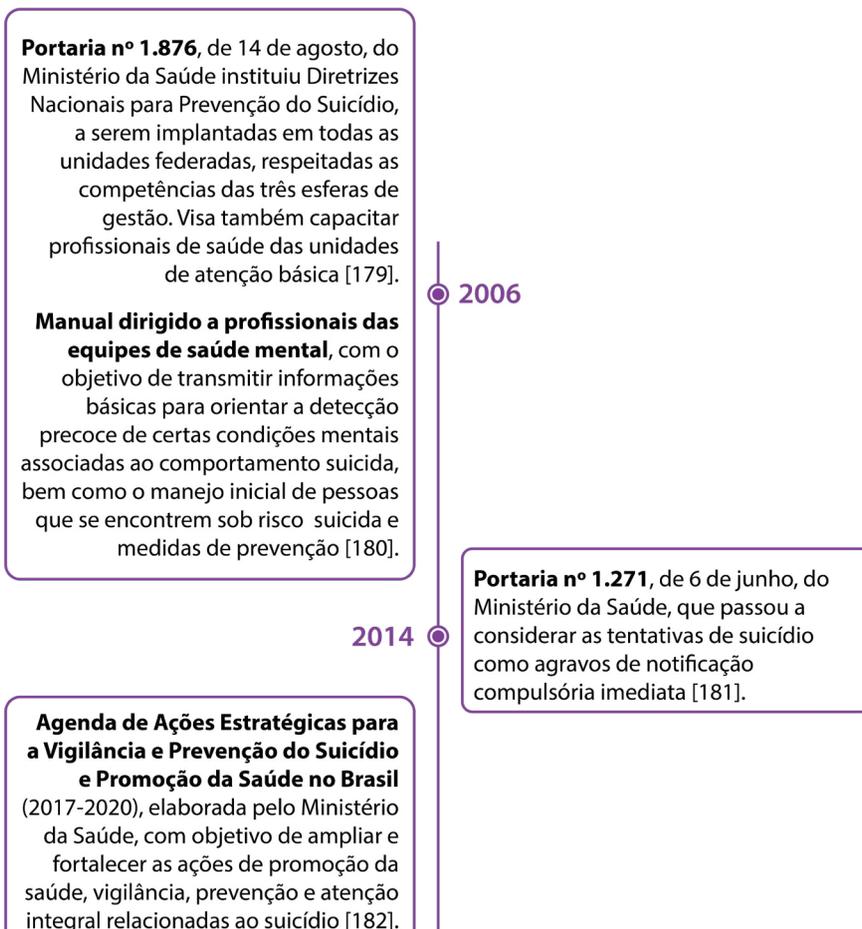
As normativas e leis que orientam a prevenção desses comportamentos no Brasil mostram a necessidade de ter regulações para a intervenção nesses problemas de saúde. Também revela o compromisso de incluir o protagonismo do Estado no direcionamento do cuidado e da proteção da população de crianças, adolescentes e suas famílias em sofrimento por meio de ações e programas de prevenção ao suicídio à autolesão.

### **Legislações e portarias no Brasil**

Apesar do lugar de destaque das estatísticas das tentativas, suicídio e autolesão na adolescência no Brasil, em comparação com outros países da

América Latina [125], não há muitas políticas públicas nacionais ou regulações locais voltadas a esses problemas. A figura 1 apresenta as iniciativas nacionais implementadas entre os anos de 2006 a 2022. Destacamos o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) no reconhecimento dos casos, tratamento e ações preventivas em nível individual e coletivo, norteando e sistematizando as condutas a serem tomadas pelos serviços de saúde.

**Figura 1 – Portarias, Políticas e Ações Federais sobre comportamento suicida e autolesão no Brasil, 2006 a 2022.**





A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS) é um marco por agregar diferentes ministérios, responsabilizar a União e destacar seu papel na prevenção. Foi elaborada pouco antes da Pandemia de Covid-19, tendo sido pouco implementada nos quatro anos que se seguiram. Aponta para o reconhecimento da complexidade do fenômeno e da necessidade de estratégias de prevenção. A despeito de sua relevância, aborda um conteúdo normativo genérico [126].

O país ainda precisa avançar na elaboração de um plano nacional e planos locais de prevenção do comportamento suicida e da autolesão, com orientações distintas para cada um desses comportamentos e operacionalização de uma abordagem prática e efetiva, enfatizando o papel do SUS e da articulação intersetorial para a promoção da saúde e da qualidade de vida, assim como na prevenção do sofrimento e dos transtornos mentais.

As áreas da Educação e da Assistência Social precisam atuar conjuntamente no enfrentamento desse problema, uma vez que são estratégicas no cuidado diário de muitas crianças e adolescentes com sinais ainda precoces ou já mais instalados do comportamento suicida e da autolesão.

A Organização Mundial de Saúde tem sido um importante indutor do tema do comportamento suicida e da autolesão no mundo [1,8,127,128,129]. Para pensar o enfrentamento e prevenção de violências e lesões em países das Américas, a Organização Panamericana de Saúde apontou necessidades existentes na região, das quais destacamos algumas para nos ajudar na discussão sobre ações e programas de prevenção apresentadas a seguir [129,130]:

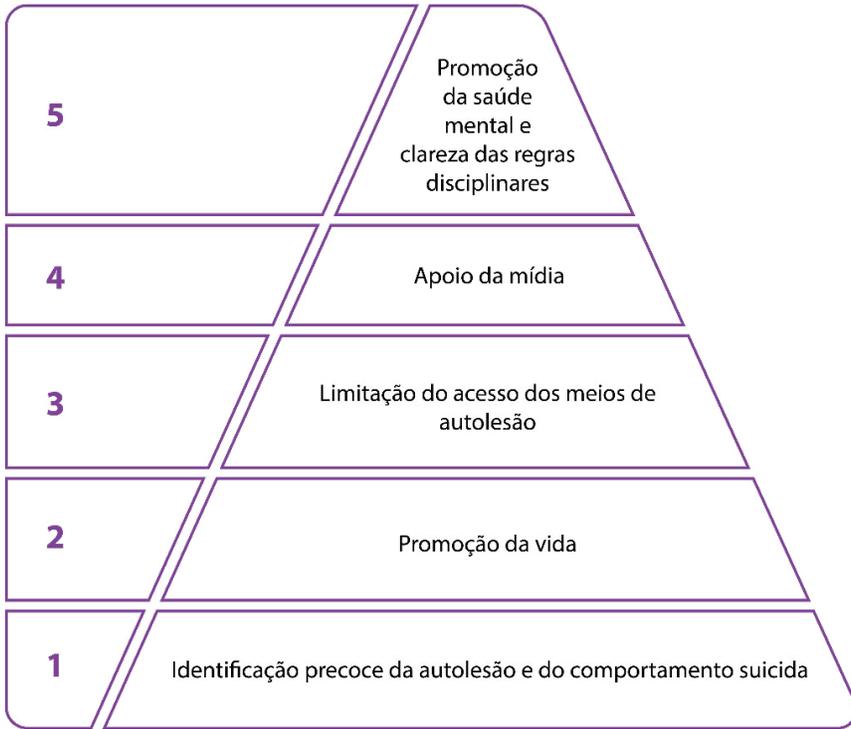


### O que as pesquisas têm mostrado?

Há várias ações precisas, focadas em um objetivo e de pouca magnitude, que vêm sendo realizadas no mundo para a prevenção do comportamento suicida e da autolesão. Ainda é pouco comum a existência de programas, que trazem o planejamento detalhado de estratégias testadas e organizadas com início, meio e fim, e passíveis de avaliação, com a finalidade de atuar preventivamente.

A partir de 97 textos oriundos da revisão bibliográfica sobre as estratégias de prevenção do comportamento suicida e da autolesão temos que:

- a maioria das iniciativas existentes é internacional. As ações e programas no país ainda são escassos;
- a maior parte do conhecimento produzido é voltado para o suicídio, poucos tratam exclusivamente da autolesão, e outros ainda agregam ambos, pouco distinguindo suas diferenças;
- as escolas se destacam como locais de execução de ações preventivas que se destinam a crianças e adolescentes, na maioria das vezes, sem foco específico no comportamento suicida e na autolesão. Nesses espaços, em geral, as ações se voltam para a identificação de fatores que levam a dificuldades escolares e de saúde mental;
- são menos relatadas as ações dirigidas para grupos que já apresentam dificuldades;
- os principais temas desenvolvidos nas ações de prevenção no mundo são (organizadas segundo a magnitude de sua aplicação):



A existência de **PROGRAMAS DE PREVENÇÃO** ao comportamento suicida em nossa realidade é muito rara. Os programas são de ordens variadas e possuem objetivos distintos na prevenção dos comportamentos suicidas dependendo:

- do público-alvo a que se destinam,
- do contexto social em que inserem,
- de quem são seus patrocinadores e
- dos recursos investidos.

Os programas de prevenção são identificados em [8]:

- Universais – projetados para alcançar toda a população. Exemplos: favorecer o acesso a serviços de saúde, promover a saúde mental, controlar o acesso aos meios, reduzir o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, promover informações de modo responsável por parte da mídia, etc.;
- Seletivos – destinados a pessoas ou grupos em situação de risco, ou seja, pessoas que sofreram violências, afetadas por conflito ou desastres, parentes de pessoas que cometeram suicídio, entre outras. Serviços de aconselhamento e apoio por linhas telefônicas estão entre essas ações;
- Indicados – dirigidos a pessoas com alto risco, como tentativas de suicídio anteriores. O suporte da comunidade, o rastreamento de equipamentos de saúde, e a detecção e abordagem de problemas de saúde mental são algumas das estratégias aqui utilizadas.

### *Ajudando adolescentes a prosperar: estratégias para promover e proteger a saúde mental do adolescente e a reduzir a autolesão e outros comportamentos de risco. Genebra/Suíça [131]*

**(Exemplo de programa: prevenção universal)**

**Público-alvo:** Adolescentes

**Contexto:** É multissetorial e multicomponente: os principais componentes do programa abrangem os domínios cognitivo, social, emocional e físico e podem incluir regulação emocional, resolução de problemas, habilidades interpessoais, atenção plena, assertividade, controle do estresse, bem como educação sobre drogas e álcool e treinamento de guardiões nas escolas.

O *Guardião* é o professor e outros funcionários da escola treinados para reconhecer o risco de comportamento suicida nos alunos e aprimorar suas habilidades de comunicação para motivar e ajudá-los a procurar atendimento profissional. Traz a participação do adolescente para junto das ações e decisões.

### **Ações:**

- Implementação e aplicação de políticas e leis para melhorar os resultados de saúde mental de adolescentes, adotando uma abordagem de todo o governo e toda a sociedade.
- Ações para melhorar a qualidade dos ambientes nas escolas, comunidades e espaços digitais, visando ao incremento do ambiente físico e social dos adolescentes, quando indicado, por meio de uma série de atividades, baseadas em evidências, como intervenções no clima escolar, espaços seguros para adolescentes nas comunidades, e treinamento de professores.
- Apoio do cuidador para construir conhecimentos e habilidades para a promoção da saúde mental dos adolescentes, fortalecer as relações de cuidadores e adolescentes, e apoiar a saúde mental e bem-estar dos cuidadores.
- Intervenções psicossociais para adolescentes baseadas em evidências para a promoção universal, direcionada e indicada, e prevenção da saúde mental.

**Avaliação do Programa:** Sim

Alguns programas trazem, concomitantemente, ações e públicos variados, ou seja, voltados para toda a população, para aqueles que estão em risco, ou ainda a crianças e adolescentes que precisam ser acompanhados de perto para impedir que o comportamento suicida ou da autolesão se agravem. O Programa “Viver a Vida”, apresentado a seguir, é um exemplo dessa proposta de intervenção mais ampliada.

### Viver a Vida – Live Life. Genebra/Suíça [132]

**(Exemplo de programa: prevenção com ações e grupos diversos)**

**Público-alvo:** Ampliado, especialmente pensado a partir da escola, integrando-a à rede de saúde e outros serviços. Aborda a prevenção em todas as faixas etárias e destaca o papel da escola.

**Ações:** Vários setores. Prioriza a limitação de acesso a meios de suicídio, a interação da mídia com a disseminação de informações responsáveis; promoção de competências para a vida dos jovens; e identificação precoce, gestão e acompanhamento de casos. Neste bojo de ações são destacadas diretrizes que incluem treinamento de conscientização sobre saúde mental (denominada alfabetização em saúde mental) e treinamento de habilidades (como resolução de problemas e enfrentamento do estresse). Em vez de focar explicitamente no suicídio, recomenda-se que os programas empreguem uma abordagem de saúde mental positiva a partir das seguintes ações:

- Fornecimento de treinamento de guardião para a equipe de educação sobre como criar um ambiente escolar favorável, como reconhecer fatores de risco e sinais de alerta de comportamento suicida, como fornecer apoio a jovens em dificuldades e como encaminhá-los, de forma colaborativa, para apoio adicional.
- Promoção de um ambiente escolar seguro, como exemplo, programas *antibullying*, iniciativas para aumentar a conexão social e treinamento de pessoal na criação de um ambiente de apoio.
- Criação e reforço de ligações a serviços de apoio externos. Disponibilizar esta informação aos alunos.
- Estabelecimento de apoio específico para alunos em risco, como aqueles que já tentaram suicídio anteriormente, foram enlutados por suicídio ou pertencem a grupos com risco de suicídio, por exemplo, devido à orientação sexual ou minoria de gênero.
- Elaboração de orientações e protocolos claros para a equipe quando o risco de suicídio for identificado, para comunicação de tentativa ou suicídio entre funcionários ou alunos, e apoio ao retorno à escola após uma tentativa de suicídio.

- Promover a saúde mental dos funcionários, com treinamento e acesso a apoio.
- Envolvimento dos pais para aumentar a conscientização sobre saúde mental e fatores de risco.
- Promoção de informações sobre o uso seguro e saudável da internet e das mídias sociais, por exemplo, uso das mídias sociais para construir um suporte social saudável; e reconhecimento de atividades on-line não saudáveis, como *bullying*.
- Desenvolvimento de iniciativas para abordar outros fatores de risco para jovens, a exemplo de violência parental, e uso de substâncias.

**Avaliação do Programa:** Não foi constatada.

A Organização Mundial de Saúde relata a necessidade mundial de desenvolver programas de prevenção [133]. Ressalta que os programas existentes voltados para o comportamento suicida são insuficientes, indicando a necessidade de se conhecer mais sobre formas de enfrentamento deste problema.

A maioria das iniciativas analisadas nesta revisão bibliográfica têm um tom de dar dicas de como lidar com situações. Poucas entram em detalhes na base da implementação de um programa, o que permitiria sua reaplicação de fato. Em geral, os resultados apresentados são escassos e, quando disponíveis, tendem a ser bastante genéricos. Poucos oferecem informações, por exemplo, sobre avaliação. É raro encontrar programas que ofereçam orientações claras e ferramentas práticas de serem usadas na implementação. Além disso, há pouca informação sobre sustentabilidade dos programas, tratando-os como se fossem eternos (o que, na verdade, não acontece). Apenas um programa estudado menciona avaliação anual, e um outro a cada cinco anos [134]. Estas limitações dificultam o delineamento claro das ações que compõem cada programa.

Embora ainda pouco frequente entre os países, as **abordagens baseadas em evidências** crescem no mundo e, de alguma forma, têm direcionado as ações e programas de prevenção em vários países, com resultados comprovados para a atuação com crianças e adolescentes com comportamento suicida e autolesão.

**ABORDAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS:** É uma abordagem que envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, implementação das evidências na prática, e avaliação dos resultados obtidos.

☺ *Por exemplo, uma evidência científica é que você, fazendo programas de promoção de saúde mental entre adolescentes e escolares, há uma diminuição no número de tentativas de suicídio e de suicídio. Nós temos evidências que se colocarmos uma proteção [física] em edifícios públicos, que atrai muitos casos de suicídio, diminui o número de suicídios no local.* ☺

(Profissional de saúde, especialista no comportamento suicida)

A Organização Mundial de Saúde destaca ainda cinco recomendações que podem ser desenvolvidas pelas seguintes ações ou programas [127]:

- de alcance universal, oferecidas a todos os adolescentes. Essas intervenções promovem a saúde mental positiva, bem como previnem e reduzem comportamentos suicidas, transtornos mentais (como depressão e ansiedade), comportamentos agressivos, de oposição e uso de substâncias;
- voltados para adolescentes afetados por emergências humanitárias. São particularmente benéficos para a prevenção de transtornos mentais (depressão, ansiedade e transtornos relacionados especificamente ao estresse) e podem ser consideradas para reduzir o uso de substâncias nessas populações;
- dirigidos a adolescentes grávidas e pais adolescentes, com o foco na promoção da saúde mental (funcionamento e bem-estar mental) e permanência na escola;
- fornecidos para adolescentes com sinais de problemas emocionais, como depressão e ansiedade;

- voltados para adolescentes com comportamentos agressivos e de oposição, e promoção da saúde mental. Neste grupo, em especial, as intervenções devem ser realizadas com cautela para evitar o aumento do uso de substâncias.

