

# 3

## Cartilha para prevenção da Automutilação e do Suicídio. Orientações

para educadores e profissionais da saúde  
Andrea Amaro Quesada, Carlos Guilherme da Silva Figueiredo,  
Antônio Geraldo da Silva, Renata Nayara da Silva Figueiredo,  
Karine da Silva Figueiredo e Isabella Sallum Guimarães

O que fazer? • Como ajudar? • O papel da prevenção • Fatores de proteção



DISQUE  
SAÚDE  
**136**

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO

MINISTÉRIO DA  
MULHER, DA FAMÍLIA E  
DOS DIREITOS HUMANOS



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE





# 3 | Cartilha para prevenção da Automutilação e do Suicídio. Orientações para educadores e profissionais da saúde

Andrea Amaro Quesada, Carlos Guilherme da Silva Figueiredo, Antônio Geraldo da Silva, Renata Nayara da Silva Figueiredo, Karine da Silva Figueiredo e Isabella Sallum Guimarães

O que fazer? • Como ajudar? • O papel da prevenção • Fatores de proteção



DISQUE  
SAÚDE  
136

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO

MINISTÉRIO DA  
MULHER, DA FAMÍLIA E  
DOS DIREITOS HUMANOS



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## **MINISTÉRIO DA SAÚDE**

COORDENAÇÃO GERAL

Ministro da Saúde

**Eduardo Pazuello**

Secretária da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

**Mayra Isabel Correia Pinheiro**

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde

**Vinícius Nunes Azevedo**

Coordenadora-Geral de Ações Estratégicas, Inovações e Avaliação da Educação em Saúde

**Musa Denaize de Sousa Morais de Melo**

Equipe Técnica

**Adriana Fortaleza Rocha da Silva, Bethânia Ramos Meireles, Cidália Luna Alencar Feitosa de Oliveira, Daniele Alencar Neves Bremgartner, Janaína Nogueira da Silva, Juliana Ferreira Lima Costa, Priscila Neves Dalcin, Rosanna Rocha Amazonas e Rosany Ferreira Rios Fonseca**

## **OPAS/OMS**

Coordenação Geral

**Mônica Padilla**

Equipe técnica

**Maria Alice B. Fortunato, Cristiane Gosch Scolari e Catarina Magalhães Dahl**

## **PROJETO “AÇÕES INTEGRADAS DE EDUCOMUNICAÇÃO PARA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO E DA AUTOMUTILAÇÃO”**

Concepção e Coordenação Geral

**Cliff Villar**

Coordenação Executiva

**Ana Cristina Barros**

Coordenação Adjunta

**Patrícia Alencar**

Coordenação de Conteúdo

**Renata Nayara da Silva Figueiredo**

Coordenação Pedagógica

**Patrícia Brun**

Coordenação Geral de Mobilização

**Darlan Aragão**

Consultoria Técnica de Psicologia

**Carlos Henrique de Aragão Neto e Andrea Amaro Quesada**

Editorial e Revisão

**Thaís Brito Mendonça**

Projeto Gráfico

**Amaurício Cortez**

Edição de Design

**Andrea Araujo e Kamilla Damasceno**

Design e Diagramação

**Karla Saraiva**

Arte finalização

**Miqueias Mesquita**

Ilustração

**Rafael Limaverde**

Coordenação de Produção

**Gilvana Marques**

Produção

**Rebeca Saboia e Beth Lopes**

Marketing e Estratégia

**Wanessa Lugoe**

Performance Digital

**Natércia Melo, Fernando Diego e Isadora Colares**

Assessoria de Comunicação

**Joelma Leal**

Estratégia e Relacionamento

**Alexandre Medina, Adryana Joca e Juliana**

**Menezes**

## **FUNDAÇÃO DEMÓCRITO ROCHA (FDR)**

Presidência

**João Dummar Neto**

Direção Administrativo-Financeira

**André Avelino de Azevedo**

Gerência Geral

**Marcos Tardin**

Gerência Editorial e de Projetos

**Raymundo Netto**

Análise de Projetos

**Aurelino Freitas, Fabrícia Gois e Emanuela Fernandes**

## **UNIVERSIDADE ABERTA DO NORDESTE (UANE)**

Gerência Pedagógica

**Viviane Pereira**

Coordenação de Cursos

**Marisa Ferreira**

Designer Educacional

**Joel Bruno**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

Q54c Quesada, Andrea Amaro

*Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais da saúde / Andrea Amaro Quesada, Carlos Guilherme da Silva Figueiredo, Antônio Geraldo da Silva, Renata Nayara da Silva Figueiredo, Karine da Silva Figueiredo e Isabella Sallum Guimarães; ilustrações: Rafael Limaverde. – Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020.  
124 p. : il. color.*

ISBN 978-65-86094-37-4

1. Transtornos mentais e emocionais. 2. Suicídio. 3. Prevenção ao suicídio. 4. Violência autoprovocada. 5. Automutilação. I. Figueiredo, Carlos Guilherme da Silva. II. Silva, Antônio Geraldo da. III. Figueiredo, Renata Nayara da Silva. IV. Figueiredo, Karine da Silva. V. Guimarães, Isabella Sallum. VI. Título.

CDD 616.858445

Elaborado por Francisco Edvander Pires Santos - CRB-3/1212



Todos os direitos desta edição reservados à:

**Fundação Demócrito Rocha**


Av. Aguanambi, 282/A - Joaquim Távora  
CEP: 60.055-402 - Fortaleza-Ceará  
Tel.: (85) 3255.6037 - 3255.6148  
fdr.org.br  
fundacao@fdr.org.br

Esta cartilha é parte do projeto “Ações Integradas de Educomunicação para Prevenção ao Suicídio e da Automutilação”, ação desenvolvida pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, executado pela Fundação Demócrito Rocha, por intermédio da Carta Acordo nº SCON2020-00088.

# Sumário

	<b>Introdução</b>	<b>09</b>
	<b>1. Entendendo aspectos da automutilação e do suicídio</b>	<b>12</b>
1.1.	O que é a automutilação e o suicídio? Quais são as suas diferenças?	14
1.2.	Por que falar sobre automutilação e suicídio?	17
1.3.	Para quem falar e quem pode atuar na prevenção à automutilação e ao suicídio?	20
1.4.	Como falar sobre automutilação e suicídio?	22
1.4.1.	Como falar sobre suicídio e automutilação com crianças e adolescentes?	24
1.5.	Mitos e verdades sobre o suicídio e a automutilação	27
1.6.	Estigma e saúde mental: como sensibilizar a população e reduzir falsas crenças	29
1.6.1.	O que fazer para reduzir o estigma?	33
	<b>2. Sinais de alerta e prevenção</b>	<b>35</b>
2.1.	Fatores que aumentam o risco para a automutilação e para o suicídio	36
2.2.	Aspectos que reduzem o risco: os fatores de proteção	65

2.3. Como identificar se um jovem está em risco e precisa de ajuda?	68
2.4. Como prevenir comportamentos de risco	72
2.5. Como aumentar os fatores de proteção	75
2.6. Como realizar e melhorar o registro de casos	77
<b>3. Intervenção</b>	<b>79</b>
3.1. Como responder a uma possível situação de risco	86
3.1.1. Como o profissional da educação e da saúde podem atuar no cuidado com crianças e adolescentes?	89
3.1.2. O que fazer e o que não fazer em casos de risco de automutilação e/ou suicídio?	92
<b>4. O que fazer caso ocorra o suicídio?</b>	<b>94</b>
4.1. Posvenção: como ajudar a pessoa que perdeu alguém por suicídio?	95
4.2. Como noticiar casos de suicídio	98
<b>5. Onde obter mais informações</b>	<b>104</b>
<b>Referências bibliográficas</b>	<b>114</b>




Esta cartilha trata sobre comportamentos autolesivos (automutilação e suicídio), principalmente entre jovens. Serão abordados aspectos relativos à identificação e prevenção de ambos os comportamentos. No caso do suicídio, será abordada também a posvenção.



The background features a stylized, layered illustration. At the top right, a bright sun with rays is partially obscured by white, scalloped clouds. Below the clouds, a large, light-colored silhouette of a person stands with arms raised, holding hands with another person whose silhouette is partially visible to the right. The scene is set against a dark blue background with lighter blue, wavy lines representing water or a landscape. The overall style is graphic and illustrative.

# INTRODUÇÃO



**A** presente

cartilha tem como objetivo informar a sociedade sobre os comportamentos au-

tolesivos, sobre a automutilação e sobre o suicídio. Outro objetivo é orientar a população, especialmente grupos de pessoas que lidam com jovens, fornecendo ferramentas para o enfrentamento desses dois problemas de saúde pública. A identificação de jovens em risco poderá ajudar no acolhimento, na prevenção e, se necessário, na intervenção nestes casos. Um terceiro objetivo desta cartilha é dar informação acerca da atuação nos casos em que o suicídio já ocorreu. Nesse caso, é importante o acolhimento dos enlutados, isto é, o trabalho da posvenção.

Os temas da automutilação e do suicídio ganharam visibilidade nas últimas décadas, tanto do ponto de vista científico como do da saúde pública. No entanto, novas pesquisas são necessárias para buscarmos novas estratégias de prevenção e intervenção.

Comportamentos autolesivos podem ser definidos como aqueles praticados de forma intencional, isto é, não ocorrem por acidente ou de maneira inconsciente e têm a intenção de causar algum dano físico ou psicológico.

Por meio das orientações presentes nesta cartilha, o leitor terá mais subsídios para identificação, intervenção e prevenção dos comportamentos autolesivos, com ênfase em adolescentes.



## SAIBA MAIS

Comportamentos socialmente aceitos, como o uso de *piercing*, tatuagem, brincos ou lesões feitas como parte de rituais religiosos ou para exibição cultural, não são considerados uma automutilação.



**1.**

**ENTENDENDO ASPECTOS DA**

# **AUTOMUTILAÇÃO E DO SUICÍDIO**

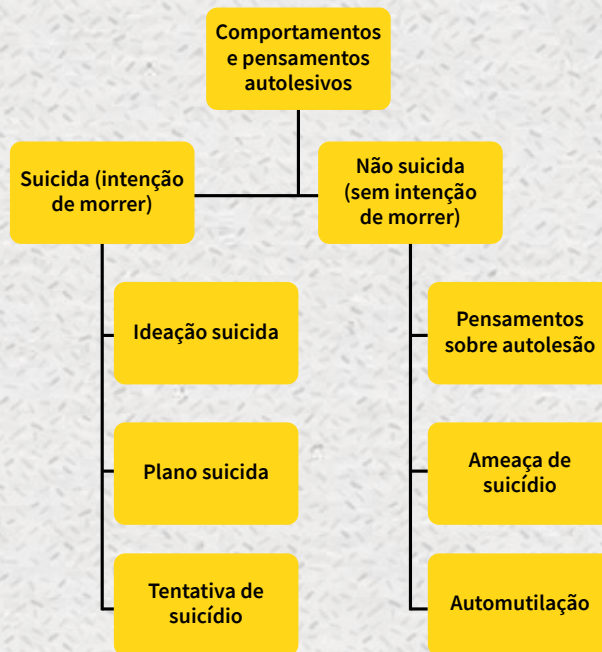


## 1.1. O QUE É A AUTO-MUTILAÇÃO E O SUICÍDIO? QUAIS SÃO AS SUAS DIFERENÇAS?

**A** autolesão sem intenção suicida (ASIS) e o suicídio são fenômenos complexos e multideterminados, resultantes de uma interação complexa entre fatores biológicos, ambientais, psicológicos e sociais. Ambos os fenômenos se enquadram no grupo de comportamentos diretamente autolesivos, mas se distinguem significativamente na sua definição, na sua intencionalidade e em termos de prevalência, de características demográficas e, em certa medida, de fatores de risco que predisõem tais comportamentos (WALSH, 2012; WITTHLOCK; LLOYD-RICHARDSON, 2019).

A Figura 1 apresenta a classificação de **comportamentos e pensamentos autolesivos**. Embora não sejam um comportamento, as ideações e os planos de suicídio foram incluídos neste documento devido à sua associação com o comportamento suicida.

**Figura 1.** Classificação de comportamentos e pensamentos autolesivos



Fonte: Adaptado de NOCK (2009; p. 11)

A distinção entre o suicídio e a ASIS se dá justamente devido à intenção ou não de morrer. Uma vez que a determinação da intenção durante o comportamento autolesivo se baseia no **autorrelato**, a convenção estabelecida é de definir qualquer comportamento em que há intenção de morrer como com-



## SAIBA MAIS

### AUTORRELATO

Método em que a pessoa elabora um relato próprio sobre o ocorrido, com ou sem ajuda do profissional.

portamento suicida (NOCK, 2010). Segundo o mesmo autor, é possível distinguir o comportamento suicida em três subfatores: **a ideiação suicida, o plano suicida e a tentativa de suicídio**.

A ideiação suicida se define como pensamentos sobre suicídio. O plano suicida envolve a consideração de um método específico para o suicídio. Já a tentativa de suicídio se refere ao comportamento autolesivo em que há a intenção de morrer. Do mesmo modo, o autor distingue três subfatores para a autolesão sem intenção suicida, sendo eles: **a ameaça de suicídio, pensamentos autolesivos e a automutilação em si ou autolesão sem intenção suicida (ASIS)**.





- **Ameaça de suicídio:** refere-se ao comportamento em que o indivíduo leva os outros a acreditar que há intenção de morrer, quando, na realidade, a intenção não existe. O motivo de esse comportamento ocorrer seria uma forma de comunicar o sofrimento ou de buscar ajuda.
- **Pensamentos autolesivos:** são pensamentos sobre o engajamento em comportamentos de automutilação, que geralmente antecedem o ato em si.
- **Autolesão sem intenção suicida (ASIS):** refere-se à lesão direta e deliberada do próprio corpo sem intenção de morrer.

O comportamento autolesivo sem intenção suicida varia de acordo com a gravidade das lesões:

**Leve:** quando as lesões ocorrem com baixa frequência e menor severidade.

**Moderada:** quando as lesões ocorrem com mais frequência e de forma mais severa, necessitando às vezes de ajuda médica.

**Grave:** quando a frequência e a severidade das lesões são altas, resultando em prejuízo para o indivíduo.



## 1.2. POR QUE FALAR SOBRE AUTOMUTILAÇÃO E SUICÍDIO?

# A

utomutilação e suicídio são temas relevantes, considerando-se as altas prevalências e os seus impactos socioeconômicos. Entre os anos de 1990 e 2015, estudos de diferentes países sobre comportamentos autolesivos delimitados indicam uma prevalência média de 16,9% desse comportamento em adolescentes (GILLIES *et al.*, 2018), com aumento da prevalência ao longo dos anos. No Brasil, um estudo de 2018 realizado com 517 adolescentes entre 10 e 14 anos encontrou uma prevalência de 9,48% de comportamentos ASIS nos últimos 12 meses (FONSECA *et al.*, 2018).

Gillies *et al.*, (2018) conduziram uma

pesquisa de metanálise de estudos de 41 países diferentes e concluíram que os comportamentos autolesivos em adolescentes são mais frequentes em meninas. A idade média de início desses comportamentos foi de 13 anos, com o pico aos 16 anos. O estudo ainda verificou que o método mais utilizado na autolesão foi o corte. Entretanto, outros métodos também foram relatados. Geralmente, a autolesão é feita nos braços, nas pernas ou na barriga (NOCK, 2010). Na população adulta dos Estados Unidos, a prevalência de ASIS é de 5,9% (KLONSKY, 2011). Não há estudos de prevalência entre adultos no Brasil. No entanto, é provável que as verdadeiras taxas de automutilação na comunidade sejam maiores, em função de muitos jovens ocultarem os seus ferimentos e nunca receberem cuidados clínicos para a sua saúde física e emocional, o que gera subnotificações dos casos.





## SAIBA MAIS

As funções intrapessoais estão associadas à relação do indivíduo consigo mesmo, com suas emoções e sentimentos. As funções interpessoais estão associadas às relações do indivíduo com os outros e com os ambientes.

O suicídio, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), está entre as 10 maiores causas de morte do mundo, sendo a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (OMS, 2014). Mundialmente, o Brasil ocupa a oitava posição em relação ao número absoluto de suicídios. Em relação ao suicídio, os homens se matam de três a quatro vezes mais do que as mulheres e, de forma inversamente proporcional, as mulheres fazem de três a quatro vezes mais tentativas de suicídio do que os homens. Destaca-se que a ASIS é um dos principais fatores de risco para suicídio (WHITLOCK *et al.*, 2013; WHITLOCK; LLOYD-RICHARDSON, 2019). Nota-se que, embora sejam comportamentos distintos, as tentativas de suicídio são mais cons-

tantes em pessoas que tendem a ter comportamentos de ASIS.


Outro critério importante na avaliação da ASIS é a função da autolesão. Segundo uma metanálise que avaliou 46 pesquisas (TAYLOR *et al.*, 2018), existem duas categorias principais da autolesão sem intenção suicida: as **funções intrapessoais** e as **funções interpessoais**. As duas principais funções intrapessoais são o alívio da dor emocional e a autopunição. Para o alívio da dor emocional, o comportamento autolesivo pode funcionar como forma de escapar de estados emocionais desconfortáveis, como a angústia. Por outro lado, as funções interpessoais da ASIS têm como objetivo comunicar o próprio sofrimento, pertencer a grupos ou punir os outros.

A Figura 2 mostra um esquema das funções dos comportamentos ASIS. As funções intrapessoais, especialmente as de regulação emocional, são as mais prevalentes, sendo utilizadas por 66% a 81% dos participantes dos estudos analisados por Taylor *et al.* (2018). Funções interpessoais foram reportadas por 32% a 56% dos indivíduos. No Brasil, foi também observado que a principal função da ASIS entre adolescentes foi a regulação emocional (FONSECA *et al.*, 2018)

**Figura 2.** Classificação das funções dos comportamentos de autolesão sem intenção suicida (ASIS)



Fonte: Adaptado de TAYLOR *et al.* (2018).



### 1.3 PARA QUEM FALAR E QUEM PODE ATUAR NA PREVENÇÃO À AUTOMUTILAÇÃO E AO SUICÍDIO?

Conhecer as funções das ASIS auxilia na compreensão do comportamento autolesivo, fornecendo subsídios para a utilização de técnicas de intervenção mais direcionadas e efetivas. Por exemplo, ao saber que o alívio da dor emocional é a função mais prevalente da autolesão sem intenção suicida, podemos investir em técnicas voltadas para o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais, cujo objetivo é ajudar na regulação das emoções, aumentando a resiliência.

**A** bordar adequadamente os temas de automutilação e suicídio é uma importante estratégia de prevenção. Deve-se direcionar os esforços de prevenção aos ambientes educacionais, como escolas e faculdades. A razão mais evidente é o fato de serem espaços que concentram, em boa parte do tempo, crianças, adolescentes e adultos jovens. Uma das principais formas de prevenção nas escolas é a capacitação da equipe escolar, que poderá atuar com mais efetividade para identificar, acolher e encaminhar os casos de comportamentos autolesivos.

Nesse sentido, a formação de *gatekeepers*, ou guardiões da vida, deve ser uma medida a ser implementada. Nos estudos sobre prevenção ao suicídio, *gatekeeper* se refere a um indivíduo que tem contato com um grande número de membros da comunidade e que pode ser treinado para identificar pessoas com sintomas de doenças mentais, sob risco de automutilação e/ou suicídio, direcionando estas pessoas para o tratamento ou para os serviços apropriados (BURNETTE; RAMCHAND; AYER, 2015). Sendo assim, é possível definir diversos membros da comunidade como *gatekeepers*: professores ou coordenadores de escolas, líderes das igrejas ou de outros cultos religiosos, policiais ou membros militares, bombeiros, assistentes sociais, profissionais de saúde da atenção básica ou de emergências, entre outros membros da comunidade.