### A prevenção para grupos vulnerabilizados

☺☺ Qual é o grupo que mais usa a internet? São justamente os grupos, o grupo LGBTQIA+. E por quê? Porque ao não se sentirem aceitos e bem-quisitos na sua comunidade face a face, eles buscam na internet os seus iguais. Eles buscam, buscam nos fóruns, nas redes sociais, seus iguais, para trocarem experiências. Ou seja, é muito bacana. ☺☺ (Profissional de saúde com atuação no comportamento suicida)

É consenso na literatura que alguns **grupos têm vulnerabilidades**, a exemplo do estímulo a programas dirigidos a famílias e grupos com pessoas desempregadas, migrantes, lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer (LGBTQIA+), indígenas, negros e com transtornos mentais crônicos [135,136]. O reconhecimento de suas características, a validação de suas identidades e a construção de suas autonomias – sempre com a participação ativa dos adolescentes e jovens – tornam-se elementos fundamentais para a criação e implementação das estratégias de prevenção.

A OMS [131] sugere a realização de estratégias responsivas e transformadoras de gênero, ou seja, que considere a desigualdade de gênero e os impactos sobre a saúde de meninos, meninas e da população LGBTQIA+. Para tanto, é importante abordar a “socialização de gênero” o quanto antes, com foco em estratégias que promovam a igualdade de gênero e o acesso a serviços de saúde mental.

### “Protegendo nossa juventude: um programa de prevenção do suicídio para jovens LGBTQ” [137].

#### (Exemplo de programa: prevenção suicídio)

Usando a base teórica da Saúde Pública, em conjunto com extensa revisão da pesquisa em saúde LGBTQIA+, Topper [137] fornece a base para um programa potencialmente eficaz para a redução do suicídio. O programa propõe uma abordagem multinível, visando aos fatores socioecológicos por meio de estratégias de promoção da saúde. O seu currículo aborda os seguintes aspectos: estratégias de enfrentamento saudáveis, identificação e expressão dos sentimentos, construção de empatia, autorregulação, inteligência emocional, ideação suicida e comportamentos relacionados ao suicídio. Baseia-se em encontros regulares com grupo de adolescentes ou jovens e dois facilitadores graduados (saúde, educação, assistência social). Aproxima-se da lógica da Terapia Comportamental Dialética, apresentada adiante.

### “Trevor Project” [138]

#### (Exemplo de programa: prevenção suicídio)

É outra iniciativa de prevenção voltada para a comunidade LGBTQIA+, aplicada nos Estados Unidos e em outras partes do mundo. Possui uma linha de serviço para situações de crise que funciona diariamente, sem interrupções. Conta com o serviço de advogados para defender os direitos da população LGBTQIA+. Palestras, *workshops*, cursos e todo o tipo de meios para ensino são realizados, com a ideia de que a prevenção do suicídio deve ser ensinada a todos. Oferece ferramentas e recursos para que todos possam ajudar alguém em necessidade. Possui ainda o *TrevorSpace*, que é um local onde pessoas LGBTQIA+ podem se encontrar com pessoas de sua comunidade, seus pares, ao redor do mundo e ter conselhos, suporte emocional, e, principalmente, fazer amigos. É indicado para pessoas de 13 a 24 anos. Tem o respeito, o cuidado e o acolhimento como principais princípios.

## Ações mais ampliadas

☺☺ *Eu penso que prevenção do suicídio tem uma articulação maior. Produzir modos dignos de sobrevivência. Ou seja, produzir vida.* ☺☺ (Profissional de saúde, especialista no comportamento suicida)

Há ainda ações significativas e mais ampliadas, com propostas de **mudanças nos sistemas e estruturas da sociedade**, na busca por criar ambientes de proteção a partir da redução do acesso a meios letais entre pessoas em risco de suicídio. Também requerem a necessidade de fortalecimento a apoios econômicos, favorecendo acesso ao tratamento e cuidados à pessoa com comportamento suicida, identificando e dando suporte às pessoas em risco na busca por redução de danos e riscos futuros, e desenvolvendo o ensino de habilidades de enfrentamento e resolução de problemas, além de promover a conectividade com o uso da tecnologia e meios de informação e comunicação existentes para informação, formação e cuidado. Faz-se necessário estimular o envolvimento de todos os setores sociais e institucionais, sempre buscando monitorar e avaliar a situação e ou casos de suicídio [135,139].

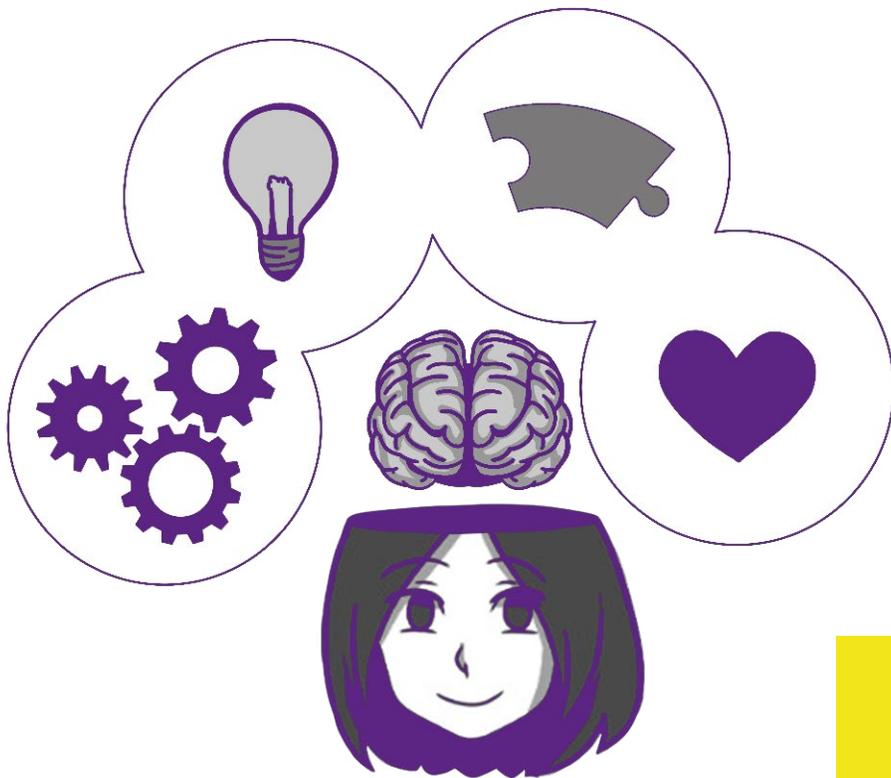
☺☺ *No Brasil, nós temos o Corpo de Bombeiros no estado de São Paulo treinando todos os corpos de bombeiros do país em técnicas de negociação com pessoas que estão ameaçando se matar. Mudando aquela antiga noção de que tem que agarrar a pessoa, que o bombeiro surge como um herói, como vencedor. E o suicida em potencial se humilha, sendo vencido. Esse conceito mudou. Hoje o Corpo de Bombeiros treina negociação em crise com pessoas que estão em pontes, prédios. É uma mudança de olhar que eu acho muito positiva na nossa sociedade.* ☺☺ (Profissional de saúde, especialista no comportamento suicida)

Estas ações estruturantes envolvem a atuação do nível governamental e são cruciais para o enfrentamento e a prevenção, especialmente pelo poder de criar e implementar legislação em saúde nos níveis municipal, estadual e federal. Precisam ser debatidas e promovidas ações sobre as regras

de comunicação da mídia sobre eventos suicidas e criar legislação sobre a restrição de meios letais e o uso de álcool [135,140,141].

No próximo capítulo destacamos os **aspectos socioemocionais** na prevenção do comportamento suicida e da autolesão na adolescência. A Organização Mundial de Saúde e o Unicef (Fundo das Ações Unidas para a Infância) [131] reforçam o foco **na regulação emocional, na resolução de problemas e no desenvolvimento de habilidades sociais** voltados para pais, professores, e crianças e adolescentes. As **competências socioemocionais** assumem destaque nas proposições dos órgãos de saúde e de proteção à infância em tempos mais recentes. Vale destacar que programas que atuam em várias vertentes apresentam melhores resultados.

Vale dizer que aqui não abordamos ações que incluem **intervenção clínica e farmacológica, embora sejam, muitas vezes, indicadas, necessárias, e dirigidas àqueles que já apresentam o quadro instalado.**



## Desenvolvendo habilidades socioemocionais: ações, estratégias e programas

☺ Aí a tua pergunta é quais são, então, as ações exitosas para evitar o suicídio daquela pessoa que a gente está atendendo naquele momento, com aquela história de vida, com os modos de enfrentamento, os modos de satisfação, as formas de viver, os valores próprios. Eu acho que a primeira estratégia importante, exitosa de prevenção de evitação é, se por acaso o profissional tem essa pretensão, é suspender a norma, a obrigação de que

o suicídio deve ser evitado a todo custo. Eu entendo que a atitude de qualquer profissional que se depara com uma situação de ideação suicida é uma disponibilidade, uma abertura para discutir esse assunto. )) (Profissional de saúde, especialista na prevenção do comportamento suicida)

Neste capítulo abordaremos algumas ações e programas desenvolvidos em algumas partes do mundo, discutindo os seus elementos chave e os pilares que os baseiam a partir do referencial teórico das habilidades socioemocionais. A intenção é que essas informações estratégicas sirvam de ponto de partida e inspiração para que profissionais possam utilizá-las e adaptá-las ao seu contexto de interação com a criança e o adolescente.

Em sua maioria, estudos sobre prevenção do comportamento suicida evidenciam o impacto positivo de ações e estratégias baseadas na **inteligência** e **regulação emocional**. Essas iniciativas fundamentam-se no desenvolvimento do diálogo, da partilha de ideias e do estímulo ao desenvolvimento das habilidades socioemocionais, como autoconhecimento, empatia e resiliência, buscando permitir que as crianças e os adolescentes aprendam a lidar melhor com as suas emoções e com as de quem está ao seu redor [131].

Como já abordado, a escola tem sido o local predominante de realização de ações de prevenção para crianças e adolescentes. Parte-se do pressuposto de que a educação prepara para a vida, e a dimensão do desenvolvimento emocional das crianças e adolescentes é um complemento indispensável ao desenvolvimento cognitivo. Logo, as competências emocionais são básicas para **o controle dos sentimentos** e **das emoções**. São também indispensáveis na **seleção de informações para guiar o pensamento e as ações** em seu exercício social e cultural [96,142].

### Exemplos de ações sobre habilidades socioemocionais nas escolas, atingindo diferentes públicos:

#### Crianças e adolescentes

- Estabelecer apoio específico para alunos em risco, como aqueles que já tentaram suicídio, foram enlutados por suicídio, ou são de grupos em risco de suicídio como, por exemplo, devido à orientação sexual ou minoria sexual ou de gênero [132].
- Desenvolver iniciativas para abordar outros fatores de risco como violência parental, trauma familiar e uso de substâncias [131].

#### Pais

- Envolver os pais para aumentar a conscientização sobre saúde e fatores de risco [115,143].

#### Profissionais de educação/ Gestão escolar

- Educar sobre o uso saudável da internet e das mídias sociais (por exemplo, uso seguro da internet; uso de mídias sociais para construir apoio social saudável; reconhecimento e resposta à atividade on-line-tóxica, como *bullying* e *cyberbullying*) [132,144].
- Facilitar um ambiente escolar seguro, como por exemplo, desenvolver programas *antibullying*, iniciativas para aumentar a conexão social e formar funcionários para a criação de um ambiente de apoio [132,145,146].
- Criar e fortalecer *links* para serviços de suporte externos e prover essas informações aos alunos [132].
- Fornecer treinamento para que a equipe de educação atue como um guardião, criando ambiente escolar de apoio, reconhecendo fatores de risco e sinais de alerta de comportamento suicida, dando apoio a jovens angustiados, e viabilizando ações colaborativas para obter suporte adicional para apoiar jovens em sofrimento [132].

- Cuidar e promover a saúde mental dos funcionários (treinamento e acesso a apoio) [132,135,147].
- Prover uma política e protocolos claros para a equipe quando o risco de suicídio é identificado; para comunicação de tentativa ou suicídio entre funcionários ou alunos; apoiar o aluno a retornar à escola após uma tentativa de suicídio [132,136].



Ações voltadas para a **regulação emocional** são estratégicas, pois auxiliam no processo de produção de emoções, atuando no significado da situação (avaliação cognitiva) e na modulação da resposta emocional (comportamento, fisiologia e experiência). Desta forma, o adolescente modifica a maneira de se expor a determinadas situações e não a outras. Ou seja, estratégias baseadas na avaliação de um problema auxiliam na mudança do foco de atenção, diminuindo a tensão, flexibilizando a resposta cognitiva dos fatos e a superação de emoções nocivas [105,112,148].

Também são indicadas ações que **promovem a resiliência** de jovens em alto risco, que desenvolvem pensamentos e comportamentos que facilitam a ideação e/ou o suicídio em si. Essas estão voltadas para vários domínios, incluindo o indivíduo, pais, família, amigos, colegas, escola, comunidade e cultura, englobando a capacidade de resolução de problemas e regulação emocional, bem como recursos que auxiliam na qualidade do relacionamento pais-filhos, funcionamento familiar, aceitação, clima escolar de apoio e engajamento em atividades e interesses significativos [111,135,147,148].

Documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde e Unicef destacam a importância de **ações direcionadas aos pais e professores** como fundamentais para o desenvolvimento de suas próprias habilidades socioemocionais. Essas ações têm impacto positivo no desenvolvimento socioemocional de seus filhos e alunos [5,132]. Além disso, a **colaboração intersetorial** com atores governamentais e não governamentais importantes é essencial para engajar adultos e conscientizá-los sobre a importância da saúde mental no ambiente de atuação, como será apresentado no próximo capítulo.

### Em destaque os Programas de Prevenção voltados para o comportamento suicida

Os programas que focam nas habilidades socioemocionais incluem estratégias baseadas em princípios da Terapia Comportamental Dialética (*Dialectical Behavior Therapy* – DBT, em inglês), além da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). O foco das atividades não é voltado diretamente ao comportamento suicida (e também ao autolesivo), mas à regulação emocional, empatia, autoconhecimento, autocontrole e atenção plena (*mindfulness*). Estes programas propõem-se a capacitar/treinar habilidades socioemocionais universais para que tais habilidades fomentem e se tornem fatores de proteção. Munidos de tais habilidades, os adolescentes estariam mais preparados para enfrentar os desafios cotidianos, sociais e individuais, bem como os fatores de risco associados ao comportamento suicida.

### Tipos de terapia mais utilizadas

**Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)** – Consiste em buscar uma reestruturação cognitiva sobre emoções e comportamentos, por meio de intervenções sobre as cognições baseadas em eventos significativos para o paciente. Utiliza técnicas cognitivas, comportamentais, emocionais e interpessoais. Ajuda a identificar e a avaliar criticamente a forma como interpreta e avalia experiências emocionais perturbadoras e a mudar a maneira como lida com os problemas [149].

**Terapia Comportamental Dialética (DBT)** – Combina técnicas de terapia comportamental, filosofia dialética e zen-budismo (aceitação da realidade). Atua sobre a regulação da emoção e impulsos, diminuindo comportamentos disfuncionais relacionados ao humor. Ajuda a regular melhor as emoções, a alcançar senso de eficácia interpessoal, a tornar-se mais tolerante a pensamentos ou sentimentos angustiantes e a gerenciar melhor pensamentos e comportamentos [150].

**Atenção plena (*Mindfulness*)** – Envolve prática, processo psicológico e resultado. Inclui: focalizar intencionalmente determinado ponto e manter a atenção na experiência imediata; e adotar orientação curiosa, aberta e receptiva em relação à experiência. Propicia respostas menos reativas e mais hábeis aos processos relacionados ao sofrimento emocional [151].