Para atuar como guardiões da vida, os membros da comunidade devem passar por um treinamento sobre como identificar, abordar e encaminhar pessoas sob risco de automutilação e suicídio. Os programas de treinamentos buscam desenvolver conhecimentos, atitudes e habilidades que propiciam a identificação dos alunos que exibem sinais e sintomas de doenças mentais, incluindo depressão, ansiedade, uso/abuso de substâncias e pensamentos suicidas. Eles também devem ser orientados sobre a melhor maneira de abordar os alunos para discutir suas preocupações, motivando-os a procurar ajuda e, quando necessário, encaminhar para o serviço médico, sem cometer enganos ou cair em armadilhas, tais como tentar diagnosticar o problema ou dar conselhos que possam agravar o quadro.





## 1.4. COMO FALAR SOBRE AUTOMUTILAÇÃO E SUICÍDIO?



s temas da automutilação e do suicídio ainda são considerados tabus na nossa sociedade. Portanto, sua abordagem requer um cuidado maior, com observa-

Há evidências de que esses treinamentos aumentam o conhecimento sobre os comportamentos autolesivos, impactam as crenças e atitudes sobre prevenção de suicídio, reduzem estigmas sobre os temas e desenvolvem as habilidades e competências das pessoas treinadas para a identificação e intervenção nos casos de automutilação e suicídio (BURNETTE; RAMCHAND; AYER, 2015). Os programas de prevenção devem ser contínuos e implementados como parte das estratégias das instituições.

ção dos critérios estabelecidos pelos especialistas, visando a prevenção e evitando a indução. Sabe-se que uma divulgação sensacionalista por parte da mídia é considerada inadequada, podendo contribuir para um efeito de contágio e, conseqüentemente, para o aumento do número de casos. Brotherson e Anderson (2016) definem algumas orientações que podem pautar a abordagem sobre o suicídio:

- Aborde o suicídio e a automutilação como assuntos sérios e como problemas de saúde pública. Pode ser útil uma abordagem direta que enfatize as causas e as consequências do problema;
- Evite abordagens sensacionalistas, dramáticas ou que enfatizem o impacto da morte sobre as pessoas próximas;
- Evite normalizar, simplificar ou enaltecer o comportamento, mostrando-o como ato heroico ou resolutivo;
- Evite termos que tragam ideias de valor, como “cometeu” suicídio; suicídio “bem-sucedido”, suicídio “malsucedido”, “sem sucesso”, “sem êxito”, “suicídio incompleto”, “tentativa falha”. Em vez disso, refira-se ao suicídio como “morreu por suicídio”, “se matou” ou “suicídio consumado”;

- Evite também termos generalizantes, como “os suicidas”, ao se referir às pessoas falecidas por suicídio;
- Discuta esses temas de maneira direta e com sensibilidade, de forma que ajude as pessoas a processarem os seus sentimentos e a procurarem tratamento;
- Auxilie o público a identificar pensamentos, emoções ou comportamentos relacionados à autolesão em si mesmos ou nos outros por meio de uma abordagem responsável;
- Incentive a população a buscar tratamento;
- Ajude a identificar os fatores que tornam uma pessoa mais vulnerável, com risco de comportamentos autolesivos e de suicídio (os fatores de risco e sinais de alerta serão abordados mais adiante);

- Tenha consideração sobre os sentimentos e as ações relacionados ao suicídio. Ofereça ajuda para que essa pessoa consiga o suporte necessário;
- É importante oferecer uma escuta sem julgamentos ao lidar com comportamentos autolesivos. É crucial auxiliar a pessoa a buscar ajuda para o problema mental apresentado.

### **1.4.1. COMO FALAR SOBRE SUICÍDIO E AUTOMUTILAÇÃO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES?**

Crianças e adolescentes, em geral, apresentam dificuldades ainda maiores que os adultos na compreensão dos próprios pensamentos e sentimentos. Nesse sentido, é importante conversar sobre essas questões de maneira direta para ajudá-los a identificar as suas emoções e os sintomas que eles possam apresentar.

**OS QUADROS DAS PRÓXIMAS PÁGINAS INDICAM ALGUMAS MANEIRAS DE ABORDAR O TEMA DE AUTOLESIONAMENTO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, POR IDADE.**

#### **Quadro 1 – Conversando com crianças de 4 a 8 anos**

- Fale com a criança sobre os seus sentimentos. Ajude-a a identificar as suas emoções e a compreender o que está sentindo e pensando;
- Encoraje a criança a expressar os seus sentimentos, seja por palavras ou por outros meios, como a escrita, desenhos e outros métodos que permitam a expressão das emoções de maneira saudável;
- Ajude a criança a compreender que sentir emoções desconfortáveis, como tristeza ou raiva, é algo que pode acontecer de vez em quando. Ajude-a a identificar quando essas emoções ficam muito intensas e a procurar ajuda nesses casos;
- Busque assegurar que a criança não tenha acesso a materiais que possa usar para se machucar;
- Tente se conectar com a criança em diferentes atividades para demonstrar que você está disponível para dar suporte quando necessário;
- Ensine a criança a identificar adultos em que possa confiar. Mostre-a que, caso esse adulto não consiga ajudá-la com o problema, outro poderá ajudá-la.

Fonte: Adaptado de BROTHERSON E ANDERSON (2016)



## **Quadro 2 – Conversando com crianças e adolescentes de 9 a 13 anos**

- Fique atento aos sintomas depressivos que as crianças e os adolescentes possam apresentar e converse com eles sobre isso;
- Essa fase do desenvolvimento pode vir com muitos estressores. Por isso, atente-se a isso e aborde esse tema com a criança ou com o adolescente;
- Enfatize que alguns comportamentos de risco, como uso de álcool e drogas, não são boas estratégias para lidar com os estressores e com as emoções;
- Ajude a criança ou o adolescente a reconhecer emoções, pensamentos e comportamentos que podem ser alarmes para problemas de saúde mental;
- Encoraje a criança ou o adolescente a expressar os seus sentimentos. Ofereça uma escuta sem julgamentos e atenciosa aos problemas enfrentados;
- Fique atento aos sintomas depressivos que as crianças e os adolescentes possam apresentar e converse com eles sobre isso;

Fonte: Adaptado de BROTHERSON E ANDERSON (2016)

### **Quadro 3 – Conversando com adolescentes de 14 a 18 anos**

- Reconheça os sinais de depressão em adolescentes e ajude-os a perceber se isso está acontecendo com eles;
- Aborde de maneira aberta o que o adolescente está sentindo e pensando e qual o comportamento em relação a esses sentimentos e pensamentos;
- Ofereça apoio para que o adolescente possa se expressar livremente. Evite críticas e julgamentos;
- Tente escutar o que o adolescente tem a dizer e seja empático, não oferecendo apenas estratégias para resolver o problema;
- Fique atento aos sinais de alerta verbais ou comportamentais de autolesão do adolescente. Ofereça ajuda quando perceber essas demonstrações;
- Providencie ajuda se o adolescente expressar pensamentos relacionados a suicídio. Fique próximo ao adolescente e ajude-o a buscar ajuda profissional;
- Encoraje os adolescentes a ficarem atentos aos amigos e aos colegas e a reportarem aos adultos se observarem qualquer ameaça sugestiva de suicídio. Muitas vezes, os adolescentes irão informar primeiro aos amigos ou colegas sobre o que estão sentindo, sendo possível auxiliar essas pessoas sobre como agir nessa situação e sobre como oferecer ajuda.

Fonte: Adaptado de BROTHERTON E ANDERSON (2016)

## 1.5. MITOS E VERDADES SOBRE O SUICÍDIO E A AUTOMUTILAÇÃO



s comportamentos autolesivos são envoltos em estigmas e tabus. Por isso, há muitas concepções

erradas sobre eles. Uma medida importante de prevenção é a conscientização de toda a sociedade, ou seja, é preciso educar, falar sobre o assunto, esclarecer esses mitos e conhecer as verdades sobre ele.


Na Tabela 1, você encontrará os mitos e as verdades sobre o suicídio, de acordo com a OMS e com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

**Tabela 1.** Mitos e verdades sobre o suicídio e sobre a automutilação


Mitos	Verdades
Não se deve falar sobre o suicídio, pois isso poderia encorajar esse comportamento.	Devido ao estigma quanto ao suicídio, muitas pessoas que estão considerando o suicídio não sabem com quem devem conversar. Falar abertamente sobre o tema pode, em vez de encorajar o comportamento suicida, dar ao indivíduo outras opções, como a busca pelo tratamento ou o tempo para repensar suas decisões – ajudando a prevenir o suicídio.
Quando uma pessoa pensa em se suicidar, terá risco de suicídio para o resto da vida.	O aumento do risco de suicídio, com frequência, acontece em curto prazo e pode ser decorrente de uma situação específica. Embora pensamentos suicidas possam retornar, eles não são permanentes, e uma pessoa com pensamentos e comportamentos suicidas prévios pode viver uma vida normal.
Apenas pessoas com transtornos mentais tentam suicídio ou se suicidam.	Nem todas as pessoas que tentam ou que se suicidam têm um transtorno mental. Muitas pessoas com transtornos mentais nunca pensarão ou terão comportamentos suicidas.

<b>Mitos</b>	<b>Verdades</b>
As pessoas que ameaçam se matar não o farão e estão apenas buscando atenção.	As pessoas que falam sobre suicídio podem estar tentando buscar ajuda ou suporte. Um número significativo de pessoas que pensam sobre suicídio apresenta sintomas de ansiedade, depressão e desesperança e pode realmente considerar o suicídio.
Alguém que tem comportamentos suicidas está determinado a morrer.	Com frequência, pessoas com comportamento suicida têm sentimentos conflitantes sobre querer viver ou morrer, tanto que buscam profissionais de saúde (mas não informam o desejo de morrer). O acesso ao suporte emocional na hora certa pode prevenir o suicídio.
A maioria dos suicídios acontece “do nada” e sem demonstração prévia de aviso.	A maioria dos suicídios é precedida por algum sinal de alerta, sejam eles verbais ou comportamentais. É possível que alguns comportamentos suicidas aconteçam sem aviso, mas é importante conhecer os sinais de alerta e ficar atento a eles.
É proibido que a mídia aborde os temas sobre suicídio e automutilação.	A mídia tem obrigação social de tratar dos assuntos de saúde pública. É essencial abordar estes temas de forma adequada. Como mencionado, falar sobre o suicídio e a automutilação de maneira responsável não aumenta o risco, sendo fundamental para informar a população sobre como identificar e tratar esses problemas.

Fonte: OMS; ABP, 2014.



## 1.6. ESTIGMA E SAÚDE MENTAL: COMO SENSI-BILIZAR A POPULAÇÃO E REDUZIR FALSAS CRENÇAS



estigma diante dos temas de saúde mental é bastante comum e pode ser tão prejudicial quanto os próprios sintomas associados a transtornos mentais, já que é

uma grande barreira ao tratamento e à recuperação dos pacientes. Evidências sugerem que os fatores que influenciam o atraso do tratamento incluem o desconhecimento sobre aspectos das doenças mentais e a discriminação dos enfermos (da SILVA *et al.*, 2020).

Algumas noções errôneas sobre esses temas incluem a crença de que pessoas com transtornos mentais graves são violentas e devem ser mantidas fora da sociedade. Há

a noção de que essas pessoas são irresponsáveis e rebeldes e, por isso, não poderiam tomar suas próprias decisões. Também existe a ideia de que pessoas com problemas de saúde mental devem ser cuidadas como crianças; além dos mitos que mencionamos na seção anterior (RÜSCH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005). Muitas vezes, as pessoas que sofrem de transtornos mentais ou outras condições associadas à saúde mental não são vistas como responsáveis pelos próprios sintomas, e esse é um dos motivos que aumenta a discriminação dos indivíduos.

Ao retratar as doenças mentais de maneira negativa ou imprecisa, mostrando situações graves de for-

ma distorcida ou até cômica, a mídia torna o estigma social ainda maior (DA SILVA *et al.*, 2020).

Além desse estigma que ocorre, na população geral, em um grupo de indivíduos, há também o **autoestigma**, que é o estigma que pessoas com transtornos mentais ou comportamentos autolesivos apresentam sobre si mesmas. Segundo Rüschi *et al.* (2005), o estigma é composto por três componentes principais: **os estereótipos, o preconceito e a discriminação**.

## ESTEREÓTIPOS

Os estereótipos são crenças referentes aos comportamentos que seriam comuns a um grupo social. Estar consciente dos estereótipos de grupo não significa acreditar neles, mas, quando esses estereótipos negativos são reforçados, eles formam a base para o preconceito.

## PRECONCEITO

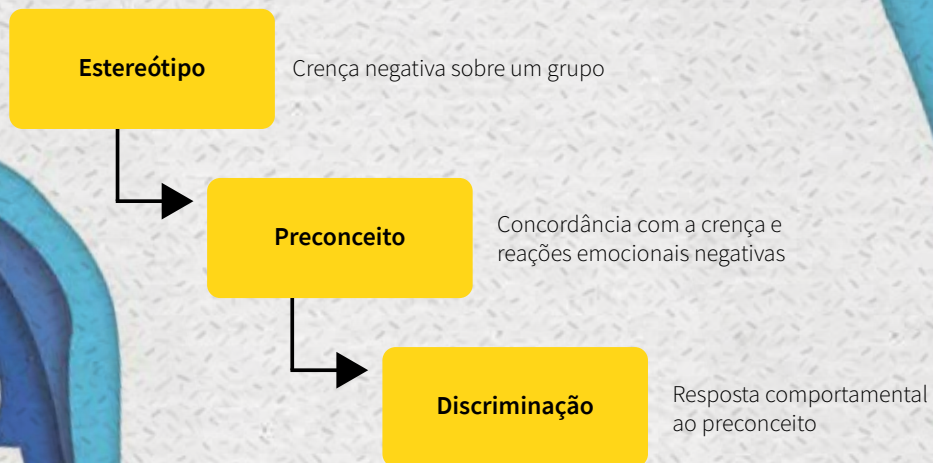
O preconceito, além de reforçar estereótipos, está relacionado às reações emocionais negativas contra o grupo em questão. No estigma público, frequentemente essas emoções incluem o medo ou a raiva. Já no autoestigma, os indivíduos podem expressar emoções de baixa autoestima e baixa autoeficácia.

## DISCRIMINAÇÃO

A discriminação, por sua vez, seria o comportamento praticado a partir desse preconceito, como excluir pessoas de um determinado grupo na seleção para um emprego (RÜSCH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005).

Nesse sentido, o estigma gera efeitos comportamentais diretos sobre a saúde mental, impactando os indivíduos em diversas áreas da vida.

**Figura 3.** Representação dos componentes do estigma.



## Quadro de reflexão:

### Como o estigma e os transtornos mentais impedem a busca por ajuda?

Apesar do número cada vez mais frequente de tratamentos baseados em evidências para transtornos mentais, muitas vezes os profissionais de saúde mental percebem duas tendências de comportamento:

- 1) muitas pessoas com transtornos mentais nunca procuram ajuda ou tratamento;
- 2) muitos pacientes buscam intervenção, mas não aderem completamente ao tratamento.

Existem alguns motivos que explicam esse padrão, sejam eles a falta de acesso à informação ou a falta de investimento público nesses assuntos, mas uma das características que mais parecem influenciar a busca por ajuda (ou a falta dela) é o estigma sobre aspectos de saúde mental. O público em geral parece entender a presença de transtornos mentais por quatro pistas: sintomas psiquiátricos, deficit nas habilidades sociais, aparência física e rótulos. A partir dessa percepção, criam-se os estereótipos, que podem ser seguidos por preconceito e discriminação (CORRIGAN, 2004).

Os estereótipos, o preconceito e a discriminação podem impedir que pessoas com transtornos mentais tenham acesso a diversas oportunidades na vida. Por causa da discriminação, pessoas com transtornos mentais dificilmente conseguem obter bons empregos ou uma boa moradia. Esse impacto também é visto no sistema criminal e no sistema de saúde geral. De fato, pessoas com transtornos mentais recebem menos serviços de saúde geral em relação às demais pessoas (CORRIGAN, 2004).

Devido ao estigma público, os que padecem de doenças mentais podem criar um autoestigma, e essa noção negativa sobre os transtornos mentais pode influenciar na busca por tratamento e na sua manutenção. Sendo assim, as estratégias que buscam minimizar o estigma podem ser de grande valia para o auxílio aos transtornos mentais e para a redução de comportamentos autolesivos.



### 1.6.1. O QUE FAZER PARA REDUZIR O ESTIGMA?

Informar a população e oferecer contato com o grupo estigmatizado parecem ser ações efetivas para reduzir o estigma. Nesse sentido, os veículos de comunicação devem ser incluídos como aliados, a fim de ajudar a modificar falsas percepções e incentivar as pessoas a procurar ajuda (DA SILVA *et al.*, 2020). No entanto, o contato com o grupo estigmatizado parece ser mais efetivo como intervenção para adultos (THORNICROFT *et al.*, 2016). Em relação às estratégias de contato, há evidência de que estratégias de contato direto e indireto parecem funcionar para reduzir o estigma. As estratégias de contato direto envolvem o contato face a face de membros da comunidade com pessoas com transtornos mentais ou comportamentos autolesivos. Já as estratégias de contato indireto podem envolver:

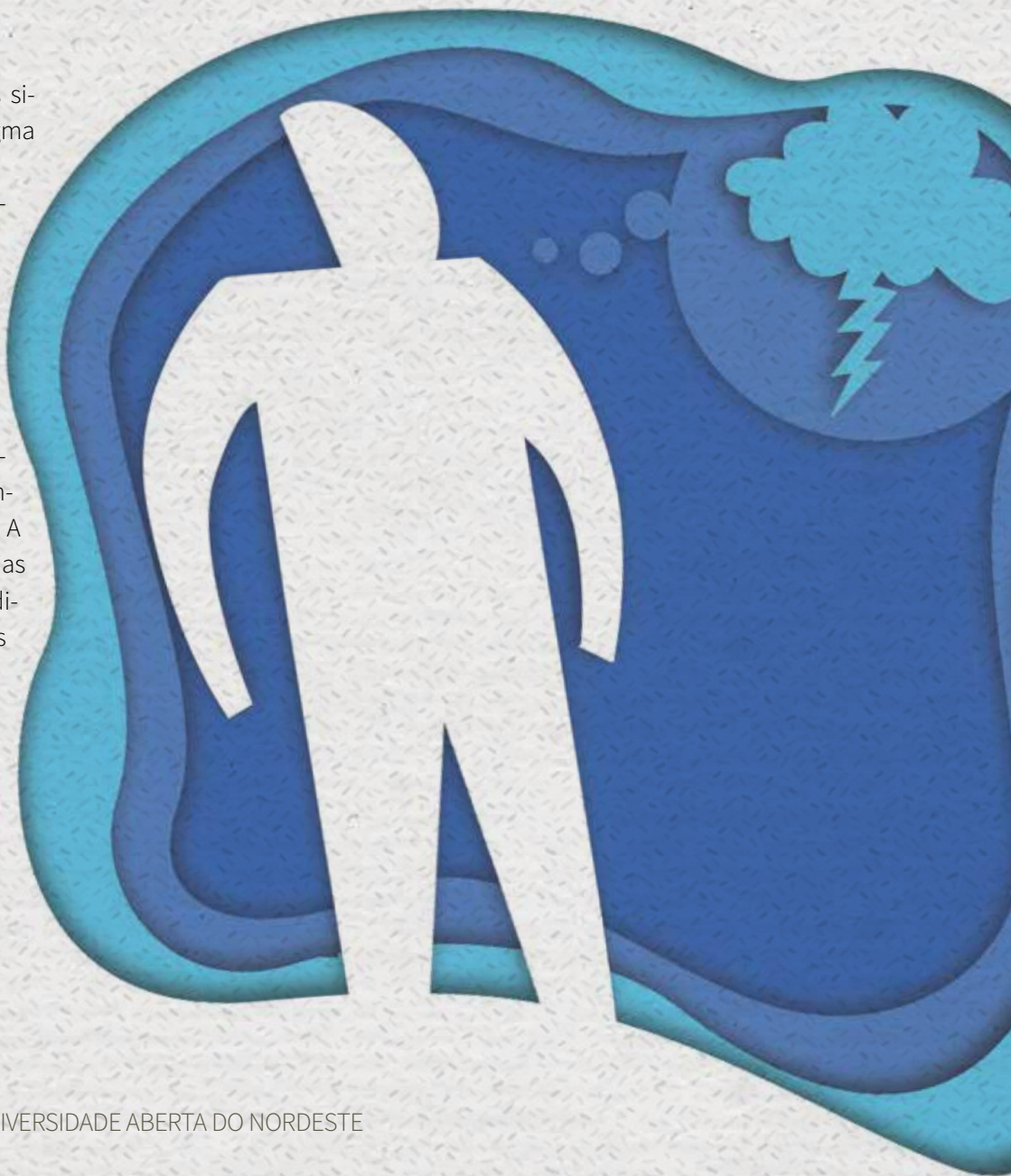
- os indivíduos observam outras pessoas em contato com alguém do grupo estigmatizado;
- os indivíduos se imaginam estando em contato com alguém do grupo estigmatizado;
- os indivíduos veem/assistem pessoas do grupo estigmatizado em vídeos;
- os indivíduos conversam com outros do grupo estigmatizado por plataformas online;
- os indivíduos são lembrados de que um amigo de um amigo faz parte deste grupo discriminado.