### DBT para adolescentes: 5 habilidades [152]

(Exemplo de ação baseada na Terapia Comportamental Dialética)

**Público-alvo:** Adolescentes

**Ações:** DBT significa terapia comportamental dialética e possui estrutura adaptável para adolescentes com baixa estabilidade emocional, autolesão, ou com ideações suicidas. É estruturado da seguinte maneira:

- Habilidades de atenção plena (*mindfulness*) ou consciência reflexiva, onde as crianças observam suas emoções, pensamentos, e param para pensar sobre seus comportamentos impulsivos, concentrando-se no presente.
- Habilidades de regulação emocional: voltadas para o controle da reatividade, labilidade e vulnerabilidade emocional.
- Habilidades de efetividade interpessoal: busca que o indivíduo melhore suas relações interpessoais, evite o medo de sentir abandono e interaja de forma mais afetiva, garantindo que o respeito prevaleça.
- Habilidades de tolerância ao desconforto: que inclui estratégias que facilitam o gerenciamento de emoções sem a necessidade de recorrer a comportamentos impulsivos e prejudiciais, como a autolesão.
- Capacidade de negociar (caminho do meio), com atividades voltadas para estabelecer compromissos e negociar, flexibilizando a polarização do pensamento.

**Programas universais** de prevenção podem ter melhores resultados se incorporarem as estratégias socioemocionais, aumentando os fatores de proteção [153,154]. As intervenções universais são basicamente realizadas nas escolas, geralmente por meio de um currículo padrão, que traz uma organização temática e metodológica, adaptado à realidade escolar e cultural de cada local e país. Currículos mais longos (não necessariamente em horas, mas ao longo do tempo) são mais comuns. De alguma forma, a proposta dos diferentes programas se aproxima, pois se assemelha na base teórica. **A capacitação de funcionários e professores** é uma ação muito presente nos currículos dos programas, como mostra o exemplo a seguir.

## Programa abordagem de sistemas baseada em evidências para a prevenção do suicídio: orientação sobre planejamento, funcionamento e monitoramento. Austrália [134]

### (Exemplo de programa: comportamento suicida)

**Público-alvo:** Profissionais de saúde, serviços comunitários, mídia e pessoas com comportamento suicida. Valoriza a população indígena da Austrália e a comunidade LGBTQIA+.

### Ações que realiza:

- Cuidados pós-tratamento e cuidados de crise: abordagem coordenada para melhorar o cuidado de pessoas após tentativa de suicídio. Tem vínculo com hospitais e serviços de saúde para estabelecer equipes locais de prevenção e crise do suicídio; desenvolve um conjunto de ações e garante o acompanhamento dos usuários.
- Atendimentos psicoterapêuticos, como a terapia cognitivo-comportamental e terapias dialógicas.
- Tratamentos farmacoterapêuticos, com o uso de medicamentos para transtornos mentais e sintomas associados.
- Essas ações são lideradas pelo sistema público de saúde local e podem envolver parcerias com outras instituições.
- Capacitação e apoio do clínico geral da atenção primária, que é uma das intervenções mais promissoras para reduzir o comportamento suicida.
- Treinamento de funcionários da linha de frente e guardiões, que podem influenciar a decisão da pessoa com comportamento suicida. Busca propiciar o aumento da alfabetização em saúde mental e o ensino de habilidades para avaliar, gerenciar e fornecer recursos para indivíduos em risco.
- Programas escolares focados em aumentar a procura de ajuda, a alfabetização em saúde mental e o conhecimento dos sinais de alerta de suicídio e estratégias úteis.
- Campanhas comunitárias realizadas em conjunto com comunidades locais e organizações, a abordar a saúde mental na população em geral, a

identificar ações e programas existentes, e a garantir mensagens direcionadas e consistentes.

- Diretrizes da mídia, já que o comportamento suicida pode ser aprendido com a mídia.
- Restrição ao acesso aos meios de suicídio, uma das estratégias mais eficazes de prevenção do suicídio.

**Avaliação do Programa:** Cinco em cinco anos

A evolução do conhecimento sobre a eficácia das **abordagens de prevenção primária** nas escolas contribuiu para que atualmente se preconize a sua aplicação coordenada e complementar aos estudantes, a todos os agentes educativos (administradores

**ABORDAGENS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA:** São ações que procuram atuar nas causas e nos fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes de desenvolver a doença.

escolares, professores, psicólogos escolares, enfermeiros e demais profissionais da escola), aos pais ou encarregados da educação e à comunidade local.

Uma outra abordagem é trazida pelo Programa +Contigo [155], que alerta sobre o cuidado com os rótulos de saúde mental em relação às crianças e aos adolescentes participantes de intervenções, preocupando-se em não criar estigmas que podem ser ainda mais prejudiciais e gerarem mais fatores que podem desencadear o comportamento suicida.

☺ Mas como eu estava dizendo, isso não é o suficiente, porque diminuir o estigma é um, deveria ser um objetivo específico, não objetivo geral, para que a sociedade compreenda que o suicídio é causado por um transtorno mental. Então tá gerando outro estigma, porque nessa sociedade quem tem transtorno mental é estigmatizado. Então se tira um estigma pra jogar um outro. E esta é uma preocupação pelo mundo inteiro, sim reduzir o estigma, mas não é o principal, é objetivo específico, o principal é reduzir o número de suicídios. ☺☺ (Profissional de saúde com atuação no comportamento suicida)

### + Contigo: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa – Portugal [155]

#### (Exemplo de programa: comportamento suicida)

Os autores são enfermeiros

**Público-alvo:** Adolescentes estudantes do nível médio e profissionais envolvidos na saúde escolar.

#### **Ações:**

Baseia-se numa intervenção multinível em rede, no âmbito da promoção da saúde mental e bem-estar e da prevenção de comportamentos suicidas. Visa a enfrentar o estigma em saúde mental, criar uma rede de atendimento em saúde mental, promover habilidades sociais, autoconceito, capacidade de resolução de problemas, assertividade na comunicação, melhorar a expressão e gestão de emoções, detectar precocemente situações de distúrbio mental e fortalecer redes de apoio nos serviços de saúde. Dura sete meses, com uma sessão por mês. A intervenção em sala de aula incorpora: diagnóstico de situação (sessão 1), intervenção (sessões 2, 3, 4 e 6), primeira avaliação (sessão 5), segunda avaliação (sessão 7). Cada um dos momentos tem duração de 45 minutos. Os temas abordados com os alunos são: estigma, adolescência, autoestima, capacidade de resolução de problemas e bem-estar. Temas transversais: comunicação assertiva, gestão de emoções e comportamentos de risco. As metodologias de intervenção utilizadas são a expositiva, a discussão de situações concretas, o *role-play* e jogos socioterapêuticos.

Promove a formação para profissionais (3 cursos de 21h com os eixos adolescência, depressão e comportamento suicida por meio de debate, *role-play* e exposição teórica). Realiza a sensibilização de professores em sessões de quatro horas com os temas adolescência, depressão, comportamento suicida e papel da escola por meio de metodologias ativas. Para outros profissionais da escola realiza outra sensibilização de quatro horas agregando aos temas anteriores o papel da família. Tem duração de quatro horas, após o expediente escolar, em que é debatida a operacionalização do projeto por meio de metodologia ativa.

Os **programas psicoeducacionais** consistem em atividades didáticas e pedagógicas destinadas à aquisição de conhecimentos sobre a temática do suicídio e aspectos psicológicos associados. O desenvolvimento de competências fortalece os fatores protetores do comportamento suicida e pode ser desenvolvido de forma complementar aos programas psicoeducacionais.

Uma característica dos programas de prevenção ao comportamento suicida é a necessidade de avaliação. Esse processo geralmente tem como sentido fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos, envolvendo quatro dimensões: utilidade, viabilidade e sustentabilidade, ética e precisão técnica [156].

### Estratégias com foco na autolesão

*Um dos últimos temas abordados no campo da autolesão não suicida é a prevenção (Heath; Toste; MacPhee, 2014, p. 414)[157].*

As estratégias, ações e iniciativas relativas à prevenção da autolesão partem da premissa de que o ato de se machucar é um mecanismo de alívio escolhido pela criança e adolescente como forma de buscar alguma regulação emocional [158]. Nesta revisão bibliográfica realizada, as ações apresentadas frequentemente trabalham de maneira global as questões relacionadas ao sexo, gênero, cor de pele, raça, etnia, orientação/identidade sexual e aspectos socioeconômicos, sem tratar, de forma diferenciada tais especificidades nas ações de prevenção. A maioria das publicações sobre prevenção da autolesão propõe o desenvolvimento das habilidades socioemocionais no âmbito escolar, envolvendo estudantes – crianças, adolescentes e jovens adultos [102,107,159,160,161,162]. Parte substancial das ações sobre prevenção da autolesão está em guias e relatórios e é muito semelhante às apresentadas anteriormente para o comportamento suicida.

### *Avaliação das necessidades de crianças e jovens que se autolesionam [160]*

A partir da análise de rotinas sobre atendimento à autolesão em hospitais, o autor afirma que apenas cerca de um em cada oito indivíduos que se autolesionam se apresentam ao hospital.

Destaca os seguintes pontos na atenção a esse grupo:

- *Atitudes e respostas da equipe de saúde a jovens que se autolesionam:* é importante que adolescentes que se autolesionam se sintam à vontade para falar da autolesão e retornar ao serviço, caso precisem. As atitudes de muitos profissionais ainda são repletas de equívocos, julgamentos e estigmatização, criando barreiras à procura de ajuda. A empatia e compaixão são necessárias neste contexto.
- *Necessidades de formação de profissionais não especializados:* necessidade de treinamento para pessoal sem conhecimento especializado em saúde mental e que pode estar envolvido no cuidado de uma criança ou jovem que se machuca de propósito, a exemplo de profissionais de emergência.
- *Prevenção e intervenção precoce:* promover discussão mais precoce sobre autolesão, particularmente em escolas. Isso deve estar no contexto da saúde emocional e mental, e do manejo e mecanismos gerais de enfrentamento. Deve visar à construção de resiliência entre jovens, garantindo que eles conheçam os “sinais de alerta” e tenham alternativas de enfrentamento.

Na perspectiva de alcançar o bom gerenciamento das emoções, especialmente a regulação emocional, os textos apontam para a importância de desenvolver estratégias de como buscar adquirir uma vida saudável cuidando, por exemplo, das necessidades físicas, como ter uma boa noite de sono, descanso diário, alimentação saudável e exercício físico [158]. Também são enfatizados o desenvolvimento de atividades que construam sentimentos

de realização, como fazer coisas que tragam contentamento, alegria e que aumentem o humor positivo. Outro aspecto importante é buscar mudar os pensamentos: ao perceber que está ficando chateado, avaliar o que está pensando e buscar entender o que está causando essa emoção [163].

### Perguntas para os momentos difíceis [158]:

- O que é que está realmente provocando esse sentimento?
- Por que estou reagindo assim?
- O que de pior (ou melhor) pode acontecer?
- Que importância isso tem hoje, amanhã, semana que vem ou no próximo mês?

### Estratégias de regulação das emoções

*Saudáveis:* conversa com amigos, escrever um diário, fazer exercício físico, meditação ou terapia, cuidar de si mesmo quando fisicamente doente, dormir adequadamente, prestar atenção aos pensamentos negativos que ocorrerem antes ou depois de emoções fortes, perceber quando precisa de uma pausa – e fazer a pausa.

*Pouco saudáveis:* abuso de álcool ou outras substâncias, autoferimento, agressão física ou verbal e uso excessivo de mídia social, com exclusão de outras responsabilidades.

O Guia Prático de Ajuda elaborado por Scavacini [159] destaca a importância da informação e orientação a pais, mães e educadores sobre autolesão. A falta de conhecimento adequado sobre o tema da autolesão interfere na possibilidade de pessoas que queiram ajudar, pois não sabem o que falar, como fazer e em que momento agir.

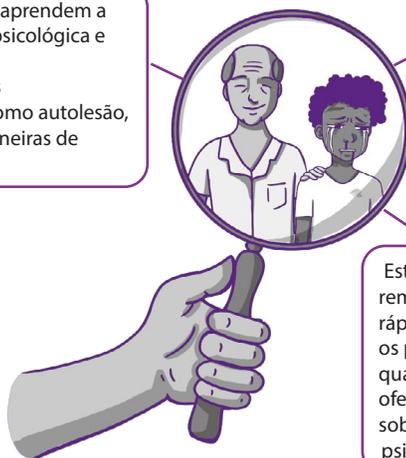
**Exercícios que auxiliam o indivíduo a lidar com os comportamentos autolesivos e alertam para a importância de uma avaliação e tratamento especializado. Brasil [159].**

### **(Exemplo de programa: autolesão)**

Desenhar, pintar e escrever são atos que auxiliam a desviar o foco e expressar sentimentos; procurar alguém para conversar que ajuda a trazer a dor emocional para a fala e não expressá-la no corpo; e ainda jogar videogame, ouvir música, passear com o animal de estimação ou praticar atividades físicas e esportes. Estas atividades estimulam a liberação de substâncias químicas que regulam o humor, além de facilitarem a distração e a interação com outras pessoas e o ambiente.

Dentre as estratégias para facilitar a adesão de adolescentes ao tratamento de autolesão estão o aprimoramento de abordagens de avaliação:

Os adolescentes aprendem a identificar a dor psicológica e sua conexão com comportamentos problemáticos, como autolesão, e a identificar maneiras de quebrar o ciclo.



Incrementar abordagens de adesão, como acompanhamento de pacientes na comunidade ou esforços para avaliar fatores que possam impedir o comparecimento ao tratamento.

Estimular intervenções de contato remoto para facilitar o acesso rápido aos cuidados, incentivando os pacientes a procurarem ajuda quando se sentem angustiados e oferecendo contato de emergência sob demanda com serviços psiquiátricos.

É essencial a detecção adequada, tanto clínica quanto educacional, visando a perceber de que maneira os adolescentes são afetados e trabalhar as dificuldades de comportamentos emocionais nocivos. Além da área da educação, estratégias de prevenção primária devem tentar identificar e modificar os fatores associados à automutilação por meio da promoção da saúde mental entre adolescentes. Igualmente, as estratégias de prevenção secundária poderiam ser direcionadas para aqueles que foram detectados em risco de comportamento suicida [102].

- Prevenção primária – Quaisquer atos destinados a diminuir a incidência de uma doença numa população, reduzindo o risco de surgimento de novos casos.
- Prevenção secundária – Quaisquer atos destinados a diminuir a prevalência de uma doença numa população, reduzindo sua evolução e duração.
- Prevenção terciária – Quaisquer atos destinados a diminuir a prevalência das incapacidades crônicas numa população, reduzindo ao mínimo as deficiências funcionais consecutivas à doença. [164]

**Programa de prevenção universal para comportamentos autolesivos não suicidas na adolescência com base na regulação emocional eficaz: protocolo de estudo controlado randomizado – DUDE. Alemanha [165].**

**(Exemplo de programa: comportamento autolesivo)**

**Publico-alvo:** Adolescentes estudantes de 11 a 14 anos

**Duração:** 5 semanas

**Ações:** Os encontros se desenvolvem na escola e buscam atuar sobre a regulação emocional, especialmente em termos de lidar com sentimentos desconfortáveis e alívio de estresse ou pressão emocional. Inclui 5 aulas de 90 minutos, conduzidas em intervalos semanais: (1) sentimentos são como ondas, (2) oprimido por sentimentos, (3) curve a onda de sentimentos, (4) o que te dá impulso? e (5) pule na onda. Realiza treinamento de habilidades,

incluindo métodos interativos (abordagens baseadas em experiência, discussão em grupo e dramatizações) e vídeos temáticos por desenhos animados. O dever de casa deve ser feito após cada aula para integrar o conteúdo na rotina diária dos adolescentes. Um psicólogo clínico ou um professor conduz as atividades. Baseia-se na metáfora de que “você não pode parar as ondas, mas pode aprender a surfar”, significando que as emoções não podem ser evitadas, mas pode-se aprender a lidar com elas. O programa de intervenção deve iniciar antes da etapa da vida de maior ocorrência do desfecho – a adolescência. Utiliza princípios da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e da Terapia Comportamental Dialética (DBT).

**Avaliação:** antes e logo após intervenção, 6 meses e um ano depois.

### Programa Fortalecimento da saúde emocional em estudantes. Lima, Peru [166]

#### (Exemplo de programa: autolesão)

Visa a reduzir comportamentos autolesivos em estudantes a partir da promoção das habilidades para a vida, por meio de atividades que incentivam a livre expressão de ideias em alunos. Baseia-se no desenvolvimento da validação e resolução de problemas, objetivando reduzir os comportamentos autolesivos, gerando um equilíbrio entre aceitação e mudança, onde o indivíduo tem a possibilidade de aprender a administrar suas emoções diante de situações difíceis e problemáticas, a partir de uma série de sessões na busca por reduzir os comportamentos de autolesão.

É dividido em 16 sessões, em três etapas: na *primeira*, trabalha-se a motivação, buscando a participação dos alunos, fazendo-os externalizar seus conhecimentos prévios e orientá-los para o tema do dia. Na *segunda* etapa desenvolve-se o tema de cada sessão, com as técnicas e estratégias específicas. E na *terceira* etapa trabalha-se com o processo metacognitivo, no qual o aluno torna-se consciente do que foi aprendido, e a autoavaliação é realizada por meio do desenvolvimento de tarefas.