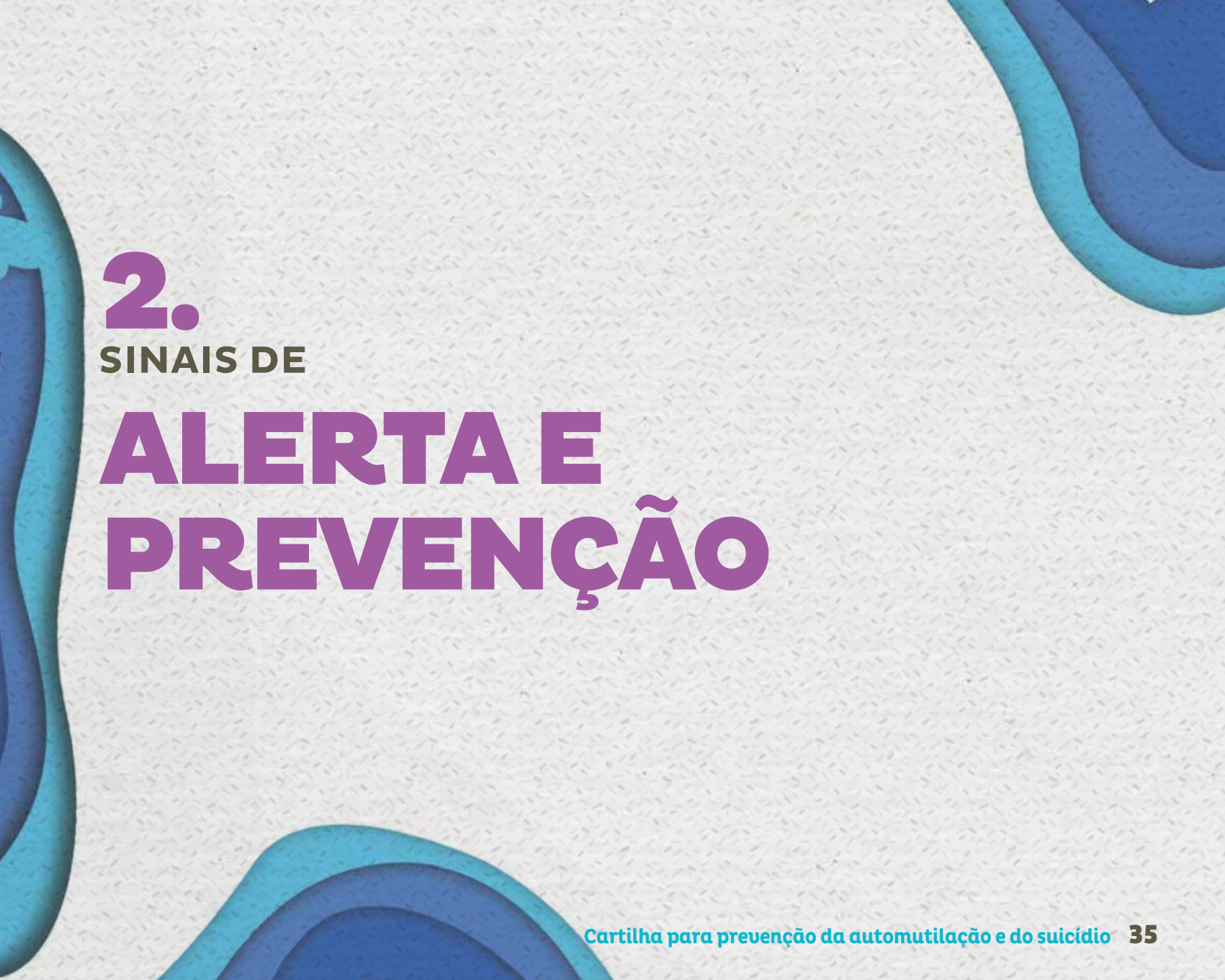
As estratégias de contato direto e indireto parecem ter efeitos similares sobre a redução do estigma. Estratégias de contato com bases educacionais, em que os indivíduos são ensinados sobre saúde mental antes, durante ou depois do contato com alguém do grupo estigmatiza-




do, também parecem ter efeitos similares sobre a redução do estigma (MAUNDER; WHITE, 2019).

Tendo como base estas pesquisas, intervenções que permitam que as pessoas tenham esclarecimentos sobre saúde mental e contato respeitoso com pessoas com transtornos mentais podem auxiliar na redução do estigma frente a essas condições e, conseqüentemente, frente ao suicídio e à automutilação. A implementação destas estratégias é facilitada com este contato indireto, feito com suporte de vídeos ou outras mídias, estimulando a pessoa a observar o contato entre outro indivíduo e alguém do grupo estigmatizado.





# **2.** **SINAIS DE** **ALERTA E** **PREVENÇÃO**



## 2.1. FATORES QUE AUMENTAM O RISCO PARA A AUTOMUTILAÇÃO E PARA O SUICÍDIO

**S**ão diversos os fatores que levam um indivíduo a cogitar a automutilação e/ou o suicídio. Dentre eles, os três principais são: **tentativa prévia de suicídio, transtornos mentais e histórico genético e familiar** (OMS, 2014). Além destes, é importante ressaltar fatores epigenéticos, características sociodemográficas, características de personalidade, ambiente familiar caótico, traumas, abuso sexual, físico e/ou emocional, estresse e relações interpessoais disfuncionais. Para a ocorrência de comportamentos autodestrutivos, um fator de risco isolado não tem a mesma influência do que fatores combinados

(FRANKLIN *et al.*, 2017). Quanto mais fatores de risco, maior a probabilidade de a pessoa se automutilar e/ou fazer uma tentativa de suicídio.



### SAIBA MAIS

O diagnóstico de um transtorno mental é clínico e complexo. Nenhum exame consegue fazer o diagnóstico de um transtorno mental, porém, às vezes, algum exame pode ser necessário para descartar doenças clínicas que apresentam alterações comportamentais.

**A SEGUIR, TRAZEMOS UMA BREVE EXPLICAÇÃO SOBRE OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO.**

### **Tentativa prévia de suicídio**

É considerado o principal preditor de suicídio. O primeiro ano após uma tentativa de suicídio é o período de maior risco para repetição desse comportamento. Quanto mais tentativas e quanto menor o intervalo de tempo entre elas, maior a chance de suicídio (OMS, 2014).

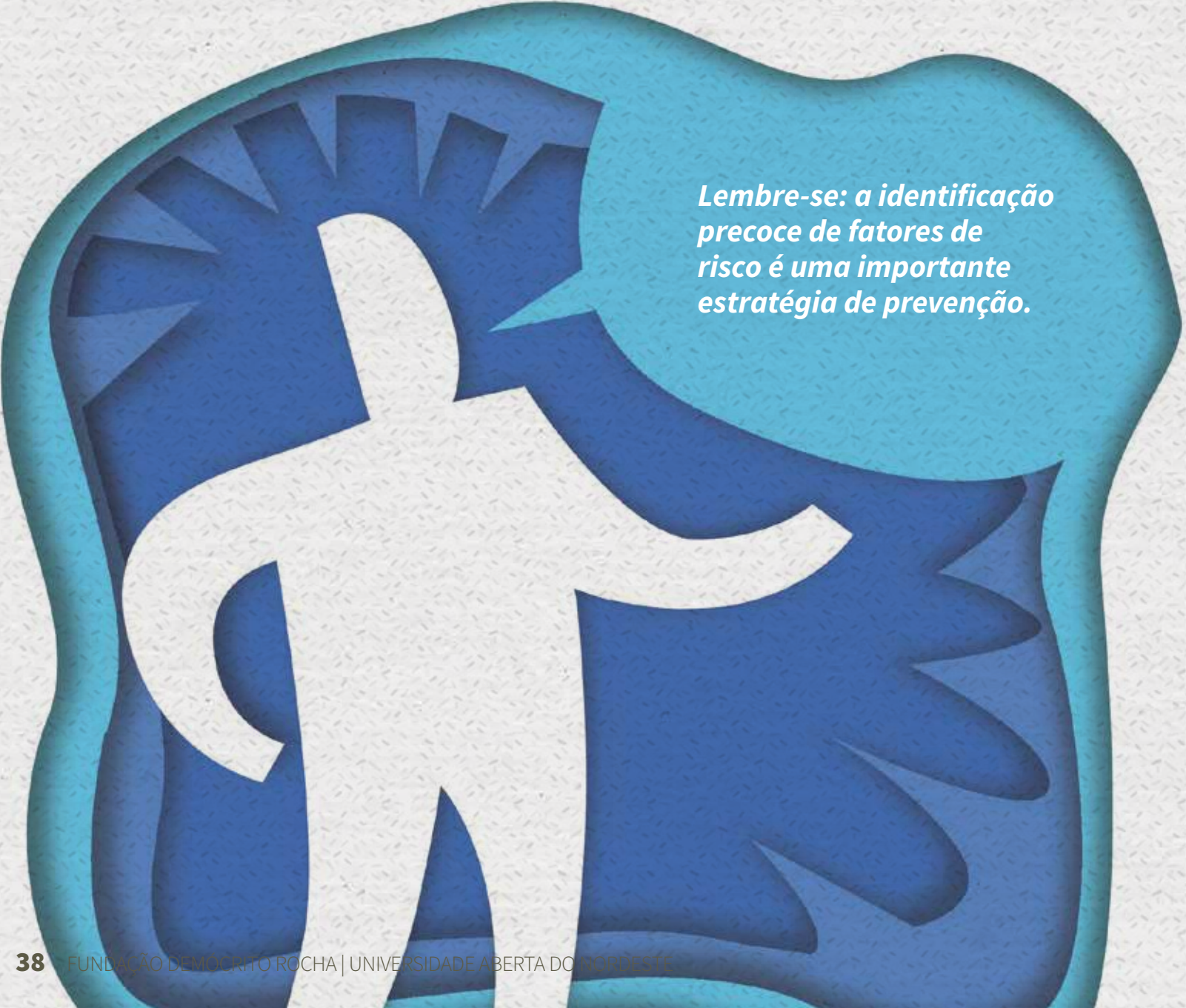
### **Histórico genético e familiar**

O risco de suicídio ou de automutilação aumenta se o indivíduo possui membros na sua família com histórico desses comportamentos. A interação de componentes genéticos e ambientais favorece o desenvolvimento desses eventos (OMS, 2006; STUART-BOTTÓ, 2020). Isso pode ocorrer, em parte, devido à herança de traços de personalidade,



como a impulsividade, assim como à transmissão de padrões de comportamentos disfuncionais aprendidos na infância e na adolescência.

### **Transtornos mentais**

Segundo dados do Ministério da Saúde, 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes, enquanto mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves, decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2007).

A stylized illustration of a human figure in white, set against a background of blue and teal shapes. The figure is positioned in the center-left. To its right, a large, light blue speech bubble contains text. The background consists of various shades of blue and teal, with some areas having a textured, stippled appearance. The overall style is modern and graphic.

*Lembre-se: a identificação precoce de fatores de risco é uma importante estratégia de prevenção.*



A diferença entre uma emoção típica e uma patológica é a intensidade. No diagnóstico de um transtorno mental, outros critérios precisam ser avaliados, como as distorções cognitivas, os comportamentos disfuncionais, a desregulação das emoções e os prejuízos para o desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo. No caso de crianças e adolescentes, o diagnóstico do transtorno mental apresenta uma maior dificuldade, pois os sintomas podem ser confundidos com características típicas dessas fases do desenvolvimento.

## SAIBA MAIS

### VOCÊ SABIA?

Dentre as pessoas que morrem por suicídio, a maioria sofre de algum transtorno mental, sendo, às vezes, não diagnosticado, não tratado adequadamente ou não tratado. O risco de comportamentos autodestrutivos é maior quando há associação entre dois ou mais transtornos, como no caso de uma pessoa com depressão e dependência de álcool.



Sempre que houver sinais de que algo não vai bem com crianças e adolescentes, faz-se importante a avaliação médica e psicológica. Vários outros problemas na infância e na adolescência podem vir acompanhados de alteração do humor e do comportamento. Portanto, é preciso uma avaliação criteriosa, considerando estes problemas para um diagnóstico diferencial. São eles: luto ou dificuldade de adapta-

ção, transtorno opositivo desafiador, transtornos por uso de substâncias, hipotireoidismo, anemia, infecções, câncer e doenças autoimunes (ROCHA *et al.*, 2013).

Entre os transtornos mentais associados ao comportamento suicida, podemos citar alguns: (1) transtorno depressivo; (2) transtorno bipolar (TB); (3) transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); (4) transtorno de ansiedade; (5) transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e (6) transtorno alimentar.



## DEPRESSÃO

A adolescência é um período marcado por grandes mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Nesse período, há um risco maior do desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, sendo comum a depressão (BATTEL, 2020).

A depressão é um distúrbio de humor caracterizado por comprometimentos cognitivos, emocionais e sociais, sendo um dos mais associados ao suicídio. A incidência estimada é de 0,5% em crianças de 3 a 5 anos, 2% em crianças de 6 a 11 anos e até 12% em crianças de 12 a 17 anos (MULLEN, 2018). Em adolescentes, a depressão é menos diagnosticada do que em adultos, possivelmente devido a fatores como oscilações dos sintomas, reatividade do humor e irritabilidade excessiva.

O que diferencia a depressão de tristeza é a intensidade, a persistência e as mudanças nos hábitos dos acometidos pela doença (QUEVEDO; NARDI; DA SILVA, 2019).

O quadro a seguir mostra os sintomas mais comuns da depressão, de acordo com a faixa etária.

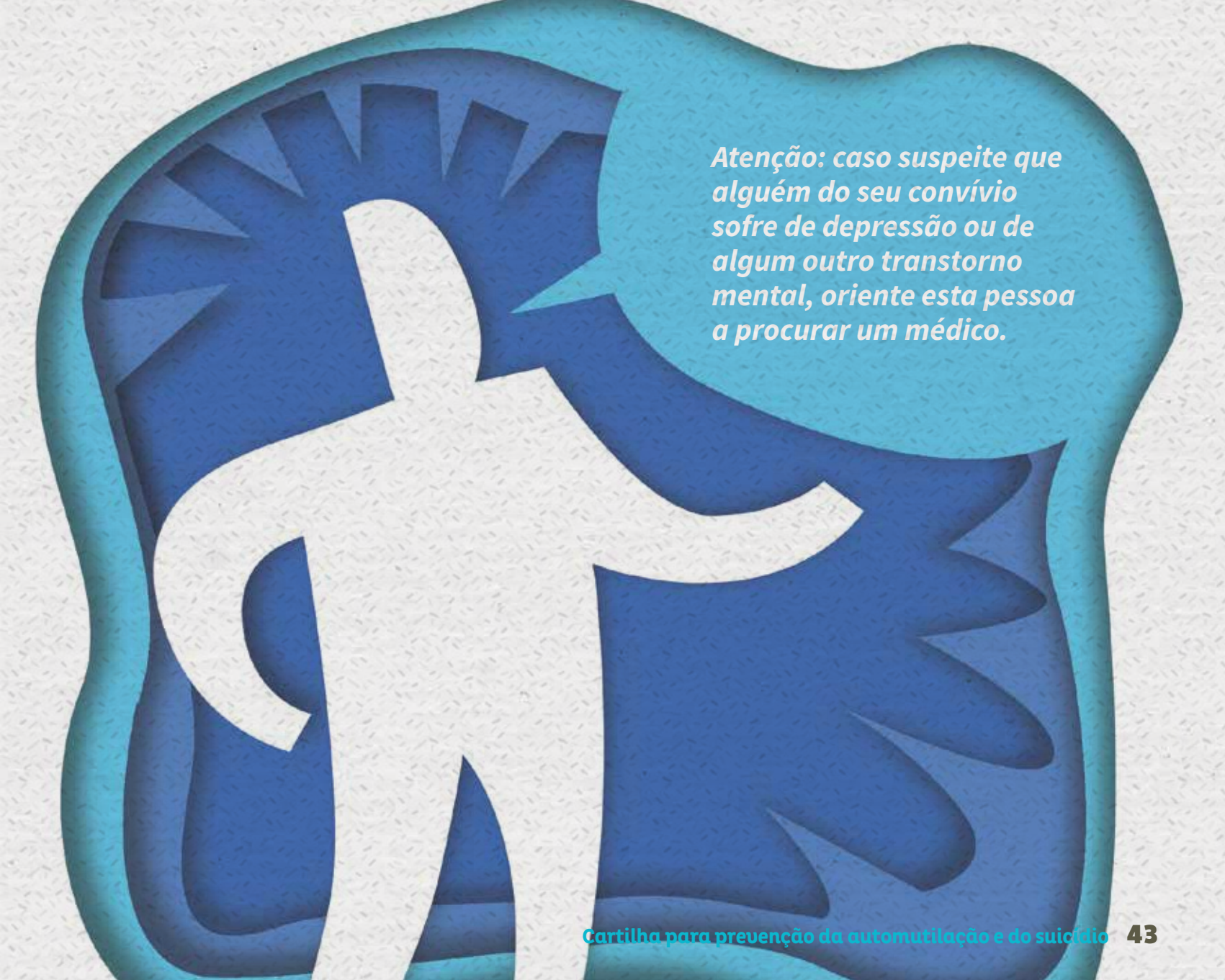


#### Quadro 4. Idade e variação da apresentação clínica

3 a 5 anos	Problemas na verbalização, interesse acentuadamente diminuído em brincadeiras (dificuldade em se divertir), temas autodestrutivos nas brincadeiras, pensamentos de incapacidade ou suicídio e queixas somáticas. Os sintomas não precisam estar presentes por duas semanas.
6 a 8 anos	Problemas de verbalização, aumento de queixas somáticas, choro ou gritos, irritabilidade inexplicável, perda da capacidade de sentir prazer (anedonia).
9 a 12 anos	Baixa autoestima, culpa, desesperança, tédio (manifestação da anedonia), isolamento social e medo da morte.
13 a 18 anos	Maior irritabilidade, impulsividade e mudanças de comportamento, notas reduzidas e baixo desempenho escolar, aumento do sono e apetite, risco de suicídio semelhante aos adultos, aumento da probabilidade de curso crônico de depressão, associação genética mais forte.
Acima de 19 anos	Sintomas semelhantes à apresentação nos adultos.

Fonte: Adaptado de MULLEN (2018)

Uma atenção especial deve ser dada às manifestações observáveis, como alterações nos padrões de sono, irritabilidade, baixo desempenho acadêmico e retraimento social (ROCHA *et al.*, 2013)

A stylized illustration of a person in white silhouette, standing against a background of layered blue and teal shapes that resemble a sun or a large hand. A speech bubble is positioned to the right of the person's head.

*Atenção: caso suspeite que alguém do seu convívio sofre de depressão ou de algum outro transtorno mental, oriente esta pessoa a procurar um médico.*

## TRANSTORNO BIPOLAR

O transtorno bipolar (TB) é um transtorno que interfere no desenvolvimento emocional, cognitivo e social ao longo da vida. Os pacientes têm um risco aumentado de abuso de substâncias (álcool e outras drogas), problemas legais e tentativas de suicídio (ROCHA *et al.*, 2013). A característica mais significativa é a alteração persistente e prejudicial do humor, variando entre mania, hipomania ou depressão. Os jovens frequentemente apresentam a forma atípica da doença. O humor irritável é mais frequente do que a euforia, e o curso da doença tende a ser mais crônico. Em jovens, quando comparados com adultos, há uma instabilidade maior, mais sintomas mistos (depressão e mania concomitantes) e psicóticos (ROCHA *et al.*, 2013).

### ALGUNS SINTOMAS DO TB NA ADOLESCÊNCIA:

- Oscilações de humor repentinas;
- Variação de estados de depressão e euforia;
- Episódios prolongados de raiva ou fúria;
- Ansiedade ou preocupação excessivas;
- Hiperatividade e excitabilidade;
- Alterações no padrão de sono (dificuldades para dormir e acordar, terror noturno ou despertares recorrentes durante o sono);
- Dificuldades de concentração, planejamento, tomada de decisão e memória;
- Verborragia (fala excessiva e rápida);
- Comportamento sexual de risco, principalmente na fase de mania.

(APA, 2013; DOME; RIHMER; GONDA, 2019)

### SINAIS DE ALERTA PARA IDEIAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR:

- Humor deprimido;
- Queda do rendimento escolar;
- Isolamento social;
- Negligência com cuidados pessoais;
- Preocupação com temas relacionados à morte;
- Aumento da irritabilidade, crises intensas de raiva;
- Ato de desfazer-se de pertences;
- Uso de álcool e/ou outras drogas;
- Alterações no padrão do sono e/ou apetite;
- Uso de expressões melancólicas e "autodestrutivas", como "a vida não tem mais sentido" e "quero sumir";
- Ausência de planos para o futuro.

(APA, 2013)

O diagnóstico, como na maioria dos diagnósticos em psiquiatria, é baseado em uma cuidadosa revisão dos sintomas e em várias fontes de informação. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado podem reduzir os prejuízos causados pelo transtorno.

### **TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS**


O uso de álcool tem uma maior prevalência por ser uma droga lícita, de fácil acesso e culturalmente aceita. Considerando-se todas as faixas etárias, o uso abusivo de álcool e tabaco tem consequências negativas para a saúde pública mundial (BRASIL, 2003).

Os adolescentes são mais vulneráveis aos efeitos do uso de substâncias e apresentam um risco maior de envolvimento em acidentes, brigas, atividades sexuais de risco ou indesejadas, overdose, distúrbios de

saúde mental e baixo rendimento escolar.

No uso/abuso de substâncias, é comum a presença de outros transtornos mentais – depressão, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno bipolar –, o que pode ocasionar um atraso na realização do diagnóstico diferencial.



A stylized graphic illustration of a person in white, standing against a background of blue and teal shapes. A speech bubble is positioned to the right of the person's head, containing text. The overall style is modern and abstract.

*Atenção: o uso abusivo de álcool ou outras drogas aumenta a impulsividade e eleva o grau de letalidade das tentativas de suicídio (WIENER et al., 2018).*

*Pelo menos 20% das pessoas que tentaram suicídio fizeram uso de álcool nas seis horas que antecederam a tentativa, e 10% da amostra teve dependência de substâncias (DIEHL; LARANJEIRA, 2009).*

## TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª Edição (DSM-V), os transtornos de ansiedade englobam transtorno de ansiedade generalizada (TAG), fobias, transtorno de pânico (TP), transtorno de ansiedade de separação (TAS) e mutismo seletivo (APA, 2013). Já o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e o transtorno obsessivo compulsivo (TOC), classificados anteriormente no DSM-IV como transtornos de ansiedade, ganharam capítulos à parte no DSM-5, denominados, respectivamente, de Trauma e Transtornos Relacionados ao Estresse e Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos Associados. Cada um destes distúrbios tem um conjunto de sintomas específicos.

O TAG é caracterizado pela preocupação excessiva com uma série de eventos ou atividades, como o


desempenho escolar ou profissional. Os sintomas causam sofrimento ou comprometimento significativo em aspectos pessoais, sociais e acadêmicos. As fobias, também consideradas transtornos de ansiedade, envolvem medos exagerados, irracionais e persistentes de um objeto ou situação. São exemplos de fobias a aracnofobia (fobia de aranha), a aerofobia (fobia de avião) e a claustrofobia (fobia de ambientes fechados).

O transtorno de pânico se caracteriza por crises de ansiedade repentinas acompanhadas de sintomas físicos como falta de ar, taquicardia e outros. O TAS envolve ansiedade exacerbada de ficar separado das pessoas com as quais se tem um forte vínculo. Finalmente, o mutismo seletivo consiste na dificuldade de comunicação da criança em algumas situações específicas (APA, 2013).

Como a depressão, a ansiedade é comumente expressa nos adoles-

centes por sintomas físicos, como aceleração dos batimentos cardíacos, falta de ar, dores de cabeça, dores de estômago, náusea, vômito, diarreia, tensão muscular e dificuldade para dormir (SALUM *et al.*, 2013). Muitos adolescentes podem não reconhecer estes sintomas como sinais de um transtorno mental.

Os sintomas podem ser tão avassaladores que os jovens podem se sentir incapazes de lidar com a situação, o que pode culminar em ideação suicida. Portanto, é necessário escutar atentamente os jovens quando eles relatam suas crises de ansiedade, encaminhando-os para os centros de atendimento psiquiátrico e psicológico. Tratar os transtornos de ansiedade é uma estratégia importante para a prevenção ao suicídio.



*Atenção: quem trabalha com jovens deve ter cuidado para não subestimar a gravidade da ansiedade, do transtorno de estresse pós-traumático ou do transtorno obsessivo compulsivo, estejam eles isolados ou associados com a depressão (comorbidade).*



## TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um dos distúrbios mais comuns da infância, caracterizado por sintomas de impulsividade, desatenção e/ou hiperatividade dominantes, persistentes e inadequados à idade. Ao contrário do que muitos pensam, a preva-

lência tem se mantido estável ao lon-

go das três últimas décadas, sugerindo que o aumento do diagnóstico na população se deve ao maior reconhecimento clínico (POLANCZYK *et al.*, 2014).

Segundo o DSM-5, o TDAH resulta em comprometimento funcional, incluindo baixo desempenho acadêmico e/ou profissional, bem como prejuízos sociais. Os sintomas do TDAH vão de leves a graves, sendo necessária sua manifestação antes dos 12 anos de idade em, pelo menos, dois ambientes diferentes. É importante ressaltar que as pessoas com TDAH apresentam prejuízos em funções executivas, como no planejamento, na tomada de decisões e na organização de ideias. O Quadro 5 ilustra outros sintomas característicos do TDAH.



## Quadro 5. Sintomas de TDAH

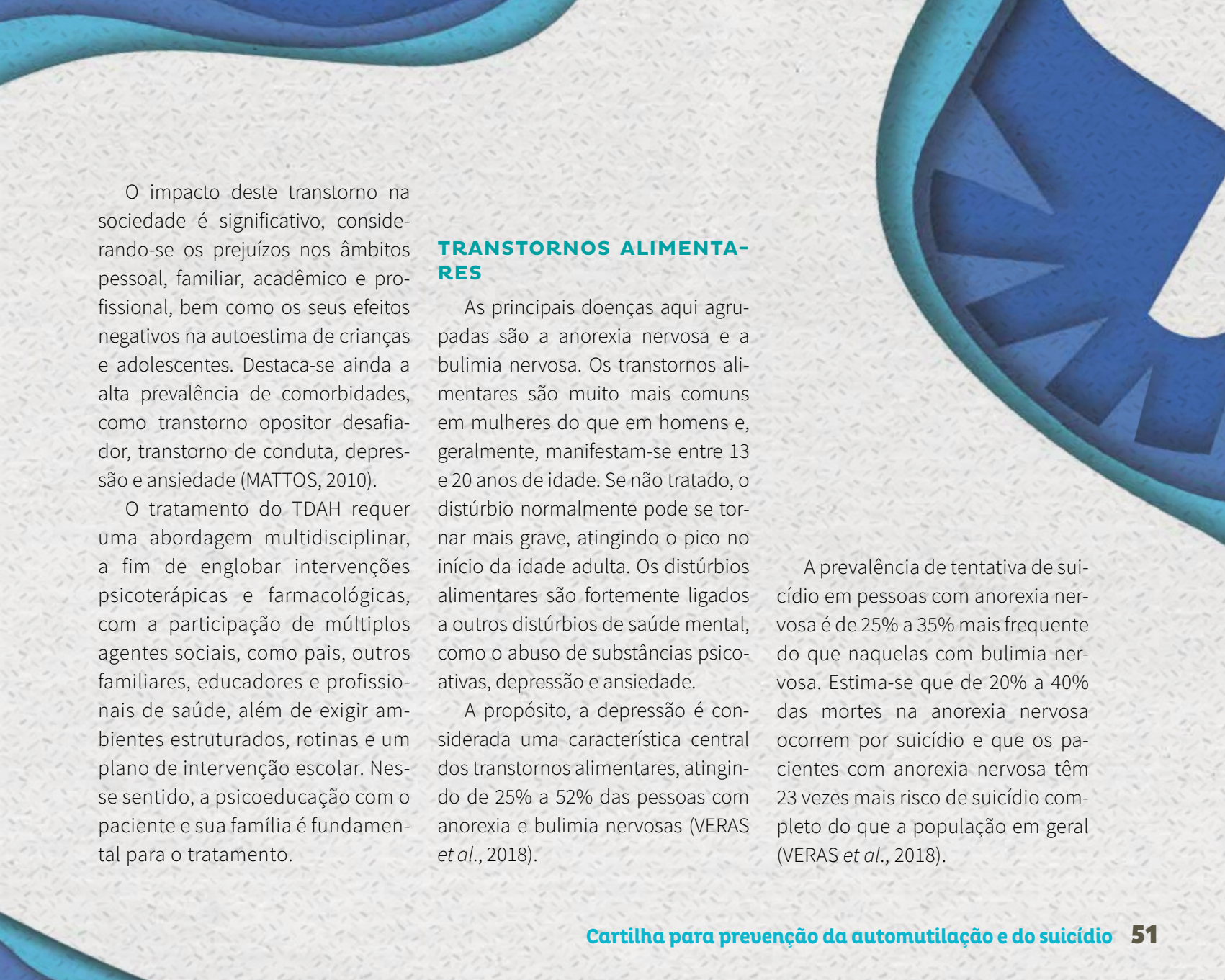
### Desatenção:

- Ter dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho;
- Ter dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- Parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- Não seguir instruções e não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais;
- Ter dificuldade em organizar tarefas e atividades;
- Evitar ou relutar em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental prolongado;
- Perder facilmente objetos;
- Distrair-se facilmente por estímulos alheios à tarefa;
- Apresentar esquecimentos em atividades diárias.

### Hiperatividade e Impulsividade:

- Agitar as mãos ou os pés e/ou se remexer na cadeira frequentemente;
- Ter dificuldade em permanecer parado e/ou sentado em determinadas situações (por exemplo: não conseguir ficar sentado durante as aulas);
- Movimentar-se em excesso, subir em locais altos, correndo riscos desnecessários;
- Ter dificuldade em brincar ou em se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- Estar frequentemente muito agitado;
- Falar em excesso;
- Antecipar respostas antes de as perguntas serem finalizadas
- Ter dificuldade em esperar (por exemplo: ordem da fila, sua vez de falar).
- Fazer colocações em assuntos que não lhes dizem respeito.

Fonte: RODHE, 2010; APA, 2013 com modificações.



O impacto deste transtorno na sociedade é significativo, considerando-se os prejuízos nos âmbitos pessoal, familiar, acadêmico e profissional, bem como os seus efeitos negativos na autoestima de crianças e adolescentes. Destaca-se ainda a alta prevalência de comorbidades, como transtorno opositor desafiador, transtorno de conduta, depressão e ansiedade (MATTOS, 2010).

O tratamento do TDAH requer uma abordagem multidisciplinar, a fim de englobar intervenções psicoterápicas e farmacológicas, com a participação de múltiplos agentes sociais, como pais, outros familiares, educadores e profissionais de saúde, além de exigir ambientes estruturados, rotinas e um plano de intervenção escolar. Nesse sentido, a psicoeducação com o paciente e sua família é fundamental para o tratamento.

## **TRANSTORNOS ALIMENTARES**

As principais doenças aqui agrupadas são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Os transtornos alimentares são muito mais comuns em mulheres do que em homens e, geralmente, manifestam-se entre 13 e 20 anos de idade. Se não tratado, o distúrbio normalmente pode se tornar mais grave, atingindo o pico no início da idade adulta. Os distúrbios alimentares são fortemente ligados a outros distúrbios de saúde mental, como o abuso de substâncias psicoativas, depressão e ansiedade.

A propósito, a depressão é considerada uma característica central dos transtornos alimentares, atingindo de 25% a 52% das pessoas com anorexia e bulimia nervosas (VERAS *et al.*, 2018).

A prevalência de tentativa de suicídio em pessoas com anorexia nervosa é de 25% a 35% mais frequente do que naquelas com bulimia nervosa. Estima-se que de 20% a 40% das mortes na anorexia nervosa ocorrem por suicídio e que os pacientes com anorexia nervosa têm 23 vezes mais risco de suicídio completo do que a população em geral (VERAS *et al.*, 2018).

**Quadro 6.** Sintomas de anorexia nervosa e bulimia nervosa.

**Anorexia nervosa:**

- Distorção da imagem corporal;
- Negação da gravidade do baixo peso corporal;
- Restrição da ingestão de alimentos, levando ao baixo peso corporal, considerando-se a idade, o gênero, a trajetória do desenvolvimento e a saúde física;
- Medo intenso de ganhar peso.

**Anorexia nervosa:**

- Episódios recorrentes de compulsão alimentar, nos quais uma grande quantidade de comida é consumida em um curto intervalo de tempo, juntamente com a sensação de que não se pode parar de comer ou controlar o que ou quanto se está comendo;
- Comportamentos inapropriados recorrentes para compensar a compulsão alimentar e evitar o ganho de peso, como indução de vômitos, uso indevido de laxantes e diuréticos, jejum ou exercício excessivo;
- Percepção distorcida da imagem corporal.

**Lembrete:** para a identificação, é necessário que a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorram no mínimo uma vez por semana durante 3 meses, em média.

Fonte: APA, 2013.

## OUTROS FATORES DE RISCO

- **Comportamento impulsivo**

O comportamento suicida em adolescentes é frequentemente associado a comportamentos impulsivos ou agressivos-impulsivos, particularmente no contexto de depressão, uso de álcool ou outras drogas ou transtorno bipolar (ABP, 2014). O uso de álcool ou outras drogas pode intensificar a impulsividade e aumentar o risco de suicídio.

- **Eventos precipitantes ou estressores imediatos**

Como mencionado no início deste capítulo, os três maiores fatores de risco para suicídio são a **tentativa prévia de suicídio**, os **transtornos mentais** e o **histórico genético e familiar de comportamento suicida** (OMS, 2014). Eles são considerados fatores predisponentes para o suicídio, ou seja, estão dentro de um conjunto de fatores de risco que ocorrem ao longo da vida e que contribuem para que a pessoa desista de viver. Entretanto, existem os fa-

tores que chamamos de precipitantes ou precipitadores para suicídio, isto é, a “gota d’água”: eventos que levam o indivíduo a um nível de sofrimento percebido como insuportável e que contribuem, como último impulso, para a decisão final de tirar a própria vida.

Negligência, rompimento de vínculos afetivos (separações), perda de um ente querido, crise financeira, *bullying* e *cyberbullying*, violências (física, sexual e/ou emocional), humilhação e execração pública (por exemplo: ter um vídeo íntimo divulgado por outra pessoa nas redes sociais) são alguns exemplos de fatores precipitantes.

Os eventos estressantes, também considerados como fatores precipitantes do suicídio, podem levar adolescentes a um quadro de sofrimento e adoecimento mental (depressão, ansiedade e transtorno bipolar, dentre outros), que pode eventualmente evoluir para um comportamento suicida. Entretanto, é importante ressaltar que a maioria dos adolescentes, mesmo diante de situações adversas, não se suicida.



## **Quadro de reflexão:**

### **A relação entre impulsividade e os comportamentos autolesivos**

A impulsividade é uma característica muito estudada e tem sido associada a diversos comportamentos de risco, incluindo comportamentos autolesivos e suicidas. Conforme vimos anteriormente, o principal fator que leva aos comportamentos autolesivos sem intenção suicida é a tentativa de regulação emocional. Nota-se que a presença de um estado afetivo negativo pode aumentar a chance de comportamentos impulsivos. Sendo assim, a impulsividade pode aumentar a vulnerabilidade de uma pessoa, levando-a ao envolvimento em comportamentos disfuncionais – como a autolesão –, para buscar um alívio da dor emocional (LOCKWOOD *et al.* 2017).

As pesquisas apontam a relação entre comportamentos autolesivos e impulsividade. Existem vários tipos de impulsividade, e, segundo estudos, a impulsividade mais relacionada aos comportamentos autolesivos é a urgência negativa, ou seja, quando as emoções negativas (raiva, tristeza, ansiedade, preocupação, dentre outros sentimentos) levam uma pessoa a agir de forma que não agiria normalmente e a ter comportamentos autolesivos (LOCKWOOD *et al.*, 2017).

Nesse sentido, é importante avaliar a impulsividade em casos de risco de autolesão como medida preventiva para esses comportamentos. A Escala Barrat Impulsiveness Scale (BIS-11) é um instrumento clássico de avaliação de impulsividade, que mensura a impulsividade atencional, a impulsividade motora e a impulsividade por falta de planejamento. Já a escala de comportamento impulsivo UPPS-P investiga cinco dimensões: urgência negativa (já explicada anteriormente); falta de premeditação (agir no calor do momento sem refletir sobre as consequências); falta de persistência (desistir facilmente de uma atividade que requer mais resistência); busca de sensações (maior predisposição a correr riscos); e urgência positiva (busca por comportamentos de risco para gerar emoções positivas) (GARCIA, 2018).