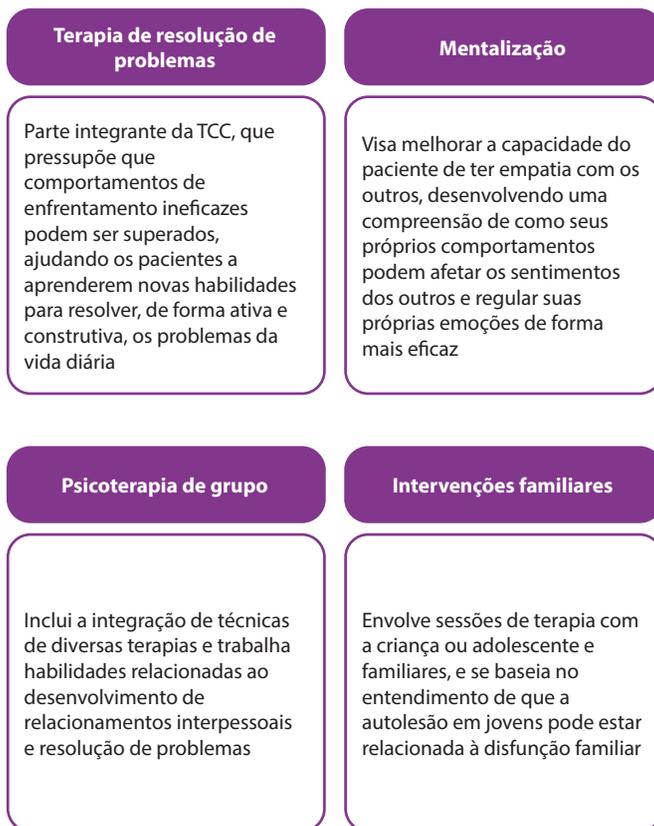
Ao longo dessas sessões são trabalhados seis temas composto por exercícios psicoeducacionais:

- autocuidado: abordando comportamentos autodestrutivos e colocando em prática reações alternativas (2 sessões);
- introdução e prática de atenção plena (*mindfulness*) (2 sessões);
- regulação emocional (6 sessões);
- tolerância ao desconforto (2 sessões);
- limites interpessoais – identificação e explicação dos limites (físicos, sexuais e emocionais) e limites familiares e sociais – tolerância à frustração e habilidades de negociação e enfrentamento; e eficácia interpessoal (4 sessões).

Alguns comportamentos e reações prejudicam o enfrentamento das autolesões, por exemplo: reagir demonstrando pânico, espanto, repulsa/nojo; julgar ou minimizar o sofrimento; ameaçar ou gritar para interromper o comportamento; mostrar interesse excessivo pelo acontecido; falar sobre o comportamento em público ou pedir e forçar a pessoa a mostrar feridas; prometer segredo sobre o comportamento autolesivo; fotografar os machucados; dar atenção excessiva às lesões e perguntar o tempo todo sobre o comportamento [159].

A criança ou adolescente deve buscar perceber e observar sua emoção a partir de auto-observação: é necessário observar a si mesmo para descobrir e identificar as razões, causas/acontecimentos e prévias da emoção; precisa expressar a emoção de maneira verbal apropriada e com linguagem corporal oportuna, o que implica em saber encontrar a hora e o lugar certos para falar. Também é imprescindível aprender a descrever de forma breve e clara os seus sentimentos, aprendendo a agradecer e acolher a outra pessoa que o está ouvindo e/ou interagindo. Por fim, manter e/ou intensificar a emoção positiva, expressando-a de maneira equilibrada e reduzindo e/ou eliminando a emoção negativa, procurando encontrar/criar estratégias de autocontrole, saber pedir ajuda e fazer atividades de relaxamento [161].

Além das terapias Cognitivo-Comportamental e Comportamental Dialética já descritas, outras intervenções psicossociais para autolesão baseadas em evidências são indicadas e contam com o apoio da saúde [167]:



Intervenções farmacológicas [160] podem ser indicadas e são ações utilizadas exclusivamente por médicos, geralmente, com o uso de antidepressivos ou antipsicóticos; sempre considerando o transtorno psiquiátrico definido e o sintoma-alvo a sofrer intervenção. A medicação objetiva o controle pontual de um sintoma, permitindo a ação das intervenções psicossociais.

### **Fortalecendo a saúde emocional para reduzir as condutas autolesivas em estudantes do distrito de Lima Norte, Peru [166]**

**(Exemplo de programa: autolesão)**

**Público-alvo:** Estudantes adolescentes que se autolesionam.

**Duração:** 2 meses, com 16 sessões, divididas em 4 módulos de intervenção psicoeducativa.

**Ações:** promover empatia, liderança, comunicação assertiva, tomada de decisões, resolução de problemas, autoestima. Utiliza o aporte teórico da TCC e DBT e sugere incluir pais e profissionais da escola nas intervenções, assim como intervenções universais. Baseia-se no desenvolvimento da validação e resolução de problemas, cujo objetivo é reduzir os comportamentos autolesivos, gerando um equilíbrio entre a aceitação e a mudança, onde o aluno aprenderá a gerir as emoções em situações avassaladoras.

### **Programa de intervenção integral de lesões autoprovocadas não suicidas em uma comunidade educacional a partir da Terapia Comportamental Dialética na Espanha [160]**

**(Exemplo de programa: autolesão)**

**Público-alvo:** Adolescentes de 12 a 17 anos

**Duração:** 6 sessões (uma a cada mês)

**Ações:** Visa a estimular competências de sensibilização, eficácia interpessoal, regulação emocional e tolerância ao desconforto entre estudantes. Utiliza os princípios da DBT. O programa pode ser realizado em escolas ou em unidades de saúde que trabalhem com grupos. Necessita a presença de terapeuta e co-terapeuta. Possui quatro fases: 1) contato com unidade, TCLE, pré-teste; 2) prevenção primária com pais e professores e análise de dados; 3) prevenção primária e psicoeducação e intervenção indireta com

adolescentes; 4) avaliação final – pós-teste. São realizadas oficinas, exposições, vídeos, atividades em grupo e leituras. Atenção aos alunos adoecidos. Os resultados indicam que o programa pode auxiliar no conhecimento de aspectos relacionados ao sistema nervoso autônomo, à modificação de padrões disfuncionais, ao manejo na tolerância ao desconforto, ao aumento do controle de impulsos e à regulação emocional.

### Outros programas sobre comportamento suicida e autolesão aplicados em vários países

**Aprendizagem socioemocional como uma abordagem ascendente universal para a prevenção do suicídio juvenil: uma análise de dados secundários de uma avaliação de programa de prevenção. EUA [168]**

**(Exemplo de programa: comportamento suicida e autolesão)**

**Público-alvo:** Estudantes adolescentes – em torno do quinto ano.

**Ações:** Programa desenvolvido em oito sessões. Atua fortalecendo fatores de proteção, habilidades de vida social e emocional. Segue a premissa das intervenções universais que devem ser feitas precocemente antes de se fortalecerem fatores de risco relevantes. Também tem resultados na prevenção do comportamento de *bullying* e vitimização, bem como aprimoram as habilidades de regulação emocional que podem ajudar a prevenir o comportamento agressivo e de oposição. Contribui para aumentar a inteligência emocional. Melhora a capacidade de comunicação, assertividade e autoconfiança. Melhora os fatores de proteção contra o suicídio: atitudes e valores positivos, tomada de decisão responsável, consciência de si mesmo e dos outros e habilidades de interação social. O currículo do programa incorpora os seguintes temas: conexões com colegas; identificação e expressão

de sentimentos com segurança; respeito a limites; empatia; controle do humor; para a manipulação; autorregulação; motivação. Cada sessão dura 60 minutos e é realizada uma vez por semana ou duas vezes por semana, por 30 minutos cada, durante oito semanas seguidas. Cada sessão aborda fatos de risco e de proteção.

### Programas baseados na escola para prevenir o suicídio e construir resiliência entre os alunos. Revisão da literatura e balanço nacional. Nova Zelândia [169]

**(Exemplo de programa: comportamento suicida e autolesão)**

**Público-alvo:** Crianças e adolescentes (escolas)

**Contexto:** Apresentação de programas realizados em escola da Nova Zelândia. Foca na resiliência da criança e sua competência socioemocional, que solidifica habilidades: de autoconsciência, capacidade de avaliar com precisão os próprios sentimentos, interesses, valores e pontos fortes; de autogerenciamento, regular as próprias emoções para lidar com o estresse, controlar os impulsos e perseverar na superação de obstáculos; de consciência social, assumir a perspectiva e ter empatia com os outros e de reconhecer e usar os recursos da família, da escola e da comunidade; de relacionamento, que inclui estabelecer e manter relacionamentos saudáveis, resistir à pressão social inadequada e procurar ajuda quando necessário; e de tomada de decisão responsável, com base na consideração de padrões éticos, preocupações de segurança, normas sociais apropriadas, respeito pelos outros e prováveis consequências de várias ações.

**Ações:** Apresenta programas distintos baseados em atenção plena (*mindfulness*). 1) *Amigos do ZIPPY* – programa universal de promoção da saúde mental para crianças de 6 a 7 anos; 2) *Promovendo Estratégias de Pensamento Alternativo*, programa universal voltado a professores e funcionários de apoio para promover a competência

socioemocional, reduzir problemas comportamentais e enriquecer os ambientes de sala de aula e escola. Dividido em dois currículos separados, um para crianças em idade pré-escolar e outro para crianças do ensino fundamental, da 1ª à 5ª série (de 6 a 11 anos). Acompanha o desenvolvimento e reconhece as diferentes necessidades e habilidades das crianças em diferentes estágios de sua experiência escolar. Também reconhece a importância da aprendizagem no contexto de relacionamentos significativos, enfatizando o uso de estratégias de ensino que otimizam a qualidade das interações professor-criança e entre pares. 3) *Tomada de Decisões Sociais e Resolução de Problemas*: possui um currículo universal de 2 anos para crianças de 9 a 11 anos.

Destina-se a promover a competência social. 4) Programa de Resiliência da Penn, intervenção projetada para aumentar a resiliência e prevenir sintomas de depressão em crianças de 10 a 14 anos, baseado em modelo tradicional de terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Também foi realizado em ambientes clínicos e comunitários não escolares. 5) Viajantes, programa de grupo psicoeducacional e terapêutico para estudantes de 13 a 14 anos que estão passando por eventos desafiadores e/ou sinais precoces de sofrimento emocional. 6) Amigos é um programa de prevenção e intervenção precoce baseado em TCC para ansiedade infantil. Tem três currículos adaptados ao desenvolvimento infantil; e 6) Crianças fortes, conjunto de currículos de aprendizado social e emocional semiescritos e com sequência de desenvolvimento.

**Avaliação:** Não

## Estratégias e ferramentas para prevenção (STEP UP). Las Vegas, EUA [168]

**(Exemplo de programa: comportamento suicida e autolesão)**

**Público-alvo:** Nível médio

**Duração:** Oito etapas com 12 lições, com 50 minutos, ao longo de seis meses.

**Contexto:** Integra componentes do modelo socioecológico, teoria da aprendizagem social e psicologia positiva. Outras teorias foram usadas para desenvolver módulos como experiências de aprendizagem generalizada, metacognição e atenção plena. Visa a construir inteligência emocional. Enfatiza a importância de construir fatores de proteção como a prevenção de comportamentos e ideação associados ao suicídio. Promove saúde mental positiva e competência emocional por meio da aprendizagem social e emocional (*Social-Emotional Learning – SEL*). Cria um clima escolar seguro. Previne comportamentos autodestrutivos.

**Ações:** Encontros regulares com grupo de adolescentes, com dois facilitadores graduados (saúde, educação, assistência social). As ações se aproximam da lógica do DBT. Os grupos comportam de 10 a 20 adolescentes. O desenvolvimento de habilidades inclui inteligência emocional, regulação emocional, prevenção do suicídio e enfrentamento do *bullying*.

### Suicídio em adolescentes: proposta de prevenção. Espanha [170]

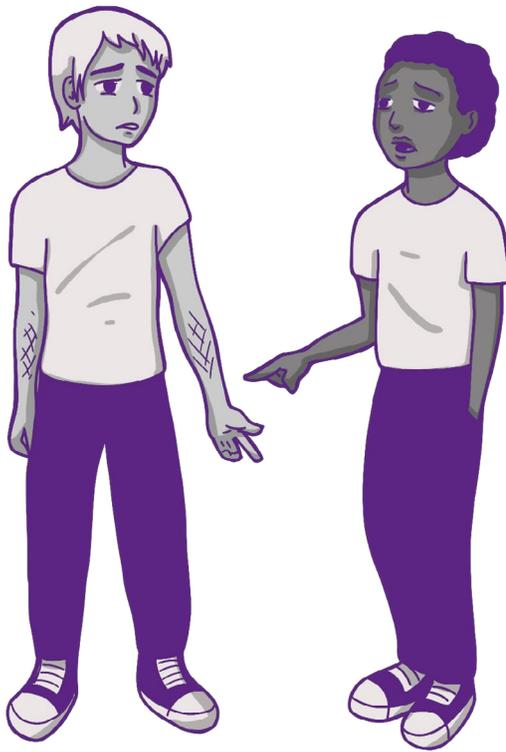
(Exemplo de programa: comportamento suicida e autolesão)

**Público-alvo:** Adolescentes

**Contexto:** Visa a aumentar a autoestima, educação emocional, habilidades de resolução de problemas, pensamento crítico, melhoria da tomada de decisões, promoção da coesão do grupo, conscientização sobre o suicídio, redução da presença de comportamentos autodestrutivos, risco de envolvimento em uma situação de *bullying* e *cyberbullying* e reduzir os sintomas ansiosos e depressivos. Busca aumentar a cooperação entre os participantes, fortalecendo as redes de apoio. Tem duração de dois meses, com sete sessões semanais, com duração de 90 minutos. Inclui elementos de autorregulação ao longo das sessões.

**Ações:** Grupos de 6 a 10 adolescentes em ambiente escolar e horários alternativos. Promove debates que estimulam o pensamento crítico e a construção de soluções e estratégias. Inclui princípios da TCC. Finaliza com a atividade de criação de conteúdo digital pelos próprios adolescentes.

**Avaliação:** Não



# 6

## O que fazer diante de um caso?

☺ Mas ao mesmo tempo, eu acho que a gente às vezes, quando pensa em prevenção do suicídio, a gente pensa em atos muito grandiosos[...] E aí a gente esquece de que a produção de vida se faz nos pequenos espaços, nas pequenas trocas, nas dinâmicas pessoais, na escuta e da escuta [...] escutar o outro sem ter que dar uma resposta pronta, sem ter que requerer resolver sem ter que querer salvar, sabe? Eu acho que são as miudezas

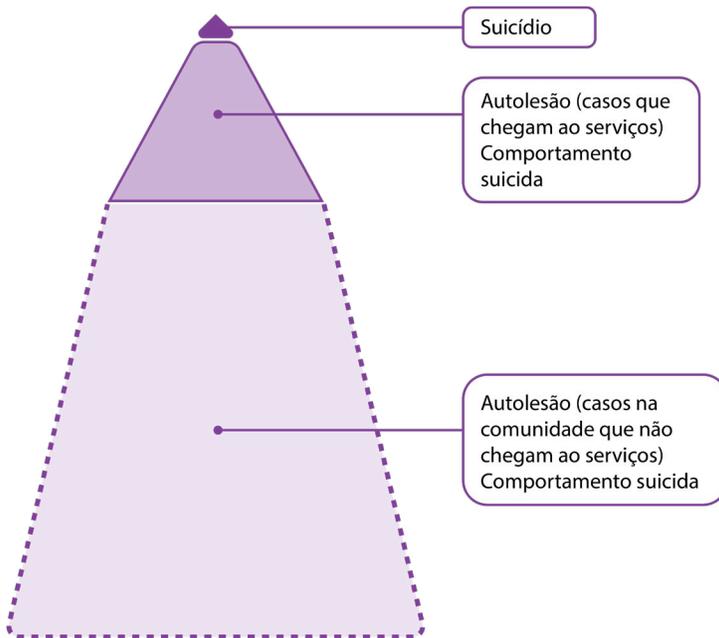
das relações que de alguma forma foram sendo fragilizadas. Justamente por essa ideia neoliberal de que você é responsável por si e ponto. ))

(Profissional de saúde, especialista na prevenção do comportamento suicida)

Neste capítulo final trazemos algumas ferramentas de cuidado dirigidas a profissionais no atendimento de crianças e adolescentes com comportamento suicida e de autolesão.

A Figura 1 ilustra a proporção e a invisibilidade dos casos de autolesão e suicídio que chegam aos serviços de saúde, assim como o 'continuum' da autolesão ao suicídio consumado, chamando a atenção para a importância de fazer uso das ferramentas aqui apresentadas.

**Figura 1: Representação dos casos de suicídio e autolesão que chegam aos serviços de saúde**



Fonte: Hawton, Saunders & O'Connor [53, tradução livre].

## Como proceder?

### 1 – Abordar para identificar ou confirmar os sinais

A “Cartilha para prevenção da Automutilação e do Suicídio. Orientações para educadores e profissionais da saúde” [163] destaca que, primeiramente, é necessário abordar o adolescente para **identificar ou confirmar os sinais** de um comportamento suicida ou autolesivo. A conversa deve seguir um questionamento cuidadoso e respeitoso, mas ativo sobre as motivações que levaram ao ato. A **conversa acolhedora, ética e responsável** sobre o assunto com a pessoa em estado de vulnerabilidade não aumenta a prática de comportamentos autodestrutivos.

A conversa – que deve ser sem julgamento, empática e franca, buscando entender o ponto de vista do adolescente e como ele percebe o mundo e se sente diante de situações da vida – pode ajudá-lo a se fortalecer e procurar ajuda.

### 2 – Analisar o nível de gravidade do risco e agir de acordo

Identificada a situação de comportamento suicida ou autolesão, analisar o **nível de gravidade do risco** (baixo, médio ou alto) e agir de acordo com o que a situação exige, conforme o Quadro 1. A avaliação do risco de suicídio é a ação que define o norte de acompanhamento do caso. Contudo, as flutuações emocionais são comuns nos casos de comportamento suicida, de forma que a avaliação do risco precisa ser revista até maior estabilidade do quadro clínico.

**Quadro 1 -Avaliação da gravidade do risco e manejo**

Risco	Caracterização	Manejo
Baixo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A pessoa teve alguns pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover escuta acolhedora para compreensão e amenização do sofrimento.</li> <li>• Facilitar a vinculação da pessoa ao cuidador que esteja ao seu redor.</li> <li>• Indicar para tratamento de possível transtorno mental.</li> </ul>

**Continuação Quadro 1 -Avaliação da gravidade do risco e manejo**

Médio	<ul style="list-style-type: none"><li>• A pessoa tem pensamentos e planos, mas não pretende se suicidar imediatamente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tomar cuidado com possíveis meios letais que possam estar presentes no local.</li><li>• Promover escuta terapêutica que possibilite à pessoa expressar os seus sentimentos e contextualizar a situação de crise.</li><li>• Investir nos possíveis fatores protetivos.</li><li>• Investir na família e nos amigos como parceiros no acompanhamento da pessoa sob risco.</li></ul>
Alto	<ul style="list-style-type: none"><li>• A pessoa tem um plano definido, tem os meios para executá-lo e planeja fazê-lo prontamente.</li><li>• Tentou suicídio recentemente.</li><li>• Tentou suicídio várias vezes em um curto intervalo de tempo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estar junto da pessoa e não deixá-la sozinha.</li><li>• Vigilância com os meios que possam ser usados no suicídio e que possam estar no local.</li><li>• Informar a família e investir no acompanhamento da pessoa.</li></ul>

Fonte: Quesada *et al* [163]; Associação Brasileira de Psiquiatria [12].

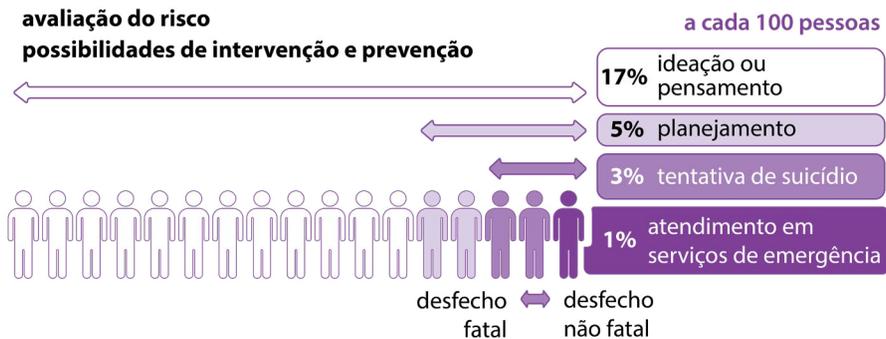
**ATENÇÃO!**

Em se tratando de crianças e adolescentes, importante convocar algum responsável no caso de identificação de situação de comportamento suicida ou autolesão.

**3 – Avaliação do risco da ideação, planejamento e tentativa de suicídio**

**A tentativa de suicídio é um dos maiores fatores de risco para suicídio. A próxima tentativa pode ser fatal.** Há necessidade de que profissionais e familiares acompanhem de perto o caso, mantendo o adolescente distante de objetos que possam ser de risco. A figura 2 mostra a avaliação do risco da ideação, planejamento e tentativa de suicídio.

**Figura 2- Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção, SMS RJ, 2016**



A figura 2 mostra que, geralmente, há uma gradação de risco e gravidade no comportamento suicida. Dependendo do contexto e do momento desse *continuum* do comportamento suicida, há diferentes possibilidades de intervenção e de prevenção. Mesmo que apenas uma parcela dos que apresentam ideação cheguem às tentativas de suicídio, são poucos os jovens que efetivamente recebem algum suporte emocional. As perdas de oportunidade de intervenção no decorrer desse *continuum* frequentemente levam a abordagens apenas em cenários de emergência.

#### 4 – A notificação

Casos de tentativa de suicídio deverão ser notificados, obrigatoriamente, em até 24 horas do conhecimento do evento pelo profissional, tendo em vista a necessidade de intervenções emergenciais e maior efetividade da intervenção em crise em curto período, como articulação e encaminhamento para a rede psicossocial.

A notificação de casos suspeitos ou confirmados de comportamento suicida e autolesão é obrigatória e deve ser realizada pelos estabelecimentos de saúde e de ensino, públicos e privados, às autoridades sanitárias e ao Conselho Tutelar, acionando a rede de cuidados.

Veja como é o formulário de notificação.

# CAPÍTULO 6 – O QUE FAZER DIANTE DE UM CASO?

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**  
**FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL**

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <span style="float: right;">2 - Individual</span>		2 Agravo/doença <b>VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA</b>		Código (CID10) <b>Y09</b>		3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros							
	7 Nome da Unidade Notificadora				Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde				Código (CNES)			
	10 Nome do paciente				11 Data de nascimento			
Notificação Individual	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino 1- Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-3ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica							
	17 Número do Cartão SUS				18 Nome da mãe			
	19 UF 20 Município de Residência Código (IBGE) 21 Distrito							
Dados de Residência	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)			Código		
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)			26 Geo campo 1		
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência			29 CEP		
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)			
	33 Nome Social 34 Ocupação							
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado							
Dados da Pessoa Atendida	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica)		3- Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 3- Homem Transsexual 8- Não se aplica 9- Ignorado 1- Travesti 2- Mulher Transsexual			
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
Dados da Ocorrência	40 UF 41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		42 Distrito			
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)			Código		
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)			47 Geo campo 3		48 Geo campo 4
	49 Ponto de Referência				50 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública		07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 15.06.2015

<b>Violença</b>	<b>55</b> Essa violência foi motivada por: <input type="checkbox"/>	01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	<b>56</b> Tipo de violência <input type="checkbox"/>	1-Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<b>57</b> Meio de agressão <input type="checkbox"/>	1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Intoxicação
<b>Violença Sexual</b>	<b>58</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? <input type="checkbox"/>			1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____
	<b>59</b> Procedimento realizado <input type="checkbox"/>			
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>60</b> Número de envolvidos <input type="checkbox"/>	<b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida <input type="checkbox"/>	<b>62</b> Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/>	<b>63</b> Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/>
	1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	<b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/>			
<b>Encaminhamento</b>	<b>65</b> Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente			
<b>Dados finais</b>	<b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>	<b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/>	<b>68</b> Circunstância da lesão <input type="checkbox"/>	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	CID 10 - Cap XX <input type="text"/>	
<b>69</b> Data de encerramento <input type="text"/>				

### Informações complementares e observações

Nome do acompanhante <input type="text"/>	Vínculo/grau de parentesco <input type="text"/>	(DDD) Telefone <input type="text"/>
---	---	-------------------------------------

<b>Observações Adicionais:</b>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b> 136	<b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 180	<b>Disque Direitos Humanos</b> 100
---	--	---------------------------------------

<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde <input type="text"/>	Cód. da Unid. de Saúde/CNES <input type="text"/>
	Nome <input type="text"/>	Assinatura <input type="text"/>

Violência interpessoal/autoprovocada

Sinan

SVS 15.06.2015

### **ATENÇÃO!**

A notificação compulsória não é caracterizada como denúncia policial. O registro da notificação aciona a rede de cuidados e possui caráter imprescindível para a criação de políticas públicas de cuidado e prevenção ao suicídio.

### **5 – Durante todas as etapas**

O acolhimento, o vínculo, a corresponsabilização e a autonomia são elementos relacionais importantes na promoção da saúde mental.

Dentre as ações que profissionais de saúde e de escola devem ter, estão [163,171]:

- Não duvidar, desqualificar ou minimizar o relato da tentativa de suicídio ou das diferentes autolesões.
- Acolher a pessoa e sua família, sem julgamentos, e considerar o ato como um sinal de alerta, especialmente para evitar um novo episódio suicida.
- Ter escuta cuidadosa, respeitosa e séria, procurando sempre entender melhor o que ocorreu e como a pessoa se sente. Evitar apontar culpados ou causas.
- Em casos suspeitos ou confirmados de comportamento suicida, realizar a notificação compulsória às autoridades sanitárias.
- Orientar a família sobre a vigilância diante dos meios que podem ser utilizados em uma tentativa de suicídio. Impedir o rápido acesso a esses meios é uma das grandes medidas de prevenção.
- Oferecer ajuda para iniciar um acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico e fazer o encaminhamento.
- Avaliar a necessidade de outros encaminhamentos, como os da rede de proteção social, quando há suspeita de elementos familiares de risco ou de violação de direitos.

- Em relação à autolesão e tentativa, é fundamental o questionamento ativo e cuidadoso das causas dessa manifestação, do que se pretendia e do que, de fato, se conseguiu. Dessa forma, sem julgamentos.
- Em caso de perigo imediato de comportamento de autolesão e/ou comportamento suicida, acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) pelo número 192 e orientar o familiar a levar a criança ou o adolescente para um atendimento de emergência em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), pronto-socorro ou hospital.

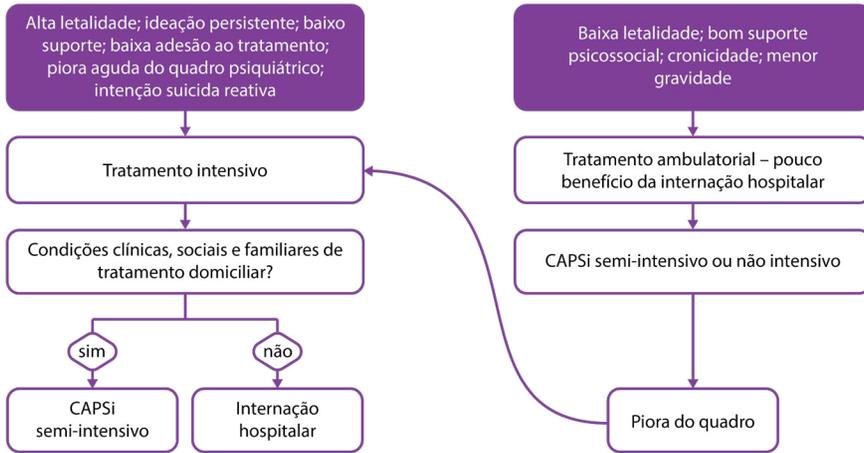
### ATENÇÃO!

NUNCA deixar a pessoa sozinha e garantir o atendimento em caráter de urgência ou emergência.

Além das sugestões citadas, os profissionais de saúde devem estar atentos às orientações descritas na Lei nº 13.819/2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio do Governo Federal.

O Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal [172] ressalta que a **abordagem multidisciplinar** deve ser preferencialmente adotada, trazendo benefícios por meio do compartilhamento de saberes e responsabilidades. Dependendo do risco, a conduta pode variar desde a necessidade de acionamento de serviços de urgência e emergência, ambulatorial, quebra de sigilo, envolvimento da família e internação domiciliar. A disponibilização de canais de ajuda 24 horas é importante para que a pessoa possa ter acesso a algum suporte em momentos mais críticos. Alguns profissionais se disponibilizam a prestar esse atendimento emergencial por telefone, *e-mails* ou *chats*, mas também é possível oferecer outros canais como pronto atendimentos e Centro de Valorização da Vida (CVV). A Figura 3 ilustra a conduta a ser tomada dependendo das características e da gravidade do quadro.

Figura 3 – Avaliação e condução de caso de comportamento suicida



Fonte: Adaptado de Quevedo, Schmitt, Kapczinski [173].

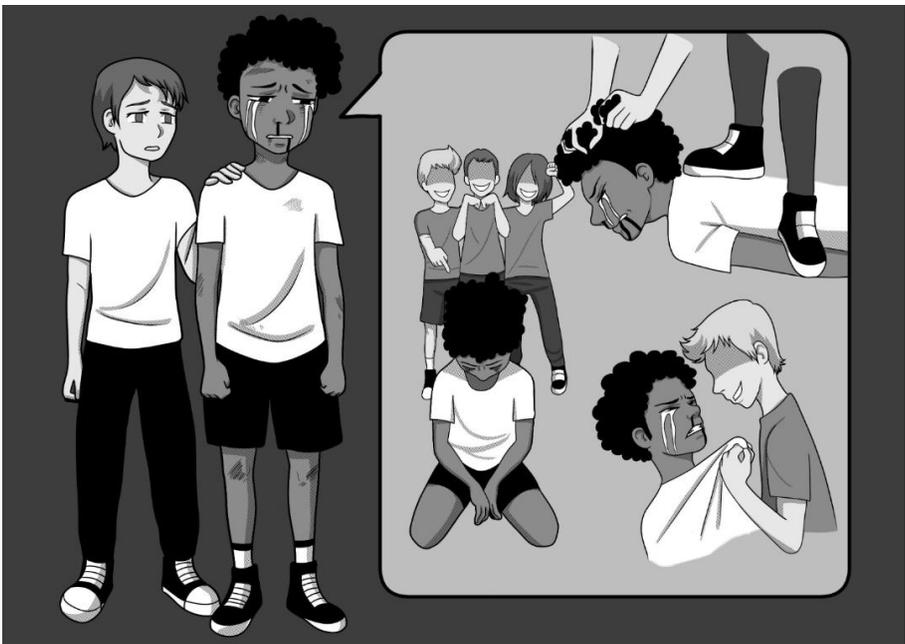
\*CAPSi-Centro de Atenção Psicossocial

## Principais setores envolvidos na prevenção

### O importante papel da Educação

O principal foco das ações e programas recai no setor de **EDUCAÇÃO**. Nas escolas, predominam os programas de prevenção universal, embora ações seletivas também estejam presentes. Baseiam-se na premissa de que a exposição ao tema do comportamento suicida precisa ocorrer antes da maior fase de sua incidência (adolescência), preparando o quanto antes o adolescente para os desafios da etapa de vida, da vida escolar e da relação com os pares. A aplicação na escola passa pelo fato de ser um dos locais (controlados) onde o adolescente passa mais tempo de sua vida. Melhorar o clima escolar seria uma das importantes premissas para redução da violência, melhora do aprendizado, aumento da permanência na escola, facilitação na relação entre pares e redução do sofrimento.

A escola precisa participar de maneira efetiva a partir da promoção da educação socioemocional desde os primeiros anos escolares; cuidar da saúde mental de professores e de outros profissionais das escolas; falar sobre sofrimento emocional de forma aberta, desmistificando os assuntos relacionados ao tema; prevenir ativamente o *bullying*; capacitar e sensibilizar o corpo docente e discente para identificar quando um aluno está em sofrimento e para que saiba o que fazer para lidar com o mesmo; encaminhar os casos identificados, incluindo os responsáveis dos alunos e/ou alunas nos cuidados necessários [159,163,174].



Um ponto importante é alertar os agentes educativos (pais e professores) para os potenciais efeitos negativos das relações interpessoais focadas na ameaça, criticismo, subordinação e desvalorização dos estados emocionais e da vida diária dos jovens. O espaço escolar é especial para a realização de programas de prevenção universais que ensinam estratégias de regulação emocional eficazes, baseadas na aceitação e no *mindfulness*, com a promoção de uma atmosfera de aceitação e validação emocional. Essas

estratégias são profícuas na promoção de competências emocionais e psicológicas eficazes para lidar com os desafios acadêmicos e sociais ao longo da vida. Há propostas de programas de prevenção seletiva que consistem em promover o desenvolvimento dos sentimentos nos adolescentes focados nos aspectos positivos, ajudando os estudantes a lidarem com os estados emocionais negativos resultantes de dificuldades interpessoais (problemas e conflitos com os amigos e *bullying*, por exemplo) e evitem o seu impacto negativo [102].