Nesse âmbito, uma outra escala bastante utilizada no Brasil é o Questionário de Impulsividade, Autoagressão e Ideação Suicida para Adolescentes (QIAIS-A). Uma das vantagens dessa escala em relação à BIS 11 e à UPPS-P é que, além de avaliar a impulsividade, ela possibilita investigar comportamentos autolesivos, ideação suicida e a correlação entre esses fenômenos, facilitando o trabalho dos profissionais da saúde que atuam nessa área (PEIXOTO *et al.*, 2019).

Uma vez identificado o papel da impulsividade por urgência negativa nos comportamentos autolesivos, intervenções voltadas para a regulação das emoções, análise das consequências e posterior tomada de decisão são importantes para aqueles que apresentam ideações ou comportamentos autolesivos.

- **Maus-tratos e violência doméstica**

Maus-tratos como negligência, abuso físico, emocional e/ou sexual e violência doméstica são graves fatores de risco para comportamentos autolesivos em adolescentes. Um ambiente hostil e conflituoso contribui significativamente para a baixa autoestima e para o sofrimento psicológico. Nesse contexto, as habilidades para lidar com adversidades ficam comprometidas. Uma das consequências é a crença de que a única solução seja tirar a própria vida. Todavia, o suporte familiar e a adesão ao tratamento, quando necessário, contribuem para que esses jovens encontrem razões para viver e para não desistir da vida.

- **Bullying**

Com maior prevalência na adolescência, o *bullying* é um fenômeno que envolve agressão física e/ou emocional sistemática, podendo acarretar prejuízos biopsicossociais ao longo da vida (FERREIRA, 2020). Nesse âmbito, uma prática muito comum tem sido o *cyberbullying*, que consiste no *bullying* praticado nas redes sociais.



## SAIBA MAIS

O *bullying* é um tipo de violência física e/ou psicológica realizada de maneira intencional e repetida, com o objetivo de agredir, intimidar, isolar, difamar ou discriminar a vítima.

Há evidências de que pessoas que sofrem *bullying* têm mais chances de desenvolver depressão e comportamentos suicidas (VAN GEEL; WEBBER; TANILON, 2014).



## Quadro de reflexão:

### A relação do *bullying* com comportamentos autolesivos

O *bullying* é um tema cada vez mais abordado na mídia e na literatura científica. É comum que conflitos e desentendimentos aconteçam quando nos engajamos em relações sociais, assim como podem acontecer algumas provocações em ocasiões específicas, sem intenção de causar sofrimento ou danos interpessoais. Embora essas situações possam causar desconforto, elas também oferecem contextos para que as crianças e os adolescentes criem estratégias para lidar com conflitos de maneira assertiva e aprendam a resolver os problemas e as suas emoções.

O *bullying* se diferencia dessas situações por ser um tipo de violência física ou psicológica perpetrada de maneira intencional e sistemática (repetida), com o objetivo de agredir, intimidar, isolar, difamar ou discriminar a vítima. Vítimas de *bullying* sofrem grave angústia emocional associada à violência psicológica ou física às quais estão sendo submetidas, além de marginalização social e redução do status diante de colegas e amigos.

Nesse sentido, a presença de transtornos mentais internalizantes, como depressão e ansiedade, é mais frequente em vítimas de *bullying* (KARANIKOLA *et al.*, 2018). Devido a essa relação, é mais comum que jovens que sofrem *bullying* apresentem comportamentos autolesivos e suicidas. É importante saber identificar casos de *bullying* e estar atento para intervir de maneira incisiva na situação. O quadro abaixo traz algumas características de jovens que sofrem e praticam *bullying*.

### **Sinais de que a criança está sofrendo *bullying***

- Passa a evitar a escola;
- Chora excessivamente;
- Reclama de dores de cabeça ou de barriga;
- Passa a apresentar dificuldades de sono;
- Apresenta queda no desempenho escolar ou perda do interesse na escola;
- Passa a se isolar dos colegas e a interagir menos com os amigos;
- Apresenta ferimentos e hematomas ou tem o seu material escolar destruído;
- Separa facas ou outros objetos para tentar se defender;
- Expressa sentimentos de desesperança e tristeza.

### **Sinais de que a criança pratica *bullying***

- Inicia brigas físicas ou verbais com frequência;
- É agressiva em diversos contextos;
- Culpa os outros pelas próprias ações;
- Tem dificuldades em controlar as emoções, em especial a raiva;
- Não se responsabiliza pelos seus erros;
- Comanda ações de exclusão de outros colegas;
- Preocupa-se com a sua posição de popularidade.

Atenção: uma mesma pessoa pode ser o alvo dessas práticas e praticar *bullying* com outras pessoas. Ao presenciar uma situação de *bullying*, qualquer adulto deve intervir no mesmo momento para evitar que a situação prossiga. Nesse sentido, o adulto deve:

- 1) Parar o comportamento de *bullying*;
- 2) Explicar que aquela situação se configura como *bullying*;
- 3) Caso o *bullying* esteja relacionado a um membro da equipe escolar, definir com o agressor quais são as políticas da escola em relação ao *bullying*;
- 4) Falar com o agressor e com a vítima separadamente;
- 5) Notificar o caso aos supervisores, coordenadores ou diretor da escola.

Vale notar que o *bullying* configura situação de agressão e vitimização, ou seja, não é um conflito em que as duas partes têm igual responsabilidade. Desse modo, estratégias de mediação de conflitos no momento da agressão, como estabelecer um diálogo entre os dois alunos, não costuma funcionar e pode gerar impactos negativos sobre a vítima (SWEARER; ESPELAGE; NAPOLITANO, 2009).

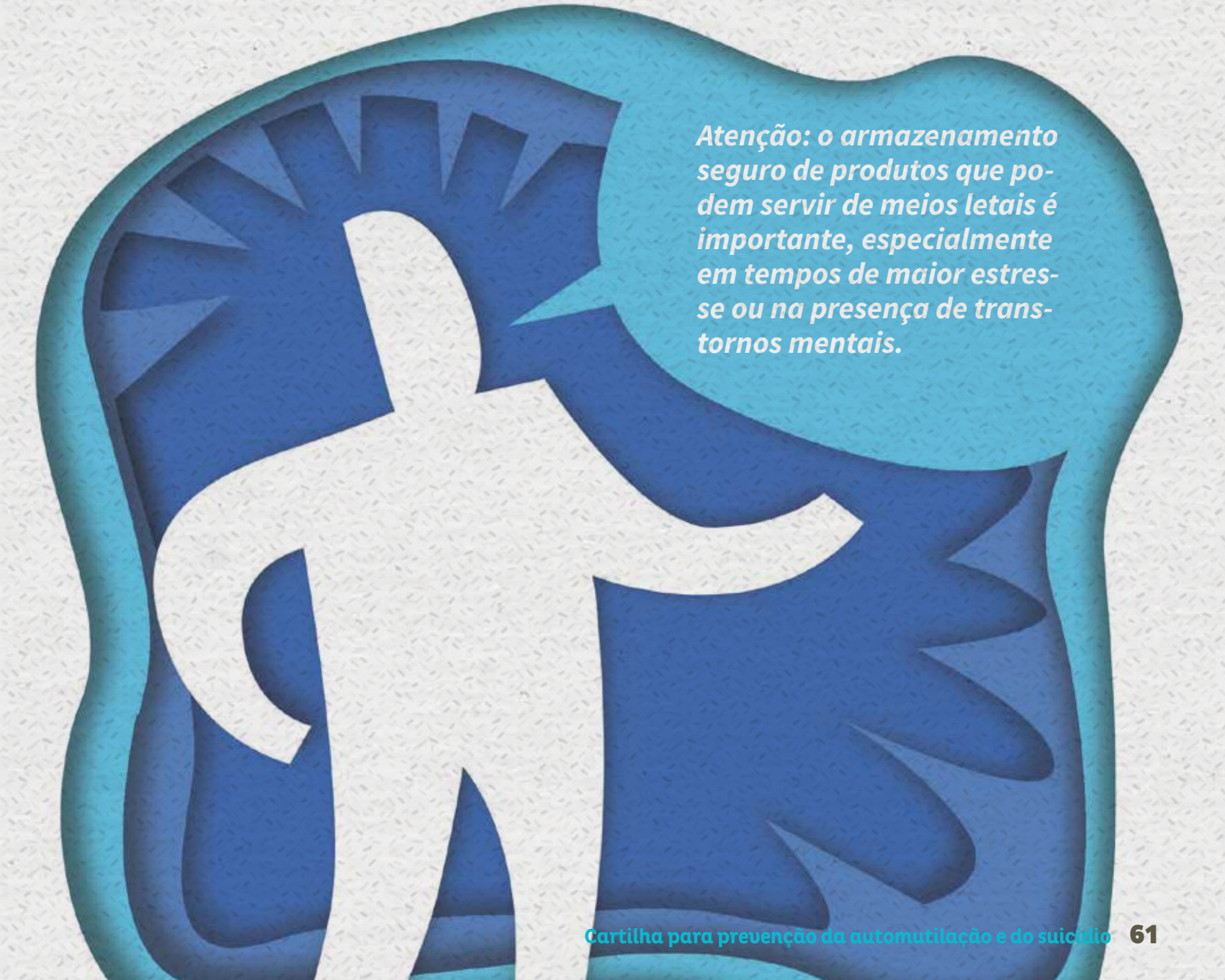


- **Acesso a meios letais**

O acesso aos meios letais aumenta significativamente o risco de suicídio, inclusive entre os adolescentes. Particularmente, o acesso aos meios letais para pessoas com transtornos mentais é algo ainda mais arriscado.

**FIQUE ATENTO AOS SINAIS DE COMPORTAMENTO SUICIDA DURANTE AS CONSULTAS MÉDICAS!**

De acordo com Corrêa e Barrero (2006), aproximadamente 60% das pessoas que tiraram a própria vida estiveram em uma consulta médica nos dias ou nas semanas anteriores ao suicídio, na qual expressaram o desejo de morrer. Diante disso, os médicos e demais profissionais de saúde precisam ficar atentos aos fatores de risco e de proteção, além de trabalharem, com o indivíduo e sua família, a psicoeducação, uma vez que esta é uma ferramenta efetiva na prevenção da violência autoprovocada.

A stylized human figure in white, standing with arms slightly out, is centered against a dark blue background. Behind the figure is a sunburst pattern of dark blue rays. The entire scene is framed by a light blue, irregular border. A speech bubble containing text is positioned in the upper right quadrant.

*Atenção: o armazenamento seguro de produtos que podem servir de meios letais é importante, especialmente em tempos de maior estresse ou na presença de transtornos mentais.*

A seguir, trazemos um breve resumo dos fatores de risco.

**Quadro 7.** Alguns fatores de risco para automutilação e suicídio

### Alguns fatores de risco para automutilação e suicídio

Fatores de risco individuais	Fatores de risco sociais	Fatores de risco ambientais
<ul style="list-style-type: none"><li>• História prévia de tentativa de suicídio</li><li>• Desesperança</li><li>• Abuso de álcool e drogas</li><li>• Histórico de transtornos mentais</li><li>• Deficit cognitivos</li><li>• Comportamentos impulsivos</li><li>• Não adesão ao tratamento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• História familiar de suicídio</li><li>• Desemprego</li><li>• <i>Bullying</i></li><li>• História de abuso sexual e/ou emocional</li><li>• Situação atual ou prévia de violência</li><li>• Baixo nível socioeconômico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acesso aos meios letais</li><li>• Mídias</li><li>• Dificuldades de acesso a tratamento de saúde mental</li></ul>

## A RELAÇÃO ENTRE ASIS E SUICÍDIO

A autolesão sem intenção suicida (ASIS) é um importante fator de risco para o suicídio. É importante avaliar a relação entre ambos (ASIS e suicídio), considerando-se os aspectos clínicos e de saúde pública (GUAN; FOX; PRINSTEIN, 2012; MUEHLENKAMP; BRAUSCH; WASHBURN, 2017).

Existem algumas diferenças entre ASIS e tentativas de suicídio (TS). Dentre elas, destacam-se (KLONSKY *et al.*, 2011):

- **Intencionalidade:** na ASIS, a intenção principal é o alívio da dor emocional, enquanto nas TS a intenção é causar a própria morte;
- **Dano médico:** é maior nas TS do que em episódios de ASIS;
- **Frequência:** é maior em episódios de ASIS do que nas TS;
- **Letalidade:** é maior nas TS do que na ASIS.

Apesar das diferenças, ASIS e suicídio também apresentam características semelhantes. Nota-se que eles convergem em pelo menos dois pontos: (1) a experiência de sofrimento emocional e (2) a experiência de infligir dor e lesão a si mesmo (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013).

Além disso, há fatores de risco convergentes entre comportamento suicida e ASIS, como pode ser visto no Quadro 8 (MARS *et al.*, 2014).



**Quadro 8.** Fatores de risco convergentes e divergentes entre comportamentos autolesivos com e sem intenção suicida

<b>Fatores de risco convergentes e divergentes entre comportamentos</b>		
<b>Fatores de risco compartilhados</b>		
Fatores de risco igualmente associados com comportamentos autolesivos com e sem intenção suicida	Fatores de risco mais fortemente associados aos comportamentos de autolesão com intenção suicida	Fatores de risco mais fortemente associados aos comportamentos de autolesão sem intenção suicida (ASIS)
Sexo feminino Abuso sexual na infância Busca frequente de atividades intensas Abuso de álcool Uso de maconha	Sofrer <i>bullying</i> Insatisfação com o corpo Depressão Ansiedade Fumo Comportamento autolesivo da mãe Autolesão em amigos	Escores elevados de busca por novidades
<b>Fatores de risco específicos</b>		
Autolesão com intenção suicida, apenas Menor renda Menor classe socioeconômica Crueldade com crianças no lar Tentativa de suicídio parental Comportamento autolesivo do pai	Autolesão sem intenção suicida, apenas	
<b>Fatores de risco que diferem na direção da associação entre automutilação com e sem intenção suicida</b>		
Escores de Coeficiente de Inteligência (QI maior = fator de risco para ASIS; QI mais baixo = fator de risco para tentativa de suicídio)		
Educação materna (maior educação materna = fator de risco para ASIS; menor educação materna = fator de risco para tentativa de suicídio).		

Fonte: Adaptado de MARS *et al.* (2014)





## 2.2. ASPECTOS QUE REDUZEM O RISCO: OS FATORES DE PROTEÇÃO

Os fatores de proteção são importantes para a prevenção de transtornos mentais, de comportamentos autolesivos e do suicídio. Eles podem ser de ordem intrapessoal ou interpessoal. A Figura 4 mostra um esquema sobre os fatores protetores para comportamentos suicidas.

**Figura 4.** Fatores de proteção ao suicídio



Fonte: Adaptado de McLEAN *et al.* (2008)


## Quadro de reflexão:

### O papel da internet nos comportamentos de autolesão

O uso da internet é cada vez mais comum no dia a dia das pessoas, podendo influenciar positivamente ou negativamente pensamentos e comportamentos. Nesse sentido, a internet pode ser um fator de risco ou de proteção para a violência autoprovocada. Segundo Marchant *et al.* (2018), os efeitos negativos do uso da internet estão associados principalmente ao tempo de utilização e à busca de sites sobre automutilação e suicídio. A visualização constante destes conteúdos parece “normalizar” tais comportamentos, representando um fator de risco para automutilação e suicídio. Outro fator de risco é o *cyberbullying* (*bullying* por meio das redes sociais), que tem se tornado cada vez mais comum. Contudo, é importante ressaltar que esse risco é maior em indivíduos em estado de vulnerabilidade psíquica.

Por outro lado, a internet pode ser uma fonte de auxílio na integração social e na implementação de estratégias preventivas. Pode facilitar a busca por ajuda e disseminar informações com o objetivo de conscientizar os indivíduos sobre os fatores de risco e de proteção, bem como sobre a importância de se procurar auxílio profissional, quando necessário. A grande questão a ser considerada é a forma como essas informações são divulgadas, de modo a evitar o incentivo a comportamentos autolesivos (LUXTON; JUNE; FAIRALL, 2012).

Fonte: Adaptado de McLEAN *et al.* (2008)



### 2.3. COMO IDENTIFICAR SE UM JOVEM ESTÁ EM RISCO E PRECISA DE AJUDA?

**C**onhecer os fatores de risco e proteção pode auxiliar a identificar se um jovem precisa de ajuda. É também importante saber reconhecer mudanças que indicam um comportamento de risco.

Alguns adolescentes procuram **disfarçar os seus sentimentos e suas emoções** quando estão passando por alguma situação difícil e estressante. Em alguns casos, eles não querem causar mais problemas aos seus familiares ou amigos e preferem lidar com a situação sozinhos. Em outros, sentem vergonha de expor a sua intimidade e acabam se isolando. A consequência disso é

que, com o tempo, a situação pode se tornar intolerável, levando-os a um estado de sofrimento progressivo. **À medida que esse sofrimento aumenta, cresce também o risco de desenvolver um comportamento autolesivo.**


Listamos a seguir alguns sinais que podem identificar comportamentos autolesivos com ou sem intenção suicida em adolescentes.

Embora os alertas citados sejam de grande relevância para identificar e prevenir os atos de violência autoprovocada, a melhor forma de descobrir se o adolescente pensa em se machucar ou pretende tirar a própria vida é perguntando isso diretamente a ele.

**Quadro 9.** Lista de sinais de alerta de violência autoprovocada

- Ansiedade e/ou tristeza intensas;
- Apatia em relação às pessoas (indiferença);
- Isolamento social;
- Dificuldades nas relações interpessoais;
- Mudanças no comportamento;
- Frases de alerta, como:
  - “Preferia estar morto”
  - “Não aguento mais”
  - “Sou um peso na vida dos outros”
  - “Os outros serão mais felizes sem mim”
  - “A minha vida não tem mais sentido”
  - “Só sinto um grande vazio”
  - “Eu queria dormir para sempre”
- Perdas recentes (morte de um ente querido, perdas de oportunidade ou de autoestima);
- Perda do interesse por atividades que antes praticava e das quais gostava;
- Roupas de frio usadas em período de calor;
- Irritação e agressividade sem motivos aparentes;
- Tédio frequente;
- Achar que é um problema para todos ao redor;
- Cicatrizes, cortes, arranhões e hematomas
- Achar que, se morrer, ninguém vai sentir sua falta ou notar alguma diferença;

- Achar que ninguém pode ajudar com o seu problema;
- Achar que os seus problemas não têm solução;
- Alteração do peso (ganho ou perda);
- Alteração do padrão de sono (dormir muito ou pouco, ter dificuldade para iniciar o sono, acordar várias vezes durante a noite/ou ter sono agitado);
- Queda no rendimento escolar;
- Demonstrar desesperança com o futuro;
- Comportamentos de risco (uso de álcool e drogas);
- Postagens de despedida em redes sociais, bilhetes ou carta de despedida.

A stylized illustration of a person in white silhouette, standing against a background of layered blue and teal shapes. A large speech bubble in a lighter teal color is positioned to the right of the person's head, containing text. The overall style is graphic and layered, with a textured, paper-like appearance.

*Lembre-se: é importante  
falar sobre suicídio ou  
automutilação de forma  
adequada!*



## 2.4. COMO PREVENIR COMPORTAMENTOS DE RISCO

**D**iante de comportamentos de risco para a automutilação e para o suicídio, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de intervenções e de prevenção para reduzir a frequência desses comportamentos. Terzian, Andrews e Moore (2011) apontam sete estratégias para a prevenção de comportamentos de risco em adolescentes:

### 1. APOIO E FORTALECIMENTO DAS RELAÇÕES FAMILIARES

Fornecer dicas aos pais e/ou responsáveis sobre como lidar com o estresse. Ensinar a respeitar e a valorizar seus filhos, utilizando uma comunicação clara e acolhedora, sempre reforçando os comportamentos positivos dos seus filhos.