A escola precisa propiciar que as crianças e adolescentes desenvolvam comportamentos e habilidades socioemocionais que permitam a interação com os outros e lidar com suas emoções de maneira saudável. Dentre as habilidades socioemocionais a serem desenvolvidas, temos [102,107,161]:

- **reciprocidade**, que indica uma resposta mútua. Por exemplo, se um indivíduo demonstra bondade para com outro, é porque recebeu bem o comportamento da outra pessoa; mas se, ao contrário, uma pessoa foi tratada de forma agressiva ou violenta, é provável que a resposta seja um comportamento semelhante;
- **empatia**, que consiste na capacidade de compreender a outra pessoa;
- **troca no controle da relação**, capacidade de direcionar os outros e, também, de aceitar ser guiado;
- **colaboração e cooperação**, capacidade de trabalhar em conjunto para atingir um objetivo, meta ou missão;
- **estratégias sociais** de negação e de realizar acordos, capacidade de formar alianças para beneficiar ambas as partes.

Os programas escolares podem ser eficazes no combate ao comportamento suicida e à autolesão quando incluem:



**TREINO DE GUARDIÕES:** pode ter como destinatários jovens ou outras pessoas que convivam regularmente com crianças e adolescentes com comportamento suicida ou tenham relação privilegiada na comunidade escolar ou fora dela.

Além das atividades descritas no esquema anterior, **as atividades de pos-venção na escola** são desenvolvidas quando ocorre o suicídio de um membro da escola. Têm como objetivo identificar crianças ou adolescentes em risco por meio de um rastreio, reduzir o estresse em jovens e agentes escolares que eram próximos da pessoa que se suicidou, e diminuir o risco de suicídios por imitação [155].

### E como a prevenção pode ocorrer nos serviços de saúde?

Na **SAÚDE**, é essencial desenvolver programas compatíveis com as necessidades, capacidades e propostas de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). A implementação e adesão da área de saúde pode estimular a resiliência entre os jovens e grupos de apoio, garantindo que “sinais de alerta” possam ter estratégias alternativas de enfrentamento à sua disposição. De novo, os programas podem envolver apoio dos profissionais de saúde e escolares, e guardiões para reconhecer os sinais de alerta para o suicídio [160,161,166,167].

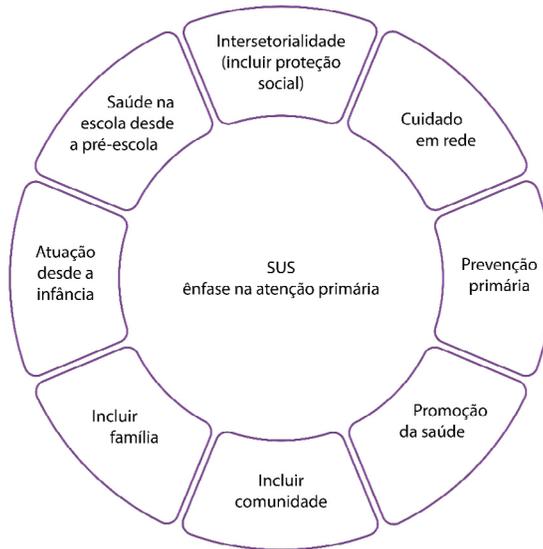
A intervenção aplicada no espaço de unidades de saúde é muito incipiente e não encontramos exemplos de programas de prevenção que partam desse setor. Contudo, profissionais de saúde atuam e capacitam profissionais da escola nos programas universais. A área de saúde costuma fazer **prevenção seletiva e indicada**, o que é uma falha na perspectiva inter-setorial, uma vez que o serviço de saúde passa a atuar nos casos que “não deram certo nos programas escolares” e que já chegaram ao sistema de saúde em situação agravada. Esta dura realidade demanda que o sistema de saúde esteja intimamente articulado à educação de base, desde pré-escolas até o Ensino Médio.

#### ATENÇÃO!

Os programas precisam utilizar a rede de saúde e as escolas como base para a prevenção, agregando a família, a comunidade e os serviços de proteção social.

As estratégias de cuidados em saúde para pessoas com comportamento suicida não podem perder de vista os princípios e importância da **atenção primária em saúde (APS)**, a base da pirâmide, e a necessidade de priorizar a promoção e a **prevenção antes do comportamento ter se desenvolvido**. As ações em saúde não devem se deter apenas na

identificação de casos de risco, que necessitem de avaliação mais específica e intervenção clínica.



Há também necessidade de uma **abordagem transversal em todos os níveis do sistema de saúde**. É essencial haver um posicionamento estratégico das equipes no primeiro nível de atenção, implantando uma função de mediação e coordenação que efetivamente transforma a pirâmide do cuidado em rede, onde relações entre a equipe de saúde e outros serviços e instituições não são mais baseadas apenas em hierarquia de cima para baixo e derivação ascendente, mas em cooperação e coordenação. [96,136,141,175].

A equipe de cuidados que constitui a rede de serviços do sistema de saúde tem o desafio de criar novos esquemas de detecção, recepção e resolução de demandas suscitadas pelas tentativas de suicídio e do suicídio em si. É necessário não perder de vista **que a complexidade dos problemas requer abordagens multidimensionais** e função de coordenação e mediação de serviços de atenção primária, estendendo-se não só ao sistema de saúde, mas também à articulação com outras instituições e organizações públicas, privadas e comunitárias [96,175].

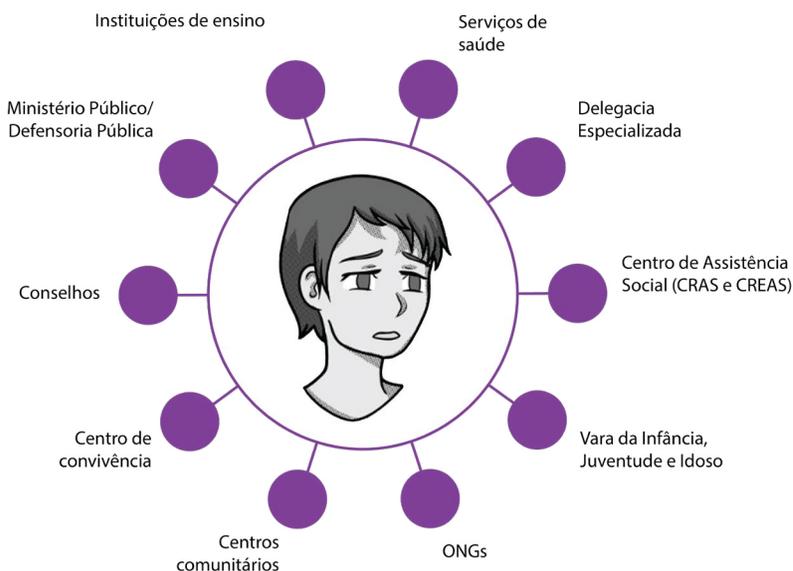
É crucial priorizar e implementar intervenções intra e interinstitucionais, em acordo com a realidade de cada território, histórias pessoais e comunidades. Estas histórias devem ser acomodadas para a restituição e fortalecimento do vínculo social. Para isso, é relevante pensar as intervenções a partir da concepção de **clínica ampliada**, que consiste em estratégias de promoção, prevenção, assistência e acompanhamento abrangente e interdisciplinar, que reconheçam os demais como sujeito de direito, conhecimento e ação, baseado em uma forma de construção horizontal que promove a pluralidade e a heterogeneidade de vozes. Essa postura e/ou visão permite que o trabalho clínico seja um processo dinâmico, incluindo as características particulares dos territórios e a singularidade das pessoas sobre as quais intervém [96,112,175].

### *O papel da atenção primária na prevenção do comportamento suicida*

- Promoção do mais alto nível possível de saúde na comunidade, respondendo às necessidades em saúde da população e garantindo o pleno exercício do direito à saúde integral, desde acesso universal a serviços que promovam equidade e cobertura efetiva.
- Garantia de cuidados integrais, integrados, adequados, de qualidade e sustentados ao longo do tempo.
- Desenvolvimento de mecanismos de articulação intersetorial e participação de todos os atores da comunidade (especialmente os beneficiários) no planejamento e desenvolvimento de intervenções, com anuências na consolidação de laços estreitos entre público, privado e organizações sociais.
- Criação de metodologias participativas de planejamento e execução, com o objetivo de identificar os problemas do território, mapear os atores e recursos presentes, abordar as condições de emergência que surgem, detectar e potencializar os fatores de proteção dos indivíduos em sua singularidade e das comunidades, e avaliar processos e resultados [95,144,175].

## Exemplo de um Programa intersetorial

A ação multisetorial é destacada com frequência, enfatizando a ação conjunta com profissionais de saúde e outras áreas, se necessário.



### Prevenção do suicídio: um pacote técnico de políticas, programas e práticas [139]

#### (Exemplo de programa: comportamento suicida)

**Público-alvo:** todas as faixas etárias. Destacam-se ações realizadas com crianças, adolescentes e escolas. Os programas são normalmente projetados para pais ou cuidadores de crianças ou adolescentes em uma faixa etária, série ou escola específica. Podem ser autogeridos ou entregues a famílias individuais ou grupos de famílias. Alguns programas têm sessões principalmente com pais ou cuidadores, enquanto outros incluem sessões para pais ou cuidadores, jovens e familiares. Alguns programas também se concentram em grupos de alunos considerados de alto risco de suicídio.

**Ações:** reforçar apoios econômicos, criar ambientes de proteção, melhorar o acesso e a prestação de cuidados a quem tenta o suicídio, promover conexões saudáveis, identificar e apoiar pessoas em risco, diminuir danos e prevenir riscos futuros. O conteúdo geralmente varia de acordo com a idade da criança, mas geralmente tem temas consistentes de desenvolvimento infantil, comunicação e relacionamento entre pais e filhos e habilidades interpessoais e de resolução de problemas (*coping*), regulação emocional, resolução de conflitos e pensamento crítico. Propõe:

- Programas de aprendizagem socioemocional (desenvolvimento e fortalecimento de habilidades de comunicação e resolução de problemas, regulação emocional, resolução de conflitos, busca de ajuda e habilidades de enfrentamento).
- Programas de habilidades parentais e de relacionamento familiar, fornecendo apoio aos cuidadores. São projetados para fortalecer as habilidades parentais, melhorar as interações positivas entre pais e filhos e melhorar as habilidades comportamentais e emocionais das crianças.

**Intersetorialidade:** busca a coesão entre os setores de saúde pública, comunidades, indivíduos interessados, ONGS, serviços sociais, sistema educacional, centros clínicos, governos em níveis estadual e federal, empresários, polícia, bombeiros e mídia.

**Avaliação:** indica possíveis resultados das ações e o que pode ser avaliado em cada momento, tendo como foco estratégias universais e seletivas.

### As mídias sociais e a internet

São recorrentes na potencialização e na prevenção do comportamento suicida e da autolesão [160,174]. O caminho adotado vai depender da maneira como publicam os fatos e situações que envolvam pessoas que praticam comportamento suicida e autolesão. Podem oferecer ajuda aos adolescentes e jovens adultos por meio da criação de páginas da *web* projetadas para

ajudar a gerenciar ou reduzir o comportamento suicida e a autolesão, ou promovendo a interação social e permitindo o apoio de colegas. Muitos jovens consideram útil o serviço de prevenção prestado pelas mídias como forma mais construtiva de expressar a dor.

A mídia também é importante parceira nas ações de prevenção, com a conscientização e redução do estigma do suicídio. Pode apoiar a limitação do acesso e o estímulo responsável de abordagem do tema, realizando esforços para restringir informações sobre os meios e seus ambientes e/ou locais e não dar visibilidade a qualquer descrição que possa indicar o método. Esta atitude é importante, pois há evidências de que a reportagem da mídia sobre suicídio pode levar a um aumento do suicídio por imitação, particularmente em casos de suicídio de celebridades. Contudo, a mídia pode ajudar nutrindo as pessoas de informações sobre onde procurar ajuda para a prevenção do suicídio. É, portanto, importante que existam diretrizes e regulamentação da cobertura responsável, capacitação dos profissionais de mídia para relatos de comportamento suicida, inclusão de políticas para monitorar o usuário e o conteúdo nas plataformas de mídia digital [131,135,139,144,145,175,176].

### O trabalho em rede

Uma perspectiva ampliada para a atenção aos casos de comportamento suicida e autolesão muitas vezes exige a integração de ações com a rede assistencial de cuidados em saúde mental. É importante que outros atores do território, sejam da saúde, da educação ou de outros setores façam parte da construção das redes de cuidado intra e intersetorial, além das equipes do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), escolas, Conselho Tutelar, etc. As ações de cuidado ao comportamento suicida e à autolesão são dispositivos para a integração das ações de profissionais de saúde mental.

Veja os principais serviços e equipamentos de atenção e cuidado da pessoa com comportamentos suicidas e autolesão, desde aqueles para o momento de crise, passando por acompanhamento especializado, chegando aos serviços que atuam na prevenção ao suicídio e na promoção à saúde mental.

**SERVIÇOS DE SOCORRO E ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR (SAMU, CORPO DE BOMBEIROS, POLÍCIA MILITAR):** É possível acessar o Samu por meio do número 192 em caso de risco iminente de uma tentativa de suicídio ou de tentativa de suicídio consumada, com necessidade de atenção médica. Os serviços de urgência e emergência são interligados e, se houver a necessidade de acionamento do Corpo de Bombeiros (193) ou da Polícia Militar (190), a regulação terá condições de acionar esses serviços.

**HOSPITAIS GERAIS E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO:** É realizado o atendimento à necessidade clínica/cirúrgica e acolhimento da demanda emocional da pessoa que fez uma tentativa de suicídio, notificação dos casos, avaliação do risco e definição do encaminhamento mais adequado a cada caso para continuidade do cuidado. Normalmente, em função da necessidade de liberação de leitos, são prestados os cuidados médicos e o paciente é liberado sem uma avaliação e uma transição de cuidados fundamentais para o atendimento das demandas que culminaram naquela tentativa de suicídio. É muito importante que as equipes de profissionais de saúde estejam preparadas para acolher esses pacientes. A alta hospitalar, idealmente, deve ser condicionada a uma avaliação da equipe de saúde mental do hospital, pois o risco de suicídio após uma tentativa continua elevado e deve ser monitorado.

**UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS):** São a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Possuem equipes de Saúde da Família (ESF) formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essa equipe tem condições de prestar o primeiro atendimento, acompanhar os casos leves e moderados, e encaminhar aqueles que precisarem para os serviços especializados.

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS):** São serviços especializados de saúde mental para atendimento de casos graves e persistentes, disponíveis à população, sem necessidade de agendamento prévio. Os CAPS são organizados em modalidades, conforme a faixa etária (CAPS infantojuvenil) e demandas de atendimento (álcool e outras drogas - CAPS AD); CAPS II ou III, aberto 24 horas. Todos os serviços têm como critério de inclusão para atendimento o risco de suicídio ou tentativa de suicídio recentes.

**SERVIÇO TELEFÔNICO, CHAT, EMAIL 24H:** O Centro de Valorização da Vida (CVV) é uma associação civil sem fins lucrativos e reconhecida por sua utilidade pública federal, que oferta serviço voluntário e gratuito para apoio emocional e promoção da prevenção do suicídio, sendo assegurado o sigilo e o anonimato. Para fazer uso do serviço, a pessoa pode ligar para o número 188, disponível 24 horas e sem custo. O acesso pode ser pelo site, por chat, por e-mail e pessoalmente, pois está em mais de 120 postos localizados em vários estados. O serviço pode ter importância substancial nos momentos de crise, ao explorar os sentimentos de ambiguidade da pessoa com comportamento suicida (<https://www.cvv.org.br/>).

**CLÍNICAS-ESCOLA:** Oferecem atendimento especializado de saúde mental, e de longo prazo para casos mais graves. Diante da escassez de serviços da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil, muitas vezes são uma alternativa possível e gratuita para garantia do acompanhamento psicossocial.

**Centro de Referência da Assistência Social (CRAS):** É um serviço estratégico e de porta de entrada para o acesso à proteção social básica. Toda a população em situação de vulnerabilidade e risco social recebe atendimento no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), por meio do qual se pode também acessar outros serviços, benefícios, programas e projetos socioassistenciais.

**ESCOLAS:** Além de espaço de socialização e aprendizagem, é fonte de promoção de saúde e cuidado. É importante que todo o corpo docente esteja preparado para identificar sinais nos adolescentes. Combater o *bullying* e outras violências, promover discussões sobre as dificuldades emocionais e como enfrentá-las, são de responsabilidade das escolas. Como vimos, programas de desenvolvimento de habilidades socioemocionais são ferramentas importantes para o fortalecimento emocional na infância e na adolescência, e são muito eficazes para a prevenção do comportamento suicida na juventude e na vida adulta. Além dos programas de promoção, outras estratégias preventivas envolvem o desenvolvimento de um ambiente emocionalmente seguro no contexto escolar, com o treinamento de todos os profissionais que atuam na escola; a existência de espaços para o protagonismo juvenil e para a expressão dos sentimentos.



## Referências

- [1] World Health Organization. LIVE LIFE: preventing suicide [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/live-life-preventing-suicide>.
- [2] Moreira ES, Vale RRM, Caixeta CC, Teixeira RAG. Automutilação em adolescentes: revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet* 2020;25(10):3945-54.
- [3] Taliaferro LA *et al.* Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: a population-based sample. *Acad Pediatr* 2012 May;12(3):205–13.
- [4] Njaine, K. Violência na comunicação digital: análise dos discursos e práticas disseminados na internet sobre homofobia, autoperpetração de violências, cyber dating abuse e cyberbullying. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2020. Relatório de pesquisa.
- [5] Unicef. The state of the world's children 2021: on my mind: promoting, protection and caring for children's mental health. New York: Unicef; 2021.
- [6] World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- [7] Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República, Casa Civil; 1990 [citado 7 out 2009]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>.
- [8] World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.
- [9] Ministério da Saúde (BR). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- [10] Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- [11] Saraiva CB. Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatr Clínica* 2010;31(3):185–205.
- [12] Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM, ABP; 2014.

- [13] Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal self-injury: a systematic review. *Front Psychol* 2017;8.
- [14] Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2009. v.1.
- [15] Almeida C, Horta P. Auto-lesão, auto-mutilação e auto-agressão. A mesma definição? [Internet]. Lisboa: Universidade de Lisboa; set. 2010 [citado 20 nov 2021]. News nº 16. Disponível em <http://news.medicina.ulisboa.pt/2010/09/30/auto-lesao-auto-mutilacao-e-auto-agressao-a-mesma-definicao/>.
- [16] Oliveira TA. Automutilação do corpo entre adolescentes: um sintoma social ou alerta de transtorno mental? [trabalho de conclusão de curso]. Salvador: Faculdade Bahiana de Medicina; 2016.
- [17] Walsh BW. *Treating self-injury: a practical guide*. 2nd. ed. New York: Guilford Press; 2012.
- [18] Silva AC, Botti NCL. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. *Rev Port Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2022 Dez [citado 28 nov 2022];(28): 98-111. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/322290025\\_Comportamento\\_autolesivo\\_ao\\_longo\\_do\\_ciclo\\_vital\\_Revisao\\_integrativa\\_da\\_literatura](https://www.researchgate.net/publication/322290025_Comportamento_autolesivo_ao_longo_do_ciclo_vital_Revisao_integrativa_da_literatura).
- [19] Whitlock J, Muehlenkamp J, Purington A, Eckenrode J, Barreira P, Abrams GB *et al*. Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *J Am Coll Health*. 2011;59(8):691-8.
- [20] Gonçalves K, Krenkel S. *Automutilação e comportamento suicida na adolescência*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2023. Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ) e Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança (IFF/ Fiocruz).
- [21] Aratangy EW, Russo LF, Giusti JS, Cordás TA. *Como lidar com a automutilação: guia prático para familiares, professores e jovens que lidam com o problema da automutilação*. 3ª ed. São Paulo: Hogrefe, 2018.
- [22] World Health Organization. *Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. Geneva: WHO; 2016.
- [23] American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- [24] Whitlock J, *et al*. *The relationship between non-suicidal self-injury and suicide*. Ithaca (NY): Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery; 2015.
- [25] Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J, Purington A, Abrams G *et al*. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *J Adolesc Health*. 2013 Apr;52(4):486-92.

- [26] Silva Filho OC. Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e adolescência. Rio de Janeiro: Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2019.
- [27] De Marco MA. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
- [28] Avanci JQ, Pinto L, Assis SG. Notificações, internações e mortes por lesões autoprovocadas em crianças nos sistemas nacionais de saúde do Brasil. *Cienc Saúde Coletiva* 2021;26:1-14.
- [29] Jorge MHM. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1979.
- [30] Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
- [31] Oliveira MCSL. O adolescente em desenvolvimento e a contemporaneidade. Brasília: Portal de Formação a Distância: Sujeito, Contextos e Drogas; [20--], citado 24 jun 2022]. Disponível em: [aberta.senad.gov.br](http://aberta.senad.gov.br).
- [32] Klautau P. O método psicanalítico e suas extensões: escutando jovens em situação de vulnerabilidade social. *Rev Latinoam Psicopat Fund*. 2017 mar;20(1):113-27.
- [33] Netto NB. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. *In: Conselho Federal de Psicologia (BR). O suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: CFP; 2013. p. 15-24.
- [34] Assis SG. Infância e longevidade: vulnerabilidades, continuidades e descontinuidades. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23:1016.
- [35] Fontaine R, Réveillère C. Le bullying (ou victimisation) en milieu scolaire: description, Retentissements vulnérabilisants et psychopathologiques. *Ann Med Psychol*. 2004;162(7):588-94.
- [36] Melo JA. Cyberbullying: a violência virtual. Recife: EDUPE; 2011.
- [37] Patton GC, Hemphill SA, Beyers JM, Bond L, Toumbourou BJ, Mcmorris BJ *et al*. Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(4):508-14.
- [38] Cavalcante JP, Cavalcante P. Subcultura, juventude e autolesão: uma contribuição sociológica acerca do comportamento autodestrutivo. Trabalho apresentado no: XXIX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología; 2013; Chile.
- [39] Le Breton D. A sociologia do corpo. 6º ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
- [40] Almeida RS, Crispim MSS, Silva DS, Peixoto SPL. A prática da automutilação na adolescência: o olhar da psicologia escolar/educacional. *Cad Grad: Ciênc Huma Soc – UNIT – AL*. 2018;4(3):147-60.

- [41] Lang CE, Barbosa JF, Caselli FRB. Subjetividade, corpo e contemporaneidade. Trabalho apresentado no: XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social (Abrapso); 2009.
- [42] Le Breton D. Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. *Horiz Antropol.* 2010 jun.;16(33):25–40.
- [43] Arcoverde RL. Autolesão e produção de identidades. [dissertação de mestrado]. Recife: Universidade Católica de Pernambuco; 2013.
- [44] Adler PA, Adler P. *The tender cut: inside the hidden world of self-injury.* New York: New York University Press; 2011.
- [45] World Health Organization. *Suicide worldwide in 2019: global health estimates.* Geneva: WHO; 2021.
- [46] Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio: saber, agir e prevenir. *Bol Epidemiol.* 2017;48(30):1-14.
- [47] Hunter A. Blank map. Wikipedia [Internet]; 2022 [citado 19 maio 2023]. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Pa%C3%ADs\\_em\\_desenvolvimento#/media/Ficheiro:IMF\\_advanced\\_economies\\_and\\_UN\\_least\\_developed\\_countries.svg](https://pt.wikipedia.org/wiki/Pa%C3%ADs_em_desenvolvimento#/media/Ficheiro:IMF_advanced_economies_and_UN_least_developed_countries.svg)
- [48] Ministério da Saúde (BR). Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Bol Epidemiol.* 2021;52(33):1-10.
- [49] Pan American Health Organization. *Suicide prevention* [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2021 [citado 12 maio 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/suicide-prevention>.
- [50] Andriolo LRG, Oliveira KC. O comportamento suicida durante a pandemia de Covid-19 no Brasil. *Rev Eletrôn Acervo Saúde* [Internet] 2023 [citado 12 maio 2023];23(2):e11797. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e11797.2023>.
- [51] World Health Organization. *World health report: transforming mental health for all.* Geneva: World Health Organization; 2022.
- [52] Chachamovich E. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Braz J Psychiatry.* 2009;31 Supl 1:S18-25.
- [53] Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012 June;379(9834):2373–82.
- [54] Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry.* 2002 Oct;1(3):181-5,
- [55] Thapar A, Pine DS, Leckam JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E. *Rutter's child and adolescence psychiatry.* 6th ed. Chichester: Wiley; 2015.

- [56] Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into nature and functions of self-harm. *Cur Dir Psychol Sci.* 2009;18:2.
- [57] Lange J, Baams L, Van Bergen, DD, Bos HM, Bosker RJ. Minority stress and suicidal ideation and suicide attempts among LGBT adolescents and young adults: a meta-analysis. *LGBT Health.* 2022 May-Jun;9(4):222-237.
- [58] Assis SG, Gomes R, Pires TO. Adolescence, sexual behavior and risk factors to health. *Rev. Saúde Pública.* 2014;48(1):43-51.
- [59] Jadva V, Guasp A, Bradlow JH, Bower-Brown S., Foley S. Predictors of self-harm and suicide in LGBT youth: The role of gender, socioeconomic status, bullying and school experience. *J Public Health (Oxf).* 2023 Mar 14;45(1):102-108.
- [60] Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C *et al.* Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet.* 2017;389(10064):77-90.
- [61] Assis SG, Avanci JQ. *Violências e vulnerabilidades nos desenhos infantis.* 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017. v. 1.
- [62] Touati CD, Miljkovitch R, Sirparanta A, Deborde A-S. The role of attachment to the foster parent with regard to suicidal risk among adult survivors of childhood maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2022 Jun;128:104886.
- [63] Bee H, Boyd D. *A criança em desenvolvimento.* 12ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- [64] Pordeus AMJ, Cavalcanti LPDG, Vieira LJEDS, Coriolano LS, Osório MM, Ponte MSRD *et al.* Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14:1731-40.
- [65] Werlang BG, Botega NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide case. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(4):212-9.
- [66] Turk J, Graham P, Verhulst F. *Child and adolescent psychiatry. a developmental approach.* Oxford (UK): Oxford University Press, 2007.
- [67] Almeida SL. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento; 2018.
- [68] Ministério da Saúde (BR), Secretaria Especial de Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena. *Estratégias de prevenção do suicídio em povos indígenas.* Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 38 p.
- [69] Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Agenda estratégica de ações de prevenção do suicídio em populações indígenas 2017-2018 [Internet].* Brasília: Sesai; 2017 [citado 24 set 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/Agenda-Estrategica-Prevencao-SuicidioSESAI-2017.pdf>.
- [70] Souza MLP, Orellana JDY. Suicide among the indigenous people in Brazil: a hidden public health issue. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012 Dec; 34(4):489-90.

- [71] DeCamp W, Bakken NW. Self-injury, suicide ideation, and sexual orientation: differences in causes and correlates among high school students. *J Inj Violence*. 2016 Jan;8(1):15–24.
- [72] Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE, Brennan DJ, Gesink D. Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 2016;106(5):e1–12.
- [73] Oliveira ET, Vedana KGG. Suicídio e depressão na população LGBT: postagens publicadas em blogs pessoais. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2020 dez;16(4):39-48.
- [74] Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, Meaney MJ. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci*. 2004 Aug;7(8):847-54.
- [75] Serpeloni F, Radtke K, Assis SG, Henning F, Nätt D, Elbert T. Grandmaternal stress during pregnancy and DNA methylation of the third generation: an epigenome-wide association study. *Transl Psychiatry*. 2017 Aug 15;7(8):e1202.
- [76] Curley JP, Mashoodh R, Champagne FA. Epigenetics and the origins of paternal effects. *Horm Behav*. 2011 Mar;59(3):306-14.
- [77] Garmezy N. Stressors of childhood. *In: Garmezy N, Rutter M, editors. Stress, coping and development in children (43-84)*. New York: McGraw Hill; 1983.
- [78] Scoliers G, Portzky G, Madge N, Hewitt A, Hawton K, Wilde EJ *et al*. Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009 Aug;44(8):601-7.
- [79] Gomes JO, Baptista MN, Carneiro AM, Cardoso HF. Suicídio e internet: análise dos resultados em ferramentas de busca. *Psicol Soc*. 2014;26(1):63-73.
- [80] Botti NCL, Pereira CCM. Blogs brasileiros sobre suicídio. *Salud Sociedad*. 2019 Jun;10(1): 10–19.
- [81] Duggan JM *et al*. An examination of the scope and nature of non-suicidal self-injury online activities: implications for school mental health professionals. *School Ment Health*. 2012 mar;4(1):56–67.
- [82] Vargas SC, Romero SM. Automutilação e ideação suicida: um drama da adolescência na atualidade = Self-mutilation and suicidal ideation: a drama of adolescence today. *Brazilian J Health Rev*. 2021;4(4):14466-80.
- [83] Brown RC, Fischer T, Goldwich AD, Keller F, Young R, Plener PL. #cutting: non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychol Med*. 2018 Jan;48(2):337-346.
- [84] Otto SC, Santos KA. O tumblr e sua relação com práticas autodestrutivas: o caráter epidêmico da autolesão. *Psicol Rev*. 2016 dez;25(2):265–88.
- [85] Silva AC. Comportamento autolesivo não suicida em redes sociais virtuais. [dissertação de mestrado]. São João Del-Rei: Universidade Federal de São João Del-Rei; 2016.

- [86] Scavacini K, Guedes I, Cacciaccaro MF. Prevenção do suicídio na internet: pais e educadores. São Paulo: Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio; 2019.
- [87] Maranhão JH, Colaço VDFR, Santos WSD, Lopes GS, Coêlho JPL. Violência, risco e proteção em estudantes de escola pública. *Fractal: Rev Psicol.* 2014;26:429-44.
- [88] Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública* 2001;17:887-96.
- [89] Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991;32(6):705-14.
- [90] Agneessens F, Waege H, Lievens J. Diversity in social support by role relations: a typology. *Soc Networks.* 2006;28(4):427-41.
- [91] Aragão EIS *et al.* Padrões de apoio social na atenção primária à saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23:2339-50.
- [92] Pössel P, Rudasill KM, Sawyer MG, Spence SH, Bjerg AC. Associations between teacher emotional support and depressive symptoms in Australian adolescents: a 5-year longitudinal study. *Dev Psychol.* 2013 Nov;49(11):2135-46.
- [93] Langford CPH, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs.* 1997;25(1):95-100.
- [94] Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saúde Pública.* 1999, Nov;15 Suppl 2:S7-S14.
- [95] Sociedade Brasileira de Neuropsicologia. Suicídio: compreender, identificar e intervir [Internet]. São Paulo: SBNp, 2018 [citado 28 Nov 2022]. Disponível em: [https://sbnpbrasil.com.br/categoria\\_download/cartilhas/](https://sbnpbrasil.com.br/categoria_download/cartilhas/).
- [96] Almeida VAS, Almeida GAS. A escola como um ambiente fundamental na prevenção do suicídio entre jovens: uma investigação de possíveis estratégias. Trabalho apresentado no VI Congresso Nacional de Educação, CONEDU, 24 out 2019 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: [https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2019/TRABALHO\\_EV127\\_MD1\\_SA18\\_ID10884\\_15082019214436.pdf](https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2019/TRABALHO_EV127_MD1_SA18_ID10884_15082019214436.pdf).
- [97] Goodman R, Scott S. *Child psychiatry.* UK: Blackwell Publishing; 2005.
- [98] Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry.* 2012 Dec 16;2012:278730.
- [99] Moreira-Almeida A; Lucchetti G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciênc Cultura.* 2016;68(1):54-57.
- [100] Harter S. The development of self-esteem. In: Kernis MH, editor. *Self-esteem issues and answers: a source book of current perspectives.* London: Psychology Press; 2006. p. 144-150.
- [101] Hawkey LC, Thisted RA, Cacioppo JT. Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychol.* 2009 May;28(3):354-63.