## 2. FORTALECER O VÍNCULO ENTRE ESTUDANTES E ESCOLAS

Crianças e jovens que se sentem vinculados às suas escolas são menos vulneráveis a praticar e/ou sofrer *bullying* e envolver-se em comportamentos de risco, como abuso de substâncias psicoativas, sexo precoce e sem proteção, automutilação e violência.

Programas que focam em permitir a participação dos alunos nas tomadas de decisão e na interação com as normas e com os valores da escola também podem aumentar a conexão do aluno com a sua escola. Além disso, capacitar professores a fim de que estes identifiquem alunos que precisam de ajuda e ofereçam tal auxílio também pode ser uma estratégia útil a ser tomada.

## 3. TORNAR AS COMUNIDADES SEGURAS E ACOLHEDORAS PARA CRIANÇAS E JOVENS

Crianças e jovens que vivem em comunidades seguras e acolhedoras têm menos probabilidade de usar drogas, apresentar comportamento agressivo, cometer crimes e abandonar os estudos. Nesse sentido, é fundamental a implementação de programas voltados para a integração da comunidade, para a diminuição da violência, para a valorização do respeito mútuo e para o desenvolvimento de atividades sociais.

## 4. PROMOVER O ENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM PROGRAMAS EXTRACURRICULARES DE ALTA QUALIDADE

O pertencimento a grupos com hábitos saudáveis, a prática de atividades físicas, o envolvimento em trabalhos voluntários e o contato direto com a natureza são fatores de proteção para psicopatologias e comportamentos de risco. Portanto, é importante criar um cenário que facilite o engajamento de crianças e jovens em atividades extracurriculares voltadas para o bem-estar.

## **5. PROMOVER O DESENVOLVIMENTO DE RELAÇÕES SÓLIDAS COM OS CUIDADORES**

Promover relações positivas e duradouras da criança e do adolescente com os seus cuidadores ou outros adultos contribui para a redução de comportamentos de risco. Nesse sentido, programas e atividades desenvolvidas no ambiente familiar e escolar são relevantes para o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes.

## **6. OFERECER OPORTUNIDADES PARA QUE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DESENVOLVAM COMPETÊNCIAS SOCIAIS E EMOCIONAIS**

Habilidades para resolução de problemas, lidar com perdas, respeito ao próximo, comunicação efetiva, interação social, regulação das emoções e aumento da resiliência facilitam o enfrentamento de situações adversas e, conseqüentemente, contribuem para a redução dos comportamentos de risco entre crianças e adolescentes.

## **7. PROPORCIONAR ÀS CRIANÇAS E AOS ADOLESCENTES UMA EDUCAÇÃO DE ALTA QUALIDADE DESDE A PRIMEIRA INFÂNCIA**

O suporte social e os cuidados na primeira infância são fundamentais para o desenvolvimento e o bem-estar do indivíduo, reduzindo as chances do desenvolvimento de psicopatologias e de dificuldades de aprendizagem ao longo da vida. Nesse contexto, é importante voltar o olhar para a promoção de uma educação de qualidade, com ênfase não apenas na cognição, mas no desenvolvimento de habilidades socioemocionais. Quanto mais precoce for essa educação, menores as chances de comportamentos de risco nesses indivíduos.

## 2.5. COMO AUMENTAR OS FATORES DE PROTEÇÃO

**A**

lém de reduzir comportamentos de risco, é importante aumentar dos fatores de proteção.

Tais fatores abrangem diferentes dimensões: individual, psicossocial e societária. No plano individual, destaca-se a estratégia de regulação emocional, que deve ser ensinada a crianças e adolescentes, conforme apontam Werner e Gross (2010). O Quadro 10 fornece algumas dicas de como propiciar o desenvolvimento da regulação emocional em crianças e adolescentes.



## Quadro 10. Estratégias de regulação emocional


- Auxilie a criança ou o adolescente a identificar e nomear suas emoções.
- Ajude a criança ou o adolescente a identificar os fatores que levaram à manifestação de suas emoções (antecedentes) e ao seu comportamento diante delas. Uma vez identificadas as contingências em que a emoção aparece, ficará mais fácil para o indivíduo lidar com as emoções e modificar os seus comportamentos disfuncionais.
- Estratégias de seleção e modificação de comportamentos: são ferramentas para lidar com situações estressoras. **Exemplo:** se o jovem identifica que um determinado grupo o trata com indiferença e hostilidade, ele pode procurar outro grupo no qual ele seja valorizado e reconhecido.
- Estratégias de modificação de atenção: visam direcionar a atenção para os outros aspectos de uma dada situação, buscando o lado positivo e as possíveis soluções. **Exemplo:** um jovem não foi selecionado para um emprego. Ele pode ficar se lamentando, com raiva, ou se acalmar e refletir sobre o que ele pode tirar de aprendizagem, como a necessidade de investir mais em sua formação ou procurar empregos mais condizentes com suas habilidades.
- Estratégias de modificação cognitiva: consistem em entender que a forma como interpretamos uma situação pode estar errada e que podemos percebê-la de outro modo. Muitas vezes, um indivíduo tem interpretações errôneas sobre si, sobre os outros e sobre os acontecimentos. Denominamos isso de distorções cognitivas, que afetam as nossas emoções e nosso comportamentos, ocasionando o sofrimento. Portanto, é preciso compreender estes pensamentos distorcidos, estas crenças limitantes e alterar a percepção. Tentar interpretar a situação de uma maneira diferente, sem julgamentos e/ou autocobranças. **Exemplo:** um jovem não tirou 10 na prova. Ele pode perceber isso como o fim de sua carreira acadêmica. Trata-se de uma distorção cognitiva. Entender que ele está maximizando a situação pode levar à redução do sofrimento.
- Estratégias para lidar com as emoções: consistem no desenvolvimento do autoconhecimento, do autocontrole, da empatia e da resiliência para lidar com as emoções. Neste caso, pode-se ajudar os jovens a perceberem suas emoções sem que sejam dominados por elas. Uma das estratégias usadas envolve não agir de acordo com a emoção, mas tentar ter uma ação oposta a esta. **Exemplo:** ter uma ação amável quando se está com raiva. Além disso, é importante promover a conscientização de que de é normal ter emoções desconfortáveis.



## 2.6. COMO REALIZAR E MELHORAR O REGISTRO DE CASOS

**A** Lei 13.819, de 26 de abril de 2019, instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios. Em 2020, foi publicado o Decreto 10.225, que regulamenta a Lei 13.819/2019, criando o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

É importante ressaltar que um passo importante para a intervenção e prevenção da automutilação e do suicídio consiste na notificação destes casos. A violência doméstica, sexual e outras violências constam na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e



eventos de saúde pública. Uma vez identificado o comportamento de autolesão, deve-se preencher a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, que deve ser encaminhada para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica, de acordo com as operações definidas em cada Secretaria Municipal de Saúde.

No caso de tentativa de suicídio, a notificação deve ser feita de forma imediata, dentro de 24 horas. Imediatamente após o conhecimento da tentativa de suicídio, o caso deve ser notificado pelo meio mais rápido disponível, garantindo a assistência pela rede de atenção à saúde. A comunicação pode ser feita via telefone ou e-mail, com envio posterior da ficha de notificação. No caso de crianças e adolescentes, as autoridades competentes (como o Ministério Público ou o Conselho Tutelar) devem ser comunicadas também.

A notificação adequada tem como objetivo auxiliar as autoridades no co-

nhecimento sobre os casos de automutilação e suicídio e ajudar a traçar políticas públicas para a prevenção desses comportamentos. Por isso, deve ser realizada de acordo com os passos mencionados.

No final desta cartilha, você encontra a imagem da ficha de notificação e um QR Code para acessá-la na íntegra.

Muitas vezes, a pessoa que apresenta comportamentos autolesivos e/ou seus familiares se sentem pouco à vontade para registrar a ocorrência da autoagressão. Nesse sentido, trabalhos que ajudem a reduzir o estigma (como já exposto na seção 1.6) podem ser úteis para melhorar o registro de casos. O profissional de saúde na atenção primária que atender a tais casos também deve oferecer uma escuta sem julgamentos para facilitar o diálogo com o jovem.

# 3. INTERVENÇÃO





A conversa responsável sobre o assunto com a pessoa em estado de vulnerabilidade não aumenta o perigo da prática de comportamentos autodestrutivos. Pelo contrário, isso reduz a possibilidade de ocorrência desses comportamentos.

Então, a pergunta é: como abordar o adolescente para identificar ou confirmar os sinais indicadores de um comportamento autolesivo?

Conheça os três tipos de habilidades fundamentais para lidar com essa situação:

- Saber como perguntar.
- Saber o que perguntar.
- Saber em qual momento perguntar.

### **COMO PERGUNTAR?**

A maneira de perguntar ao adolescente é fundamental. Isso porque, se as perguntas não forem realizadas de forma adequada e responsável, a conversa pode piorar a situação na qual ele se encontra.

No entanto, não há uma fórmula mágica. O recomendado é que a abordagem seja a mais cautelosa e acolhedora possível, de modo a não alterar o estado emocional já fragilizado da pessoa.

Desse modo, são recomendadas perguntas mais “leves” no início, sem abordar o problema diretamente, a fim de se chegar até o assunto gradativamente. No decorrer das perguntas, esteja atento e demonstre interesse e preocupação com o problema ou com a situação que está incomodando o jovem. Procure se colocar no lugar dele e, especialmente, oferecer apoio. Evite fazer julgamentos ou tirar conclusões precipitadas dos relatos.

Algumas dessas perguntas estão na página seguinte.

**Perguntas indiretas:**

**Você está triste?**

**Há algo que está preocupando você?**

**Você se sente sozinho?**

**Você acha que alguém se preocupa com você?**

**Se a morte viesse, ela seria bem-vinda?**

**Perguntas diretas:**

**Você já se automutilou ou atualmente se automutila?**

**Você já pensou ou tem pensado em morrer?**

**Você já pensou ou tem pensado em acabar com sua vida?**

## O QUE PERGUNTAR?

Depois que a pessoa já estiver no assunto, seja objetivo e claro para que não reste nenhuma dúvida acerca do risco de suicídio e da automutilação.

Aqui, podemos destacar as seguintes perguntas:

**Há algo  
incomodando  
ou tirando  
o seu sono  
atualmente?**

**Você já se agrediu  
intencionalmente?**

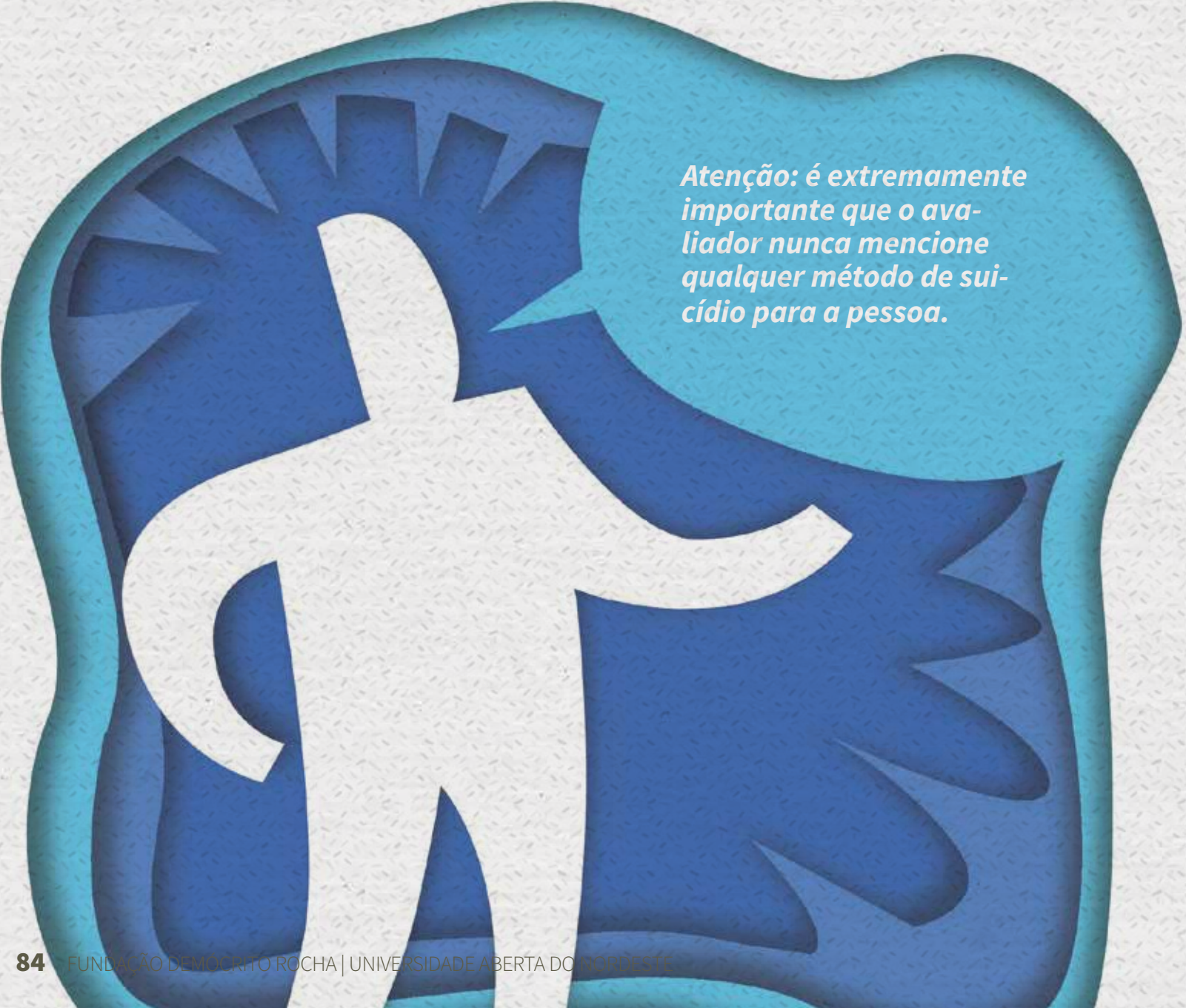
**Atualmente,  
você se agride  
intencionalmente?**

**Você já pensou  
tirar a própria  
vida?**

**Você já tentou  
tirar a própria  
vida?**

**Você planeja tirar  
a própria vida?  
Planejou uma  
data para isso?**

**Você tem meios  
para tirar a  
própria vida?**

A stylized illustration of a person in white silhouette against a background of blue and teal shapes. A speech bubble is positioned to the right of the person's head, containing text. The background features a large teal shape on the left and a blue shape on the right, both with a fine, repeating pattern.

*Atenção: é extremamente importante que o avaliador nunca mencione qualquer método de suicídio para a pessoa.*

## EM QUE MOMENTO PERGUNTAR?

Qual é o momento certo para fazer tais perguntas? Saber escolher o **momento propício** para abordar o adolescente é essencial para evitar que o estado emocional dele piore e que o risco de uma violência auto-provocada aumente.

Momentos mal escolhidos para a abordagem podem constranger, irritar ou entristecer ainda mais o adolescente, assim como minimizar as chances de ele procurar ajuda e tratamento. Além disso, é importante destacar que você deve procurar um local adequado, com o mínimo de privacidade, e ter tempo necessário para que a conversa possa fluir.

A seguir, listamos alguns exemplos de momentos considerados adequados:


**Quando o(a) adolescente sentir que pode confiar em você e que você o acolherá e compreenderá o seu problema;**

**Quando o(a) adolescente se sentir confortável em expor os seus sentimentos;**

**Quando o(a) adolescente decidir pedir ajuda, mas não souber como expressar ou tiver vergonha de falar abertamente com você sobre a situação;**

**Quando o(a) adolescente apresentar um comportamento evidente de que está se agredindo ou buscando o suicídio.**

Cabe aos amigos, aos familiares e à comunidade, de uma forma geral, identificar sinais de alerta. Porém, nem sempre é fácil perceber esses sinais. Quando houver suspeitas de risco de comportamento autolesivo, você NUNCA deve prometer guardar segredo. A família deve ser comunicada, e o adolescente deve ser encaminhado para tratamento especializado.



### 3.1. COMO RESPON- DER A UMA POSSÍVEL SITUAÇÃO DE RISCO

**U**ma vez identi-  
ficada uma si-  
tuação de risco  
para suicídio,  
é importante  
analisar o nível  
de gravidade do  
risco de suicídio  
(baixo, médio ou alto) e depois agir de  
acordo com o risco.

O Quadro 11 apresenta uma  
lista para avaliação do risco de  
suicídio e o que fazer em cada  
caso, de acordo com a Asso-  
ciação Brasileira de Psiquia-  
tria (2014).

**Quadro 11.** Avaliação da gravidade do risco e manejo

Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto
<b>Caracterização</b>		
<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>• A pessoa tem pensamentos e planos, mas não pretende se suicidar imediatamente.</li></ul>	<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>
<b>Manejo</b>		
<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>	<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 a 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>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estar junto da pessoa e não deixá-la sozinha;</li><li>• Tomar cuidado com possíveis 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>

Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto
<b>Encaminhamento</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar para profissional especializado em saúde mental, caso não haja melhora;</li> <li>• Esclarecer ao paciente o motivo do encaminhamento;</li> <li>• Certificar-se do atendimento e buscar agilizá-lo ao máximo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar para serviço de psiquiatria para avaliação e acompanhamento do caso;</li> <li>• Encaminhar para o serviço de psicologia para o acompanhamento psicoterapêutico;</li> <li>• Esclarecer os motivos do encaminhamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar para serviço de psiquiatria para avaliação, conduta e, se necessário, internação. Caso isso não seja possível, considerar o caso como emergência e entrar em contato com um profissional de saúde mental ou do serviço de emergência mais próximo.</li> <li>• Providenciar uma ambulância e encaminhar a pessoa ao pronto-socorro psiquiátrico, de preferência.</li> <li>• Encaminhar para o serviço de psicologia para o acompanhamento psicoterapêutico.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de ABP (2014)



### **3.1.1 COMO O PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE PODEM ATUAR NO CUIDADO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES?**

Os profissionais da educação e da saúde têm um protagonismo na prevenção ao suicídio, uma vez que a escola é o ambiente que mais reúne jovens e também porque a maioria

das pessoas que tentou suicídio ou que se suicidou procurou ajuda nos serviços de saúde antes de realizar tal ato. Isso demonstra a necessidade de capacitar esses profissionais para lidar com situações de risco iminente de suicídio.

- No caso específico de crianças, é preciso ter clareza de que ela deve compreender o que é a morte. Essa compreensão costuma acontecer entre 7 e 9 anos de idade;
- Não duvidar, desqualificar ou minimizar o relato de desejo de morte;
- 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 violência autoprovocada, realizar a notificação compulsória às autoridades sanitárias;
- Orientar 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 motivação intrafamiliar ou de violação de direitos;
- Em relação à autolesão, 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, há mais chance de se estabelecer uma conexão verdadeira e potente para redução de sofrimento emocional e dos riscos decorrentes;
- Em caso de perigo imediato de comportamento de automutilação 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.

**NUNCA deixe a pessoa sozinha e garanta que a pessoa receberá o atendimento em caráter de 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.

Fonte: Modificado de GREFF *et al.* (2020)

Outra importante ferramenta para ajudar a população é o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). O CRAS é a porta de entrada para que o cidadão acesse a proteção social básica. O acesso dos indivíduos e das famílias pode ocorrer por meio de demanda espontânea (buscar o atendimento por conta própria) ou por encaminhamento de outras políticas públicas. 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.