- [102] Xavier AMJ. Experiências emocionais precoces e (des) regulação emocional: implicações para os comportamentos autolesivos na adolescência [Internet]. [tese]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2016 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/32327>.
- [103] CASEL Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. Effective social and emotional learning programs: preschool and elementary school edition. Chicago (IL): CASEL; 2015.
- [104] Versuti FM, Mulle RLD, Guerreiro CAR, Martins F. Habilidades socioemocionais e tecnologias educacionais: revisão sistemática de literatura. Rev Bras Inform Ed. 2020;28: 1086-104.
- [105] Pacheco GE, Serrano JHM. Proyecto de ley número 348 de 2021 [Internet]. Bogotá: Gaceta Del Congreso-Senado y Cámara, Senado da República; 2021 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <http://svrpubindc.imprenta.gov.co/senado/>.
- [106] Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. *Imagin Cogn Pers*. 1990;9(3):185-211.
- [107] Alvino Advíncula I, Huaytalla Pariona A. Inteligencia emocional en estudiantes que se autolesionan, del nivel secundario en la I.E.P. [Internet]. Perú: Universidad Continental, Huancayo; 2016 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/3375>.
- [108] Domínguez-García E, Fernández-Berrocal P. The association between emotional intelligence and suicidal behavior: a systematic review. *Front Psychol*. 2018;9:1-12.
- [109] Abdollahi A, Carlbring P, Khanbani M, Ghahfarokhi SA. Emotional intelligence moderates perceived stress and suicidal ideation among depressed adolescent in patients. *Pers Individ Dif*. 2016;102:223-228.
- [110] Gómez-Romero MJ, Limonero JT, Trallero JT, Montes-Hidalgo J, Tomás-Sábado J. Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida em jóvenes universitarios. *Ansiedad Estrés*. 2018;24(1):18-23.
- [111] Plataforma Eleva. Setembro Amarelo nas escolas: como abordar temas de saúde mental? [local desconhecido]: ELEVA Plataforma de Ensino, 17 set 2021 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <https://blog.elevaplataforma.com.br/setembro-amarelo-nas-escolas/>.
- [112] Suárez Colorado Y. El suicidio en la adolescencia una aproximación desde el apego y la regulación emocional [Internet]. Espanha: Universidad de las Rioja; 2018 [citado 28 nov 2022]. (Caderno de psicologia reformada; 3). Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6676034>.
- [113] Du Plooy H. The role of emotional intelligence in the relationship between psychosocial factors and suicide behaviour in South African adolescent [Internet]. [tese]. Bloemfontein (Africa do Sul): University of the Free State; 2017 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <https://scholar.ufs.ac.za/handle/11660/7069>.

- [114] Cruz Cob AL, Balam Gómez M, Gómez López LY, Pool Góngora RA. PLACE para La prevención y detección del riesgo de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. *Rev CuidArte*. 2017 [citado 28 nov 2022];6(11):34-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2017.6.11.69135>.
- [115] Acuña de la Cruz YY, Gamarra Zelada AG. Inteligencia emocional y ideación suicida em estudiantes de educación secundaria de un colegio estatal de Cajamarca, 2019 [Internet]. Cajamarca: UPAGU; 2020 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1215>.
- [116] Pereira IS. A ética do sentido da vida: fundamentos filosóficos da Logoterapia. Aparecida: Ed. Idéias & Letras; 2013.
- [117] Aquino TAA. Logoterapia e análise existencial: uma introdução ao pensamento de Viktor Frankl. São Paulo: Ed Paulus; 2013.
- [118] Moncayo FLG, Breitbart W. Psicoterapia centrada en el sentido: “vivir con sentido”: estudio piloto. *Psicooncología*. 2013 nov;10(2-3):233-45.
- [119] Baker TG, Lewis SP. Responses to online photographs of non-suicidal self-injury: a thematic analysis. *Arch Suicide Res*. 2013 July;17(3):223-35.
- [120] Harris IM, Roberts LM. Exploring the use and effects of deliberate self-harm websites: an internet-based study. *J Med Internet Res*. 2013 Dec 20;15(12):e285.
- [121] Alao AO, Soderberg M, Pohl EL, Alao AL. Cybersuicide: review of the role of the internet on suicide. *Cyberpsychol Behav*. 2006 Aug;9(4):489-93.
- [122] Robert A, Suelves JM, Armayones, M, Ashley S. Internet use and suicidal behaviors: internet as a threat or opportunity? *Telemed J E Health*. 2015 Apr;21(4):306-11.
- [123] Krusan K, Whitlock J. Prevention of non-suicidal self-injury. non-suicidal self-injury: advances in research and practice. Edited by J. Washburn. Abingdom: Routledge Press; 2019.
- [124] Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de los profesionales de atención primaria de salud [Internet]. Washington (DC): OPS; 2018 [acesso em 28 nov 2022]. Material para capacitación OPAS. Disponível em: <https://www.campusvirtualesp.org/es/prevencion-de-la-autolesion-y-el-suicidio-empoderamiento-de-los-profesionales-de-atencion-primaria>.
- [125] Garbin CAS, Santos LFP, Moimaz SAS, Saliba O. A operacionalização do SUS na prevenção e condução de casos de suicídio: análise documental. *Rev Ciênc Plural*. 2019;5(2):129-42.
- [126] Silva AH. Atos administrativos e políticas públicas na prevenção ao suicídio e automutilação: uma análise geral da Lei 13.819/2019 em face da responsabilidade estatal da promoção da vida. 2021. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2021.

- [127] World Health Organization. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. Geneva: WHO; 2020.
- [128] World Health Organization; International Association for Suicide Prevention. Preventing suicide: a resource for media professionals: update 2017. Geneva: WHO; 2017.
- [129] Pan American Health Organization. Regional status report 2020: preventing violence against children in the Americas: results at a glance [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2020 [citado 12 maio 2023]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56205>
- [130] World Health Organization. Preventing suicide: a resource for establishing a crisisline [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311295>.
- [131] World Health Organization; Unicef. Helping adolescents thrive toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado em 6 dez 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341344>.
- [132] World Health Organization. INSPIRE handbook: action for implementing the seven strategies for ending violence against children. Geneva: World Health Organization; 2018.
- [133] World Health Organization. Violence info [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 26 fev 2023]. Disponível em: <http://apps.who.int/violence-info/>.
- [134] NHMRC Centre of Research Excellence in Suicide Prevention at the Black Dog Institute. An evidence-based systems approach to suicide prevention: guidance on planning, commissioning and monitoring [Internet]. Canberra: Commonwealth of Australia; 2016 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: <https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/an-evidence-based-systems-approach-to-suicide-prevention.pdf?sfvrsn=0>.
- [135] Purebl G, Petrea I, Shields L, Tóth MD *et al*. Depression, suicide prevention and e-health: situation analysis and recommendations for action [Internet]. [Budapest]: Joint Action on Mental Health and Wellbeing (JAMHWP) and European Union; 2015 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-07/2017\\_depression\\_suicide\\_ehealth\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-07/2017_depression_suicide_ehealth_en_0.pdf).
- [136] Consejo Nacional de Políticas Públicas para la Juventud. Protocolo de atención em el tema del suicidio por parte del CPJ [Internet]. Costa Rica: CNPPCPJ; 2021 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <https://cpj.go.cr/wp-content/uploads/2021/12/Protocolo-de-Atencion-al-tema-del-Suicidio.pdf>.
- [137] Topper A. A proposed suicide prevention intervention for LGBTQ youth: addressing an unmet need. [dissertação]. Pittsburgh: University of Pittsburgh; 2017.

- [138] Trevor Project. The Trevor Project research brief: accepting adults reduce suicide attempts among LGBTQ youth. West Hollywood (CA): Trevor Project; 2019 [citado 16 maio 2023]. Disponível em: <https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2021/08/AnnualReportFY08.pdf>
- [139] Stone DM; Holland KM, Bartholow BN, Crosby AE, Davis SP; National Center for Injury Prevention and Control (US), Division of Violence Prevention. Preventing suicide: a technical package of policies, programs, and practices. Atlanta: Division of Violence Prevention; 2017 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15620/cdc.44275>.
- [140] National Suicide Prevention Task Force (AU). Summary of outcomes: towards zero suicide prevention fórum. Canberra: National Suicide Prevention Task Force; 2019 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/11/towards-zero-suicide-prevention-forum-summary-of-outcomes.pdf>.
- [141] Ganaprakasam C. Emotional intelligence on suicidal ideation and mental health. *Muallim J Soc Sci Humanit.* 2018 [citado 28 nov 2022];2(3):185-95. Disponível em: <https://www.mjsshonline.com/index.php/journal/article/view/62>.
- [142] Rural Health Information Hub. School-based programming for suicide prevention [Internet]. Grand Forks (ND): RHIhub; 2022 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/suicide/2/schools/programming>.
- [143] Bezerra JMM. Prevenção, vida e saúde [Internet]. Juazeiro: Universidade Federal do Vale do São Francisco; 2019 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: [http://www.pgextensaorural.univasf.edu.br/wp-content/uploads/2020/02/Disserta%C3%A7ao-jalane\\_p%C3%B3s-final.pdf](http://www.pgextensaorural.univasf.edu.br/wp-content/uploads/2020/02/Disserta%C3%A7ao-jalane_p%C3%B3s-final.pdf).
- [144] Sucena LG. Conecta Educação alerta para importância de discutir prevenção ao suicídio [Internet]. Campinas: Fundação FEAC; 2018 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <https://feac.org.br/conecta-educacao-alerta-para-importancia-de-discutir-prevencao-ao-suicidio/>.
- [145] Stern R, Divecha D. Emotional intelligence education has a role in suicide prevention [Internet]. New York: Trive-global; 2017 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <https://medium.com/thrive-global/how-emotional-intelligence-plays-a-role-in-suicide-prevention-8e81fb0ce204>.
- [146] Rodriguez AMG. Situaciones detonantes del comportamiento y ideación suicida en adolescentes víctimas de acoso escolar [Internet]. Bogotá: Repositorio Institucional UCC; 2021 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/34766>.
- [147] Senac, Departamento Regional de Goiás. Portal do aluno [Internet]. Goiânia: Senac Goiás; 2021 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <https://v1.go.senac.br/faculdade/site/noticia/6092-educacao-emocional-auxilia-na-prevencao-ao-suicidio-entre-jovens>.
- [148] Gallagher ML, Miller AB. Suicidal thoughts and behavior in children and adolescents: an ecological model of resilience. Washington (DC): PubMed Central; 2018 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5995470/>.

- [149] Beck JS. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul; 2021.
- [150] Leonardi J. Terapia comportamental dialética (DBT): uma breve apresentação. *Bol Paradigma*. 2017;12:36-39.
- [151] Roemer L, Orsillo SM. A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- [152] Farias I. DBT para adolescentes: 5 habilidades [Internet]. *PsicoAtiva*, 17 dez 2021 [24 nov 2022]. Disponível em: <https://www.psicooactiva.com/blog/dbt-para-adolescentes/>.
- [153] Cavaleiro MA. Social emotional learning as a universal upstream approach to youth suicide prevention: a secondary data analysis of a prevention program evaluation [Internet]. [dissertação]. [Nevada]: UNLV Digital Scholarship; 2021 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34917/25374052>.
- [154] Moratilla EF. Prevención del suicidio en adolescentes: un programa integral basado en sus factores de riesgo y de protección. Madrid: Universidad de Alcalá; 2020 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: [https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/42851/TFM\\_Fernandez\\_%20Moratilla\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/42851/TFM_Fernandez_%20Moratilla_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- [155] Santos JC, Erse MP, Simões R, Façanha J, Marques L. + Contigo na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar. Coimbra: Universidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem; 2014.
- [156] Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: uma abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- [157] Heath NL, Toste JR, MacPhee SD. Prevention of nonsuicidal self-injury. In: Nock MK, editor. *The oxford handbook of suicide and self-injury*. New York: Oxford University Press; 2014. Cap. 22, p. 397-408.
- [158] Rolston A, Lloyd-Richardson, E. What is emotion regulation and how do we do it? [Internet]. [Washington DC]: Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery; 2019 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/what-is-emotion-regulationsinfo-brief.pdf>.
- [159] Scavacini K. Guia prático de ajuda [Internet]. São Paulo: Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do suicídio; 2021 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: <https://vitaalere.com.br/autoleesaoguiadeajuda/>.
- [160] Bloomer E. Self-harm needs assessment for children & young people. Brighton (UK): Brighton & Hove City Council, Public Health Intelligence Team, 2018 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: <http://www.bhconnected.org.uk/sites/bhconnected/files/280318%20Self-harm%20needs%20assessment.pdf>.

- [161] Galarreta Mostacero AL. Programa de habilidades sociales para la prevención del cutting en estudiantes de secundaria de una Institución-Moche 2019 [Internet]. Peru: Universidad César Vallejo; 2019 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/38139>.
- [162] Diniz G. Como lidar com a pré e posvenção do suicídio na escola: ações de acolhimento e escuta dos alunos podem prevenir casos de bullying e o surgimento de transtornos mentais. *Rev Nova Escola* [Internet], 2019 set 17 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <https://gestaoescolar.org.br/conteudo/2262/como-lidar-com-a-pre-e-posvencao-do-suicidio-na-escola>.
- [163] Quesada AA, Figueiredo CGS, Silva AG, Figueiredo RNS, Figueiredo KS, Guimarães IS. Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais da saúde [Internet]. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha; 2020 [citado 6 dez 2022]. 124 p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/prevencao-automutilacao-suicidio.pdf>.
- [164] Moraes CF, Vianna LG, Neiva T. Prevenção em saúde na prática médica: da primária à quaternária. *Rev Eletrôn Gestão Saúde*. 2017;6(2):1418-27.
- [165] Buerger A, Emser T, Seidel A, Scheiner C, Schoenfeld C, Ruecker V *et al*. DUDE – a universal prevention program for non-suicidal self-injurious behavior in adolescence based on effective emotion regulation: study protocol of a cluster-randomized controlled trial. *Trials*. 2022 Jan 31;23(1):97.
- [166] Cano Quevedo JK. Programa Fortaleciendo mi salud emocional para reducir las conductas autolesivas en estudiantes de un distrito de Lima Norte. [tese]. Peru: Universidad César Vallejo; 2021 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/80376>.
- [167] Velis Giménez MCV. Programa de intervención integral de las autolesiones no suicidas en una comunidad educativa desde la terapia dialéctica comportamental [Internet]. Valencia: Universidad Católica de Valencia; 2020 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: <https://108.128.142.30/handle/20.500.12466/1390>.
- [168] Knight MA, Haboush-Deloye A, Goldberg PM, Grob K. Strategies and tools to embrace prevention with upstream programs: a novel pilot program for enhancing social and emotional protective factors in middle school students. *Child Sch*. 2019;41(4):213-20.
- [169] Appelhoff R. School-based programmes to prevent suicide and build resilience among students: a literature review and national stock take. Canterbury: Canterbury District Health Board; 2013 [citado 6 dez 2022]. Disponível em: <https://www.cph.co.nz/wp-content/uploads/schoolbasedprogrammespreventsuicide.pdf>.
- [170] Sasal LAR. Suicidio en adolescentes: una propuesta de prevención. [dissertação]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2016.

- [171] Greff AP *et al.* Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de Covid-19: suicídio na pandemia de Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. 24 p. Cartilha.
- [172] Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal, Comissão Especial de Psicologia na Saúde. Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação. Brasília: CRP, 2020. 48 p.
- [173] Quevedo J, Schmitt R, Kapczinski F. Emergências psiquiátricas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 440p.
- [174] Scavacini K. Como falar de forma segura sobre o suicídio [Internet]. 1ª ed. São Paulo: Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio; 2019 [citado 28 nov. 2022]. Disponível em: <https://vitaalere.com.br/wp-content/uploads/2019/09/425263625-Como-Falar-de-Forma-Segura-Sobre-Suicidio.pdf>.
- [175] Ministerio de Salud (Argentina); UNICEF. Abordaje integral del suicídio en las adolescências: lineamentos para equipos de salud [Internet]. Buenos Aires: UNICEF; 2021 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <https://www.unicef.org/argentina/media/11246/file/Abordaje%20integral%20del%20suicidio%20en%20las%20adolescencias.pdf>.
- [176] Tóth MD, Purebl G, Ádám S, Zonda T, Birkás E. Fatores de risco para múltiplas tentativas de suicídio entre ciganos na Hungria. *Psiquiatr Transcultural* [Internet]. 2018 [citado 28 nov 2022];55(1):55-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inm.12695>.
- [177] World Health Organization. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2003 [citado 28 nov 2022]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf>.
- [178] Whitlock J, Knox KL. The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007 July;161(7).
- [179] Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União.* 14 ago 2006;143(156);65-6.
- [180] Ministério da Saúde (BR); Organização Pan-Americana da Saúde; Universidade Estadual de Campinas. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- [181] Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil,* 6 jun 2014.
- [182] Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

- [183] Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.479, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. Institui o Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 20 out 2020]. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479_22_12_2017.html).
- [184] Ministério da Saúde (BR). Setembro Amarelo: Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
- [185] Brasil. Lei Federal 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 [Internet]. Brasília: Presidência da República, Casa Civil; 2019 [citado 23 maio 2021]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm).
- [186] Brasil. Portaria nº 2.559, de 19 de outubro de 2020. Institui o Projeto-piloto Acolha a Vida, no âmbito do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Diário Oficial da União. 20 out 2020; (203):137.
- [187] Escola Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Curso Automutilação e Suicídio: um Olhar Cuidadoso de Direitos Humanos sobre a Saúde Mental no Enfrentamento às Consequências da 4ª Onda da Pandemia. Brasília: UnB; Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania; 2022 [citado 27 nov 2022]. Disponível em: <https://endica.mdh.gov.br/>.