Outra ferramenta é o portal **Mapas Estratégicos para Políticas de Cidadania (MOPS)**. A plataforma tem acesso livre e reúne informações sobre a disponibilidade de serviços, equipamentos públicos e programas sociais identificados em municípios, microrregiões e estados no País. A ferramenta auxilia gestores e técnicos a orientar a população de baixa renda e a atender demandas por serviços públicos e por acesso a direitos. Para isto, é utilizada uma tecnologia de georreferenciamento dos equipamentos públicos, aliada ao georreferenciamento do público do Cadastro Único para Programas Sociais.

### ACESSE

Com o MOPS, é possível visualizar a localização e o contato dos equipamentos da assistência social. Confira no QR Code.





### **3.1.2 O QUE FAZER E O QUE NÃO FAZER EM CASOS DE RISCO DE AUTOMUTILAÇÃO E/OU SUICÍDIO?**

Ao lidar com pessoas que apresentam comportamentos autolesivos, é importante ter cuidado com a sua abordagem. A Tabela 2 mostra o que fazer e o que não fazer em casos de risco de autolesão.

**Tabela 2.** O que fazer e o que não fazer em caso de risco de autolesão e suicídio?


<b>NÃO FAÇA</b>	<b>FAÇA</b>
<b>NÃO</b> ignore os sinais de alerta e não seja indiferente à situação.	Esteja atento aos sinais de alerta e responda imediatamente quando houver risco.
<b>NÃO</b> se recuse a falar sobre o assunto.	Permita que a pessoa se expresse da forma que achar melhor.
<b>NÃO</b> tente minimizar os problemas nem faça a pessoa se sentir envergonhada por ter pensamentos de autolesão.	Aborde a situação com seriedade.
<b>NÃO</b> fale sobre o valor da vida. <b>NÃO</b> tente convencer a pessoa de que ela está errada.	Ofereça uma escuta compreensiva e sem julgamentos.
<b>NÃO</b> prometa segredo.	Informe que a pessoa deve buscar ajuda e que você a auxiliará nesse processo.
<b>NÃO</b> desafie a pessoa a tentar suicídio. Não diga coisas do tipo: “Duvido que você faria isso”.	Leve a sério a queixa apresentada.
<b>NÃO</b> aja como se estivesse chocado ou indignado.	Demonstre-se preocupado, mas controle as suas reações.
<b>NÃO</b> tente resolver o problema sozinho.	Procure ajuda profissional e converse com a pessoa sob risco sobre esse encaminhamento.
<b>NÃO</b> deixe possíveis meios de autolesão presentes no ambiente.	Remova o acesso a meios de autolesão ou suicídio.



**4.**

**O QUE FAZER**

**CASO OCORRA  
O SUICÍDIO?**



#### 4.1. POSVENÇÃO: COMO AJUDAR A PESSOA QUE PERDEU ALGUÉM POR SUICÍDIO?

**A**lém de estarmos cientes do trabalho preventivo para evitar o suicídio, é importante que também ofereçamos ajuda àqueles que perderam alguém por suicídio. Nos estudos, estas pessoas são chamadas de sobreviventes ou enlutados pelo suicídio.



### SAIBA MAIS

A **posvenção** pode ser definida como as atividades desenvolvidas com ou para pessoas enlutadas pelo suicídio, de modo a facilitar a elaboração do luto e prevenir desfechos adversos, incluindo comportamentos suicidas (ANDRIESSEN, 2009).

O serviço de posvenção tem como objetivos (BERKOWITZ; MCCAULEY; MIRICK, 2015):

- Em nível individual e de grupo, promover o processo de luto normal e permitir que os sobreviventes se lembrem com carinho da pessoa que morreu;
- Reduzir o risco de comportamentos negativos nos enlutados e minimizar desfechos pessoais adversos (depressão, estresse pós-traumático, luto complicado);
- Limitar o risco de outras ocorrências de suicídio por contágio e identificação;
- Identificar aquelas pessoas que, provavelmente, mais precisarão de suporte, incluindo-se pessoas próximas da vítima que apresentem algum transtorno mental ou que se identifiquem com a vítima de alguma forma;
- Em um nível organizacional, é im-

portante ajudar a restaurar o equilíbrio e o funcionamento dentro do local ao qual a pessoa pertencia (incluindo a escola, a comunidade ou a organização da qual a pessoa fazia parte).

Algumas orientações gerais sobre como implementar serviços de posvenção são (BERKOWITZ; MCCAULEY; MIRICK, 2015):

- Evitar a simplificação das causas de morte. Enfatize que o suicídio não é o resultado de um fator ou evento único na vida da pessoa, mas um desfecho complexo e multideterminado. Também evite apresentar as causas como inexplicáveis ou inevitáveis. Enfatize que há alternativas de tratamento para os problemas apresentados e evidencie recursos disponíveis para se conseguir ajuda;
- Enfatize a correlação entre transtornos mentais e o suicídio, esclarecendo que existem tratamentos

disponíveis para esses quadros. Reduzir o estigma dos transtornos mentais aumenta a probabilidade de se buscar ajuda, principalmente se os passos para conseguir essa ajuda forem explicitados;

- Evite romantizar ou “glamorizar” o suicídio ou alguém que morreu por suicídio. Do mesmo modo, não trate a pessoa como egoísta ou digna de desprezo. Em vez disso, enfatize que, quase sempre, o suicídio está relacionado a um transtorno mental e ao prejuízo no julgamento que acompanha esse transtorno;
- Evite falar sobre o método utilizado para o suicídio e sobre o local;
- Enfatize a importância de esforços contínuos de prevenção do suicídio, como a acessibilidade ao tratamento psiquiátrico e psicológico, a um ambiente familiar acolhedor, dentre outros.



As intervenções de posvenção com maior evidência de eficácia abrangem três fatores principais (ANDRIESEN *et al.*, 2019):

### 1. NÍVEL DE SUPORTE

Os serviços de posvenção podem incluir diferentes níveis de abordagens de acordo com a resposta daqueles enlutados pelo suicídio, com a possibilidade dos seguintes serviços:

- Acesso à informação, por meio de panfletos, cartilhas, livros, internet, dentre outros, para todos aqueles que foram afetados pelo suicídio de algum modo.
- Serviços de apoio, incluindo grupos de suporte e grupos exclusivos de enlutados por suicídio.
- Psicoterapia, principalmente para aqueles com manifestação de luto complicado.

### 2. SUPORTE E ENVOLVIMENTO DE PARES

Os estudos demonstram a impor-

tância de se encontrar o reconhecimento do sofrimento por parte de outros enlutados por suicídio, em função do compartilhamento de experiências e do apoio mútuo entre pares.

### 3. FOCO NA SITUAÇÃO DE LUTO

Intervenções que têm como objetivo permitir a vivência de um luto normal apresentam maior eficácia. No caso de uma criança ou de um adolescente que perde um ente querido por suicídio, é de grande importância a habilidade do adulto para comunicar o evento:

- Esteja preparado para a situação e comunique-se com a criança ou com o adolescente respeitando o nível de compreensão de morte e desenvolvimento cognitivo de cada um;
- Expresse os seus pensamentos e sentimentos para que a criança ou o adolescente compreenda que a expressão deles diante dessa situ-

ação é normal;

- Seja honesto com a criança ou com o adolescente e forneça informações de maneira sensível;
- Fale de maneira sensível sobre a pessoa que faleceu;
- Converse com a criança ou com o adolescente sobre outras formas de resolução de problemas e de lidar com as emoções, sem a necessidade de tirar a própria vida;
- Auxilie a criança ou o adolescente a processar a perda;
- Permita que a criança ou o adolescente enlutado por suicídio expresse suas emoções e sentimentos da forma que preferir, seja pela fala, pela escrita, pela arte ou por outros meios.



## 4.2. COMO NOTICIAR CASOS DE SUICÍDIO

**A** mídia tem um papel importante na prevenção ao suicídio. A forma como o suicídio é divulgado pode influenciar significativamente a resposta do público, podendo, inclusive, haver efeito de contágio (conhecido como efeito Werther), com aumento da probabilidade de outros casos de suicídio na população. Saber como noticiar esses casos é essencial, e as diretrizes sobre como fazê-lo estão estabelecidas pela OMS. Dentre elas, destacam-se:

- **Inclua recursos para a prevenção ao suicídio.** Forneça informações sobre como identificar os sinais de alerta para o suicídio e sobre como buscar ajuda. É importante incluir endereços de grupos de apoio.

- **Use linguagem apropriada.**

Certas frases ou palavras podem estigmatizar ainda mais o suicídio, espalhar mitos ou dificultar o trabalho de prevenção. Evite termos como “cometeu suicídio”, “suicídio bem-sucedido”, “suicídio malsucedido”, “tentativa falha” ou “tentativa com êxito”. Em vez disso, refira-se ao suicídio como “morreu por suicídio”, “se matou”, “tirou a própria vida” ou “suicídio completo”.

- **Enfatize a busca por ajuda e esperança.**

Divulgue histórias de recuperação por estratégias positivas de enfrentamento e busca de ajuda, pois esta é uma estratégia poderosa para ajudar na prevenção do suicídio.

- **Procure um especialista.**

Entreviste um psicólogo ou psiquiatra com experiência em prevenção ao suicídio para trazer informações qualificadas sobre transtornos mentais e prevenção aos comportamentos autolesivos.

## **Quadro de reflexão:**

### **O papel da mídia na prevenção ao suicídio**

A mídia deve ser uma importante aliada na prevenção ao suicídio, uma vez que tem um enorme alcance social. Nesse sentido, a divulgação criteriosa de casos de suicídio é uma das principais estratégias de prevenção. Uma divulgação inadequada pode gerar o efeito de contágio em pessoas vulneráveis, principalmente quando o caso de suicídio envolve uma celebridade. Isso porque pode haver uma forte identificação de fãs e seguidores com seu ídolo que tirou própria vida (SISASK, VÄRNIK, 2012). Deve-se também evitar a divulgação dos métodos utilizados e do local de ocorrência do suicídio. Por estas e outras razões, é extremamente importante que a mídia siga as orientações da OMS ao noticiar casos de suicídio.

Na Tabela 3, você pode verificar uma lista mais detalhada sobre o que fazer e o que não fazer ao noticiar um caso de suicídio.

**Tabela 3.** O que fazer e o que não fazer ao noticiar casos de suicídio

<b>NÃO FAÇA</b>	<b>FAÇA</b>
<b>NÃO</b> descreva o método e o local do suicídio. Jamais compartilhe fotos ou vídeos de um suicídio.	Noticie o caso como morte por suicídio. Se houver necessidade de divulgar o local, faça isso de maneira genérica.
<b>NÃO</b> exponha o conteúdo de uma carta de suicídio.	Noticie que foi encontrada uma carta e explique que o conteúdo não será divulgado.
<b>NÃO</b> descreva detalhes pessoais sobre a pessoa que morreu.	Se houver necessidade de divulgação das informações sobre a pessoa que tirou a própria vida, faça isso de maneira genérica.
<b>NÃO</b> apresente o suicídio como uma resposta adequada e aceitável para momentos difíceis.	Enfatize que estratégias de enfrentamento, a busca por suporte e o tratamento são eficazes para a maioria das pessoas que têm comportamentos suicidas. Ressalte que há outras formas para evitar o suicídio.
<b>NÃO</b> simplifique ou especule sobre os motivos do suicídio.	Descreva sinais de alerta e fatores de risco para o suicídio sem reducionismos.
<b>NÃO</b> aborde o tema de maneira sensacionalista.	Noticie a morte e os fatos com uma linguagem sensível para evitar constrangimentos à família enlutada.
<b>NÃO</b> romantize o suicídio. <b>NÃO</b> caracterize o suicídio como um ato de coragem ou de covardia	Noticie o suicídio de forma criteriosa para que o ato não seja percebido como heroico ou como um ato em defesa da própria honra.

<b>NÃO</b> potencialize o problema do suicídio usando descritores como “epidemia” ou “descontrole”.	Pesquise os melhores dados disponíveis sobre a frequência de casos e use palavras como “crescimento” ou “aumento” de casos. Interprete, de forma cuidadosa e correta, as estatísticas.
<b>NÃO</b> busque nem identifique culpados.	Evite colocar a culpa do acontecimento em alguém ou tratar o problema de maneira simplista.
<b>NÃO</b> relacione o suicídio com crime, loucura ou falta de fé. <b>NÃO</b> descreva o suicídio como bem-sucedido nem mencione que a pessoa encontrou a paz.	Compreenda que o suicídio é complexo e multifatorial; Informe sempre os locais onde buscar ajuda.
<b>NÃO</b> coloque a notícia em capa de revistas ou jornais, nem apresente o caso como atração principal em telejornais. Se o material não tiver o foco na prevenção, não traga a palavra “suicídio” para títulos, chamadas ou posições de destaque para noticiar mortes por suicídio.	Apresente somente dados relevantes em páginas internas de veículos impressos. Evite trazer notícias de morte por suicídio em posições de destaque.
<b>Não</b> julgue, não faça piadas nem estigmatize o suicídio.	Sensibilize as pessoas para o tema, a fim de gerar empatia.


Como você viu, esta cartilha teve intenção de ajudar você a tirar algumas dúvidas sobre os comportamentos autolesivos.

Nela você encontrou, por exemplo, sinais de alerta, fatores de risco e fatores de proteção, além de ser apresentado a algumas formas de

buscar ajuda e de ajudar as pessoas.

Leia sempre que tiver dúvidas e compartilhe com seus colegas de trabalho e amigos.

A automutilação e o suicídio são comportamentos que podemos prevenir.

A stylized graphic illustration of a person in white silhouette, standing against a background of blue and teal shapes. A large, light blue speech bubble is positioned to the right of the person's head, containing text. The background features a large, dark blue shape on the left that resembles a fan or a stylized head, and a teal shape on the right that resembles a hand or a stylized head. The overall style is modern and abstract.

*Lembre-se: esta cartilha  
NÃO substitui a avaliação  
do médico psiquiatra nem  
do psicólogo!*



**5.**  
**ONDE OBTER**  
**MAIS**  
**INFORMAÇÕES**

**E**sta cartilha fornece informações importantes para profissionais da educação e da saúde, visando maximizar os fatores protetivos e minimizar os fatores de riscos, em particular entre aqueles que são mais vulneráveis à automutilação e ao suicídio. O material buscou destacar sempre a necessidade de buscar ajuda, de cuidar de si e dos outros, além de fornecer mensagens de superação e de esperança.

Para obter informações adicionais, apresentamos alguns links com conteúdo de qualidade que podem servir para uma melhor capacitação desses profissionais, incluindo dicas de livros e filmes que podem ser trabalhados em sala de aula para promover saúde mental e prevenir o suicídio.

## **GUIA DE SAÚDE MENTAL PARA ADOLESCENTES – 11 A 14 ANOS**

Nesta cartilha, é possível encontrar dicas importantíssimas para ter uma boa saúde mental. O material é voltado para o público de 11 a 14 anos e mostra a importância de identificar emoções e pensamentos, como funcionam os comportamentos e como uns influenciam os outros. Com exercícios para estimular a inteligência emocional, para lidar com o bullying e outras situações. Ensina também recursos para enfrentar as dificuldades e as situações estressantes com resiliência.

[http://prevencaoevida.com.br/wp-content/themes/opas/assets/pdf/cartilha\\_opas\\_1.pdf](http://prevencaoevida.com.br/wp-content/themes/opas/assets/pdf/cartilha_opas_1.pdf)





## **CARTILHA PARA PREVENÇÃO DA AUTOMUTILAÇÃO E DO SUICÍDIO – 15 A 18 ANO**

Esta cartilha tem uma linguagem voltada para adolescentes de 15 a 18 anos, ensinando a identificar o sofrimento mental em si mesmo e nos amigos. Também é abordada a importância de buscar ajudar e evitar comportamentos de risco.

[http://prevencaoevida.com.br/wp-content/themes/opas/assets/pdf/cartilha\\_opas\\_2.pdf](http://prevencaoevida.com.br/wp-content/themes/opas/assets/pdf/cartilha_opas_2.pdf)



## **SETEMBRO AMARELO – É PRECISO AGIR**

Esta é uma página completa com material disponível para auxiliar a todos. Contém também uma lista de médicos psiquiatras associados à ABP de acordo com a região do País. Aproveite os materiais e participe da campanha durante todo o ano, não apenas em setembro!

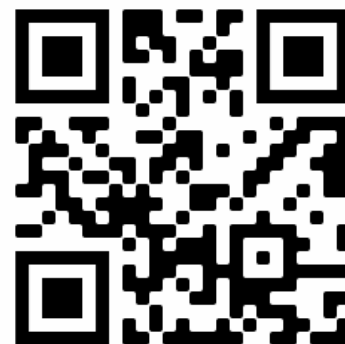
<https://www.setembroamarelo.com/>



## **JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA (BJP)**

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria (BJP) traz inúmeros artigos relacionados à prevenção do suicídio e ao tratamento das doenças mentais com caráter mais científico.

<http://www.bjp.org.br>



## **CARTILHA: SUICÍDIO – INFORMANDO PARA PREVENIR (2014)**

**Autoria:** Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)

**Ano:** 2014

**Sinopse:** A cartilha *Suicídio – Informando para Prevenir* foi produzida pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e fez parte da campanha de prevenção ao suicídio promovida por estas instituições em 2014. A parceria traz, em uma linguagem simples e direta, informações que você precisa saber a respeito do suicídio.

O interessante é que o material defende e incentiva a conscientização das pessoas e ensina que o pre-

conceito não ajuda. Afirmar também que doenças da mente, normalmente associadas a casos de suicídio, são tratáveis, assim como qualquer outro tipo de doença. Assim, da mesma forma que o médico que cuida do coração é o cardiologista e o médico que trata dos hormônios é o endocrinologista, o que cuida das doenças mentais é o psiquiatra.

A consulta é igual à de qualquer outro médico, independentemente de sua especialidade. Desta forma, o psiquiatra entrevista a pessoa e estuda seus sintomas. Diagnosticando a doença, procura saber se já houve pensamento, intenção ou tentativa de suicídio, podendo solicitar exames e indicar tratamento farmacológico e/ou psicoterápico. A cartilha é bem didática, ilustrativa e orienta a prevenção ao suicídio.

### **ACESSE**

Você pode conferir a cartilha *Suicídio – Informando para Prevenir* gratuitamente no site da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) ou acessando pelo QR Code abaixo.

A cartilha também está acessível, de forma gratuita e digital, no seguinte endereço eletrônico: [abp.org.br](http://abp.org.br).



## **CARTILHA: FALANDO SOBRE A VIDA - PREVENÇÃO AO SUICÍDIO (2019)**

**Autoria:** Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT)

**Ano:** 2019

**Sinopse:** A cartilha coloca no papel um projeto de prevenção ao suicídio desenvolvido pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) na região administrativa de Brazlândia/DF em 2019. O documento defende a construção e a integração de uma *Rede de Proteção à Vida* na região por meio da cooperação entre profissionais da educação, da saúde, da segurança, além da participação da comunidade.

O material aborda também informações para identificação de fatores de risco e para a conscientização e valorização do direito à vida.

### **ACESSE**

A cartilha *Falando sobre a Vida - Prevenção ao Suicídio* pode ser acessada pelo QR Code abaixo.



## DOCUMENTÁRIO: *NOT ALONE* (NETFLIX, 2017)

**Direção:** Jacqueline Monetta e Kiki Goshay

**Título original:** *Not Alone*

**Ano:** 2017

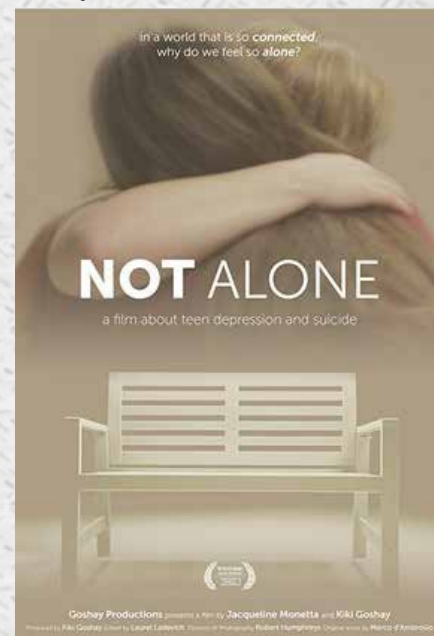
**Sinopse:** Em *Not Alone* (tradução: Você Não Está Sozinho), uma adolescente perde sua melhor amiga por suicídio. O fator que veio antes? Depressão. Agora, ela vai ajudar outras pessoas a não cometer o mesmo ato.

Mas como ela vai fazer isso? Informando-se a respeito do tema e buscando entender o que passou pela cabeça de sua amiga. Perguntas como “por que ela não me disse nada sobre isso?” e “por que não pediu a minha ajuda, se sou sua melhor amiga?” foram desvendadas pela adolescente.

O documentário traz uma busca aprofundada de informações para entender o ato da amiga e de muitos jovens que se suicidam. Destaca-se a influência da comunicação nas redes sociais, que têm tido mais potencial

para interferir na vida das pessoas que para informar.

Questões como *bullying*, preconceito, discriminação, pressão social, depressão, sistema educacional e família são retratadas na obra. *Not Alone*, pela sua tradução, carrega uma mensagem central: você não está sozinho. Em outras palavras, a mensagem é: se você sofre calado, não se esconda, mas procure ajuda.



## SÉRIE: **OBJETOS CORTANTES** (HBO, 2018)

**Roteirista:** Jean-Marc Vallée

**Título original:** *Sharp Objects*

**Ano:** 2018

**Sinopse:** Baseada no livro *Objetos Cortantes*, da autora Gillian Flynn, a série mostra o trabalho da jornalista Camille Preaker (Amy Adams), encarregada de escrever sobre a morte e sobre o desaparecimento de outra. A história é contada sob o ponto de vista da jornalista.

Conforme a trama avança, percebemos que ela se identifica com essas garotas, pois todas as três têm um ponto em comum: o desejo de se automutilar. A jornalista fere o próprio corpo e afoga sua tristeza na bebida. A série traz a conscientização das pessoas sobre os impactos dessa prática, ressaltando que as pessoas que se automutilam precisam de acolhimento, escuta e ajuda profes-

sional, despertando sentimentos de compaixão e acolhimento de quem quer que se encontre em uma situação como esta.



## FILME: SE ENLOUQUECER, NÃO SE APAIXONE (2010)

**Direção:** Anna Boden e Ryan Fleck

**Título original:** *It's kind of a funny story*

**Ano:** 2010

**Sinopse:** O filme traz uma versão sintetizada e não menos envolvente do livro *Uma história meio que engraçada*. Keir Gilchrist interpreta Craig Gilner, um adolescente de 16 anos estressado com questões ligadas à sua adolescência — como problemas escolares e tensões emocionais — e que tenta se matar. Sem ter conseguido, ele decide se internar em uma clínica de saúde mental.

Ao chegar lá, ele é diagnosticado com depressão, mas encontra a ala de internação para jovens fechada. Diante disso, é obrigado a passar a sua estadia na ala dos adultos com pessoas que possuem diversos pro-

blemas mentais. É assim que ele conhece Bobby (Zach Galifianakis), que vira uma espécie de mentor para o jovem. E se apaixona por Noelle (Emma Roberts), uma menina depressiva e desequilibrada.

Mas o que realmente é interessante no filme é que ele não tenta esconder traumas vividos pelo adolescente nem dramatiza sua depressão, mostrando que os pais sempre fizeram de tudo para que ele tivesse uma vida saudável (o jovem nunca foi intimidado nem sofreu qualquer tipo de abuso).



## LIVRO: *DEPOIS DO AZUL*

**Autora:** Éleine Turgeon

**Título original:** *Ma vie ne sait pas nager*

**Tradução:** Glenda Verônica Donaldo e Silvana Vieira da Silva

**Ano:** 2017

**Sinopse:** Este livro conta a história de Geneviève, uma adolescente que comete suicídio um dia antes de seu aniversário de 15 anos. Lou Anne, sua irmã gêmea, seus pais e sua avó não conseguem lidar com a dor da perda. Embora todos se culpem por não terem percebido antecipadamente os sinais, cada um sente o luto do seu jeito: a irmã tenta recomeçar, a mãe fica devastada pela dor, o pai finge não se abalar e a avó se esconde atrás de sua raiva.



## LIVRO: **UMA HISTÓRIA MEIO QUE ENGRAÇADA**

**Autor:** Ned Vizzini

**Título original:** *It's kind of a funny story*

**Tradução:** Luis Reyes Gil

**Ano:** 2015

**Sinopse:** Imagine que, após ter realizado um grande sonho, você percebe que ele não era bem aquilo que você esperava. Essa foi a experiência do adolescente Graig Gilner. Após grande dedicação aos estudos para passar no exame de admissão para a melhor escola de ensino médio, o sonho se transforma em pesadelo.

Ele planeja se suicidar, mas, imaginando o sofrimento de seus familiares e amigos, decide ligar para uma central de prevenção de suicídio. Ele é encaminhado para um hospital, onde recebe os cuidados adequados e passa a conviver com outros adolescentes, crianças, adultos e idosos que tentaram suicídio.

O livro é um pouco irreverente. De forma lúdica e didática, o autor traz um pouco de humor ácido nas situações vividas por Graig no hospital, suavizando a carga pesada de algumas questões abordadas, como depressão e ideação suicida. Além disso, o livro faz você repensar a sua vida e valorizar a importância de um sorriso, de um gesto de afeto, de uma atitude de amor ou de um ato de companheirismo em um momento como este.





## FICHA DE NOTIFICAÇÃO

A notificação de casos de automutilação e suicídio é um passo importante para a intervenção e para a prevenção. Uma vez identificado o comportamento de autolesão, deve-se preencher a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, que deve ser encaminhada para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica, de acordo com as operações definidas em cada Secretaria Municipal de Saúde.

The image shows a detailed notification form titled 'FICHA DE NOTIFICAÇÃO' from the 'SECRETARIA DE SAÚDE'. The form is divided into several sections: 'Dados Gerais', 'Dados Complementares', and 'Dados de Encaminhamento'. It includes fields for patient information, type of violence, location, and dates. There are also checkboxes for various conditions and a section for 'Dados Complementares' with multiple-choice options. The form is designed for manual data entry and includes a date stamp at the bottom right.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ANDRIESEN, K. Can postvention be prevention? **Crisis**, v. 30, p.43–47, 2019.

ANDRIESEN, K. *et al.* Suicide postvention service models and guidelines 2014–2019: a systematic review. **Frontiers in psychology**, v.10: 2677, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014.

BATTEL, L. *et al.* Neuroimaging adolescents with depression in a middle-income country: feasibility of an fMRI protocol and preliminary results. **Braz J Psychiatry**, v. 42, n.1, p. 6–13, 2020.

BERKOWITZ, L., MCCAULEY, J.; MIRICK, R. **Riverside Trauma Center Postvention Guidelines**. Waltham: Riverside Community Care, 2015. Disponível em: [https://www.mirecc.va.gov/visn19/postvention/docs/Riverside\\_Sample\\_Organizational\\_Suicide\\_Postvention\\_Guidelines.pdf](https://www.mirecc.va.gov/visn19/postvention/docs/Riverside_Sample_Organizational_Suicide_Postvention_Guidelines.pdf). Acesso em: 11 jun. 2020

BOTEGA, N. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre. Editora Artmed, 2015. 302p.

BRASIL. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF, 2003.

BROTHERSON, S. E ANDERSON, A. **Talking to Children About Suicide**. NDSU, 2016. Disponível em: <https://www.ag.ndsu.edu/publications/kids-family/talking-to-children-about-suicide/fs637.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020





BURNETTE, C., RAMCHAND, R., AYER, L. Gatekeeper training for suicide prevention: A theoretical model and review of the empirical literature. **Rand health quarterly**, v.5, n.1: 16, 2015.

DA SILVA, A. G. *et al.* The Impact of Mental Illness Stigma on Psychiatric Emergencies. **Front. Psychiatry**, v. 11:573, p.1-9, 2020.

DIEHL, A., LARANJEIRA, R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 2, p. 86-91. 2009.

DOMÉ, P., RIHMÉR, Z., GONDA, X. Suicide Risk in Bipolar Disorder: a brief review. **Medicina (kaunas)**, v.55, n.8:403, 2019. doi: 10.3390/medicina55080403.

FONSECA, P.H.N. *et al.* Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n.3, p. 246-258, 2018.

FRANKLIN, J. C. *et al.* Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. **Psychological Bulletin**, v. 143, n.2, p.187-232, 2017.

GARCIA, M.S. **Adaptação da escala UPPS-P e sua aplicabilidade na população brasileira.** Dissertação de Mestrado. Minas Gerais: UFMG, 2018.

GILLIES, D. *et al.* Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-analyses of community-based studies 1990–2015. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 57, n.10, p. 733-741.

GREFF, A. P. *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: suicídio na pandemia COVID-19.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 24 p. Cartilha.

GUAN, K., FOX, K. R., PRINSTEIN, M. J. Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent

suicide ideation and attempts in a diverse community sample. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.80, p.842-849, 2012.

GUERREIRO, D. F., SAMPAIO, D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: Uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **Rev. Port. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 213-222.

HOTTES, T.S *et al.* Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: a systematic review and meta-analysis. **Am J Public Health.**, v. 106, n.5, e1–e12, 2016.

KARANIKOLA, M. *et al.* The Association between Deliberate Self-Harm and School Bullying Victimization and the Mediating Effect of Depressive Symptoms and Self-Stigma: A Systematic Review. **Bio-Med Res. Int.**, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/4745791>.

KLONSKY, E. D. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. **Psychological medicine**, v. 41, n.9, p.1981-1986, 2011.

KLONSKY, E. D *et al.* **Non-suicidal self-injury**. Cambridge: Hogrefe, 2011.

LOCKWOOD, J. *et al.* Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. **Eur Child Adolescent Psychiatry**, v. 26, n.4, p. 387-402, 2017.

LUXTON, D. D., JUNE, J. D., FAIRALL, J. M. Social media and suicide: a public health perspective. **Am. J. Public Health**, v. 102, n.S2, p. S195-S200, 2012.

MARCHANT, A. *et al.* Correction: A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: the good, the bad and the unknown. **PLoS one**, v.13, n.3, e0193937, 2018.





MARS, B. *et al.* Differences in risk factors for self-harm with and without suicidal intent: findings from the ALSPAC cohort. **Journal of affective disorders**, v. 168, p. 407-414, 2014.

MAUNDER, R. D., WHITE, F. A. Inter-group contact and mental health stigma: A comparative effectiveness meta-analysis. **Clinical psychology review**, v. 72, 101749, 2019.

MCLEAN, J. *et al.* **Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review.** Edinburgh: Scottish Government, 2008.

MUEHLENKAMP, J.J., BRAUSCH, A. M, WASHBURN, J. J. How much is enough? examining frequency criteria for NSII disorder in adolescent inpatients. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.85, n.6, p. 611-619, 2017. doi: 10.1037/ccp0000209.

NOCK M.K. **Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assess-**

**ment, and Treatment.** Washington,DC: Am. Psychol. Assoc., 2009.

NOCK, M. K. Self-injury. **Annual review of clinical psychology**, v. 6, p.339-363, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **PREVENÇÃO DO SUICÍDIO UM RECURSO PARA CONSELHEIROS.** Genebra, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO, 2014.

PEIXOTO, E. M. *et al.* Questionário de Impulsividade, Autoagressão e Ideação Suicida para Adolescentes (QIAIS-A): propriedades psicométricas. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 20, n. 2, p. 272-285, 2019.

PLENER, P. L. *et al.* The prevalence of nosuicidal self-injury (NSSI) in a representative sample of the German population. **BMC Psychiatry**, v.16, n.1, 353, 2016. doi: 10.1186/s12888-016-1060-x

- PLÖDERL, M., TREMBLAY, P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. **International Review of Psychiatry**, v.27, n. 5, p.367–385, 2015. doi: 10.3109/09540261.2015.1083949.
- POLANCZYK, G.V. *et al.* ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol.*, v. 43, n.2, p.434-442, 2014. doi:10.1093/ije/dyt261
- QUEVEDO, J., NARDI, A.E, DA SILVA, A.G. **Depressão: teoria e clínica.** Porto Alegre: Artmed; 2. ed, 2019.
- ROCHA, T.B.M. *et al.* Mood disorders in childhood and adolescence. **Braz J Psychiatry**, v. 35, n.1, p.22-31, 2013.
- RÜSCH, N., ANGERMEYER, M. C., CORRIGAN, P. W. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. **European psychiatry**, v. 20, n.8, p. 529-539, 2005.
- SALUM, G.A. *et al.* Pediatric anxiety disorders: from neuroscience to evidence-based clinical practice. **Braz J Psychiatry**, v. 35, n. 1, p.3-21, 2013.
- SISASK, M., VÄRNIK, A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, v. 9, n.1, p.123-138, 2012. doi: 10.3390/ijerph9010123
- SWEARER, S. M., ESPELAGE, D. L., NAPOLITANO, S. A. **Bullying prevention and intervention: Realistic strategies for schools.** Guilford press, 2009.
- TALIAFERRO, L. A., MUEHLENKAMP, J. J. Risk factors associated with self-injurious behavior among a national sample of undergraduate college students. **Journal of American College Health**, v.63, n.1, p. 40–48, 2015.
- TAYLOR, P. J. *et al.* A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. **Journal of Affective Disorders**, v. 227, p. 759-769, 2018.
- TERZIAN, M. A., ANDREWS, K. M., MOORE, K. A. Preventing multiple risky behaviors among adolescents: Seven strategies. **Res Results Brief**, v. 24, p. 1-12, 2011.
- WALSH, B.W. **Treating self-injury: a practical guide.** New York: Guilford Press, 2012.
- WERNER, K., GROSS, J. J. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In Kring, A.M.; Sloan, D.M. (Eds.). **Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment** (p. 13–37). The Guilford Press, 2010.
- WIENER, C. *et al.* Mood disorder, anxiety, and suicide risk among subjects with alcohol abuse and/or dependence: a population-based study. **Braz J Psychiatry**, v.40, n.1, p.1-5, 2018.

WHITLOCK, J. *et al.* Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. **Journal Adolesc. Health**, v. 52, n.4, p.486-492, 2013. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.010.

WHITLOCK, J., LLOYD-RICHARDSON, E. **Healing self-injury: a compassionate guide for parents and other loved ones**. New York: Oxford University Press Inc., 2019.



## AUTORES

### **Andrea Amaro Quesada**

PhD em Neurociências e Cognição pela Ruhr-Universität Bochum. Mestre em Psicologia e Psicóloga pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Curso de Psicologia na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Professora do curso de Especialização em Neurociências e Reabilitação (UNIFOR). Professora do curso de pós-graduação em Neuropsicologia e Terapia Cognitiva Comportamental na Unichristus. Trabalhos apresentados em Congressos Nacionais e Internacionais (Alemanha, EUA, Japão, Argentina). Artigos publicados nos periódicos internacionais Psychoneuroendocrinology, Stress. Pesquisadora nas áreas de estresse, maus-tratos, Síndrome Congênita do Zika vírus e Fenilcetonúria (PKU). Autora do livro infante-juvenil *A Caixa Mágica e a Busca do Tesouro Escondido*.

### **Carlos Guilherme da Silva Figueiredo**

Médico psiquiatra e Psiquiatra Titular da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP/AMB). Residência Médica em Psiquiatria pela Pax Clínica Psiquiátrica – Instituto de Neurociências. Pós Graduação em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Psiquiatra da Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Economia do Distrito Federal.

Vice-Presidente da Associação Psiquiátrica de Brasília (APBr), diretor tesoureiro e Conselheiro do Conselho Regional de Medicina (CRM/DF) na Gestão 2018-2023. Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do CRM/DF. Membro da comissão de Processo Ético-disciplinar da ABP. É também membro da organização da Campanha de Prevenção ao Suicídio do Setembro Amarelo desde 2017.

### **Antônio Geraldo da Silva**

Médico psiquiatra, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e da Associação Psiquiátrica da América Latina (APAL). Doutor em Bioética pela Faculdade de Medicina do Porto. Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM/DF), Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG) e do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ). Membro do Comitê Intergestor do Trabalho Seguro do Tribunal Superior do Trabalho (TST). Professor convidado da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Diretor Assistencialista da Associação Brasileira das Vítimas do Chapecoense (Abravic). Editor da Brazilian Journal of Psychiatry (BJP) e Editor revisor da revista *Frontiers*.



## **Renata Nayara da Silva Figueiredo**

Médica psiquiatra, com Residência Médica em Psiquiatria pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Psiquiatra Titular da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP/AMB), Presidente da Associação Psiquiátrica de Brasília (APBr) e conselheira do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF). Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do CRM-DF. Na ABP, é membro da Comissão de Emergências Psiquiátricas, da Comissão de Dependência Química e da Comissão de Processo Ético-disciplinar. É também membro da organização da Campanha de Prevenção ao Suicídio do Setembro Amarelo desde 2017.

## **Karine da Silva Figueiredo**

Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista e em Direito pela Universidade de Minas Gerais. Pós-Graduada em Avaliação Psicológica pelo Instituto de Pós-Graduação e Graduação (IPOG). Pós-Graduada em Terapia Cognitiva Comportamental. Psicóloga do IPAGE e Psicóloga do Centro Integrado de Medicina (CIMED). Membro do Conselho Executivo da Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual (ABIPD) desde 2016. Coautora do capítulo “Neuropsicologia do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade” no

livro *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Teoria e Clínica*. Coautora do capítulo “Esquizofrenia: contribuição da neuropsicologia” no livro *Esquizofrenia: Teoria e Clínica*.

## **Isabella Sallum Guimarães**

Psicóloga e Mestre em Medicina Molecular pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). É professora em diversas pós-graduações em Neuropsicologia. Trabalha como neuropsicóloga e como psicóloga na linha cognitivo-comportamental, atendendo crianças, adolescentes e jovens adultos.



## ILUSTRADOR

### Rafael Limaverde

Nascido em Belém/PA, naturalizado cearense, formado em Artes Visuais pelo Instituto Federal do Ceará (IFCE), é xilogravurista e ilustrador. Possui mais de 40 livros ilustrados em diversas editoras do País. É um dos organizadores do “Festival de Ilustração de Fortaleza”, evento realizado dentro da Bienal do Livro do Ceará. É curador das seguintes exposições: “Eco Barroco”, no Centro Cultural Banco do Nordeste – Fortaleza/CE (2011); “Bestiário Nordestino”, na Multigaleria do Centro de Arte e Cultura Dragão do Mar – Fortaleza/CE (2016); “III Festival de Ilustração de Fortaleza”, que ocorreu durante a XII Bienal Internacional do Livro no Centro de Eventos do Ceará (2017).





universidade  
**aberta**  
do nordeste



Fundação  
**Demócrito**  
Rocha



**ABP**  
Associação  
Brasileira de  
Psiquiatria

**OPAS**



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
SECRETARIA DE SAÚDE  
Américas

**DISQUE**  
**SAÚDE**  
**136**

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO

MINISTÉRIO DA  
MULHER, DA FAMÍLIA E  
DOS DIREITOS HUMANOS



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



**PÁTRIA AMADA**  
**BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL