



**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E ATENÇÃO AO
SUICÍDIO DE ADOLESCENTES NAS UNIDADES
SOCIOEDUCATIVAS DE ATENDIMENTO
INICIAL, INTERNAÇÃO E
INTERNAÇÃO PROVISÓRIA DO
DISTRITO FEDERAL**

2ª EDIÇÃO

BRASÍLIA- DF, 2024

Subsecretaria do
Sistema Socioeducativo

Secretaria de
Justiça e Cidadania



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
GOVERNADOR: Ibaneis Rocha
VICE GOVERNADOR(A): Celina Leão

**SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E
CIDADANIA**

Secretária de Estado: Marcela Passamani

**SUBSECRETARIA DO SISTEMA
SOCIOEDUCATIVO**

Subsecretário: Daniel Fernandes Silva Félix

**UNIDADE DE GESTÃO DE POLÍTICAS E
ATENÇÃO À SAÚDE DE JOVENS E
ADOLESCENTES**

Chefe: Roberta Albuquerque Ferreira

**DIRETORIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE E SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL**

Diretora: Heloísa Luna Dantas de Souza

**UNIDADE DE GESTÃO DA MEDIDA DE
INTERNAÇÃO**

Chefe: Carolina Plentz de Andrade

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Secretária de Estado: Lucilene Florêncio

**SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE**

Subsecretária: Bianca Souza Lima

**COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Coordenadora: Sandra Araújo de França

**COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO
SECUNDÁRIA E INTEGRAÇÃO DE
SERVIÇOS**

Coordenadora: Juliana Queiroz Araújo

DIRETORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Diretora: Fernanda Figueiredo Falcomer Meneses

FICHA TÉCNICA EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

Iara Flor Richwin Ferreira (SEJUS)

Heloísa Luna Dantas de Souza (SEJUS)

Carlos Expedito Feitosa de Ávila (SES)

REVISÃO:

Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio do
Distrito Federal:

FERNANDA BENQUERER COSTA -
Presidente do Comitê

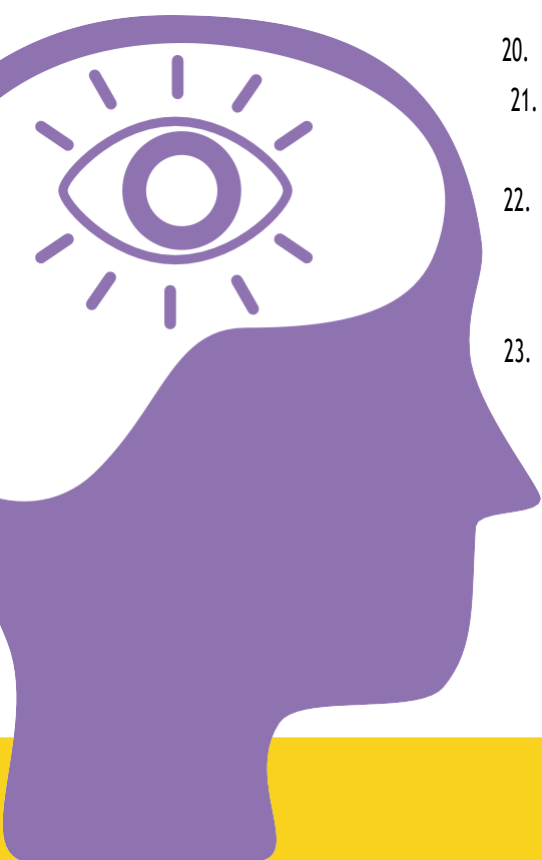
SAMITA BATISTA VAZ DOS SANTOS -
Especialista em Saúde – Psicóloga

Helena Godoy Brito (SEJUS)

DIAGRAMAÇÃO:

Helena Godoy Brito (SEJUS)

1. APRESENTAÇÃO _____	04
2. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA _____	06
3. DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E TERMINOLÓGICAS _____	08
4. INTRODUÇÃO _____	09
5. JUSTIFICATIVA _____	20
6. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS Á SAÚDE (CID - 10) _____	21
7. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL _____	23
8. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO _____	42
9. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO _____	42
10. CONDUTA _____	43
11. BENEFÍCIOS ESPERADOS _____	68
12. MONITORIZAÇÃO _____	69
13. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO DO GESTOR _____	69
14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	70
15. ANEXO I - MITOS E IDEIAS COMUNS SOBRE O SUICÍDIO _____	83
16. ANEXO II - INFORMAÇÕES SOBRE A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO DF _____	86
17. ANEXO III - INFORMAÇÕES SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO DF (RAPS/DF) _____	88
18. ANEXO IV - MODELO DE ESTUDO DE CASO _____	92
19. ANEXO V - MODELO DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA _____	93
20. ANEXO VI - MODELO DE REPORTE DIÁRIO _____	94
21. ANEXO VII - MODELO DE SOLICITAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIAL _____	95
22. ANEXO VIII - FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA _____	96
23. ESTUDO DE CASO - ENTENDENDO O PROTOCOLO NA PRÁTICA _____	98



APRESENTAÇÃO

Em 2019 foi lançada a primeira edição do Protocolo de Prevenção e Atenção ao Suicídio de Adolescentes nas Unidades Socioeducativas de Atendimento Inicial, Internação e Internação Provisória do Distrito Federal, fruto de uma construção coletiva entre Subsecretaria do Sistema Socioeducativo (SUBSIS) da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal (SEJUS) com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES), que tinha como objetivo a garantia de direitos e da valorização da vida desses/asadolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, bem como, instrumentalizar os profissionais do sistema socioeducativo no que diz respeito às intervenções e ações de manejo, cuidado e atenção de adolescentes que enfrentam quadro de sofrimento psíquico grave.

A questão do sofrimento psíquico e do suicídio continua sendo temática importante e sensível de saúde pública. Nos últimos anos temos observado um crescimento nas taxas de adoecimento mental da população geral e, com isso, também se observa um aumento dos casos de suicídio e tentativas de suicídio.

A PROBLEMÁTICA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO E DO SUICÍDIO GANHA CONTORNOS AINDA MAIS COMPLEXOS QUANDO ADICIONAMOS AS QUESTÕES PRÓPRIAS DA ADOLESCÊNCIA E DA CONDIÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE, SENDO UM ASSUNTO AINDA DE EXTREMA RELEVÂNCIA NO ÂMBITO DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO.

Percebe-se, de modo geral, que o Protocolo, a partir da sua primeira edição, produziu reflexos importantes nas rotinas das Unidades de Internação do Distrito Federal quanto às condutas e ao acolhimento dos(as) adolescentes e jovens que estavam em intenso sofrimento psíquico. Equipes mais preparadas e com direcionamento técnico em relação às estratégias de cuidado desses casos mais críticos proporcionaram maior acolhida dos(as) adolescentes e jovens e melhores encaminhamentos de saúde que pudessem reduzir o agravamento da condição de saúde mental dos(as) socioeducandos(as).

É justamente pela importância e atualidade do tema, bem como, pelo impacto positivo do Protocolo nas rotinas institucionais e intervenções profissionais, que a Diretoria de Atenção Integral à Saúde e Serviços em Saúde Mental (DISAM/UNISAU/SUBSIS) se mobiliza para realizar a revisão do Protocolo com o objetivo de atualizar e qualificar ainda mais o documento que tem sido norteador para os profissionais da socioeducação do DF no cuidado aos(as) adolescentes.

A revisão do referido documento passou por diversas etapas de maneira a compartilhar e publicizar o processo de construção do novo texto revisado. A primeira etapa foi a realização da avaliação da primeira edição do protocolo com as equipes socioeducativas das unidades de internação. Foi a partir dessa avaliação e de uma revisão literária ampla que o documento base do protocolo revisado foi elaborado pela equipe técnica responsável. Após a construção do texto completo, este passou por avaliação dos gestores das Unidades Socioeducativas de Internação do Distrito Federal e por consulta pública entre os servidores.

O documento também foi revisado tecnicamente pelo Comitê Permanente de Prevenção ao Suicídio do Distrito Federal, da Diretoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/SAIS/COASIS/DISSAM/CPPSU).

Em sua segunda edição, o Protocolo se apresenta como um documento mais robusto que visa instrumentalizar, de forma teórica e prática, os profissionais que acompanham e atendem os(as) socioeducandos(as) nas unidades de Atendimento Inicial, Internação e Internação Provisória do Distrito Federal, atualizando orientações quanto à identificação do risco de suicídio, aos fatores de risco e de proteção, às formas de manejo a depender do grau de risco, às informações de pós-venção e prevenção, além de apresentar o panorama atual dos estudos que envolvem a temática, possibilitando capacitar os profissionais e desmistificar mitos e verdades pré-concebidas que envolvam o tema do suicídio.

A construção dessa segunda edição se mostrou um processo longo e detalhado que tem como proposta apresentar um documento ainda mais rico e completo que possa nortear e qualificar ainda mais o trabalho dos profissionais que acompanham adolescentes e jovens acutelados(as) nas Unidades Socioeducativas de Internação do Distrito Federal que estão em intenso sofrimento psíquico, de modo que as intervenções desses profissionais se guiem pela defesa do direito à saúde dos(as) socioeducandos(as) e que a socioeducação possa, cada vez mais, conseguir proporcionar valorização da vida e acolhimento para esses(as) adolescentes e jovens.

2. Metodologia de busca da literatura

2.1 Bases de dados consultadas

A busca de literatura se deu por meio de duas estratégias principais: uma revisão integrativa da literatura científica; e uma busca livre e consulta a artigos científicos que não apareceram na revisão integrativa, livros, legislações e publicações nas áreas de saúde mental, psicologia, psiquiatria, sociologia e outras em que o tema foi abordado.

Para a revisão integrativa da literatura, foram selecionadas duas importantes plataformas: SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). A SciELO agrega a produção científica de diferentes disciplinas e o portal da BVS integra fontes de informações científicas e técnicas, especificamente no campo da saúde. Ambas são reconhecidas no meio acadêmico e reúnem os principais periódicos científicos da América Latina e Caribe.

2.2 Palavra(s) chave(s)

Sistema socioeducativo, adolescentes, privação de liberdade, saúde mental, suicídio.

2.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

As buscas ocorreram em setembro de 2022. Inicialmente, foram realizadas tentativas para alcançar sensibilidade a estudos que tratassem da questão de comportamentos suicidas especificamente nos contextos de unidades de cumprimento de medidas socioeducativas. Para isso, foram testados os descritores socioeduca*, internação, “conflito com a lei”, infrator*, “privação de liberdade” em diferentes combinações (a partir dos operadores booleanos AND e OR) com suicídio, suicide, autoextermínio, adolesc*, juventude, jovens, youth. Também foi utilizado o truncamento (*), de modo a alcançar diferentes terminações das palavras. Contudo, identificamos que a inserção de descritores relativos à socioeducação e privação de liberdade levaram à recuperação nula ou a um excesso de resultados não relacionados ao tema. Dessa forma, restringimos a estratégia a descritores sensíveis à questão do suicídio e à questão da adolescência e juventude, resultando na seguinte combinação: (suicidio OR autoextermínio OR suicide) AND (adolesc* OR jovens OR juventude OR young OR youth).



Foram aplicados os seguintes filtros de pesquisa: publicações dos últimos 5 anos (2017 a 2022); texto completo disponível; idiomas – inglês e português; coleções Brasil (SciELO). Essa primeira busca resultou na identificação de 125 artigos na SciELO e de 214 artigos na BVS. Os títulos, resumo e palavras-chave desses 339 artigos foram lidos e, em seguida, foram aplicados os seguintes critérios de seleção:

- **Critérios de inclusão:** abordar a questão do suicídio especificamente entre adolescentes e jovens; abordar temas pertinentes ao protocolo (compreensão do suicídio na adolescência; fatores de risco e proteção; detecção e avaliação do risco; manejo e condutas).

- **Critérios de exclusão:** artigos duplicados; abordar a questão do suicídio sem o foco específico na população de adolescentes e jovens; abordar a questão de saúde de adolescentes e jovens sem focar na questão do suicídio; abordar a questão do suicídio entre adolescentes somente de forma secundária; não abordar temas pertinentes ao protocolo (compreensão do suicídio na adolescência; fatores de risco e proteção; detecção e avaliação do risco; manejo e condutas).

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e eliminação dos 10 artigos que apareceram repetidamente, restaram 53 artigos, que foram lidos na íntegra e categorizados de acordo com a principal temática abordada.

Além desse corpus resultante da revisão integrativa, também foram consultados diversos outros documentos, como livros, artigos que não apareceram na revisão, dissertações e teses, legislações, manuais e planos de implementação de políticas públicas.



3. Definições Conceituais e Metodológicas¹

COMPORTAMENTO SUICIDA:

Pensamentos de morte: pensamentos tais como “a vida não vale a pena”; “queria que tudo acabasse”; “queria dormir e não acordar mais”. Nesses pensamentos, a própria pessoa não aparece como agente de sua própria morte.

Ideação de suicídio: pensamentos de que uma ação autoinfligida resulte na própria morte. Nas ideações, a pessoa aparece como agente da morte.

Intenção suicida: expectativa e desejo de que uma ação autoinfligida resulte na própria morte.

Planejamento de suicídio: plano sobre como executar o autoextermínio, podendo incluir detalhamentos sobre método, data, locais, providências.

Tentativa de suicídio: comportamentos autodestrutivos não fatais, com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas, de que a pessoa tinha intenção de morrer.

Suicídio consumado: Morte autoprovocada com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas, de que a pessoa tinha intenção de morrer.

COMPORTAMENTO DE AUTOLESÃO:

Comportamentos intencionais, envolvendo agressão direta ao próprio corpo. É importante ressaltar que os comportamentos de autolesão podem se dar **COM ou SEM ideações de suicídio**. Embora nem toda violência autoprovocada caracterize, necessariamente, um desejo ou intenção de morrer, os comportamentos de autolesão podem estar relacionados com ideações de suicídio, devendo ser tomados sempre como sinal de alerta e de necessidade de contínua avaliação.

4. Introdução

O fenômeno do suicídio é um grave problema social e de saúde pública, de escala mundial. De acordo com o último levantamento realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 700 mil pessoas morreram por suicídio em 2019, o que representa 1 a cada 100 mortes ocorridas no mundo². Segundo o mesmo estudo, todos os anos, mais pessoas morrem como resultado de um ato suicida do que de HIV, malária, câncer de mama, guerras ou homicídios³.

É importante ressaltar que, entre os anos de 2000 e 2019, a taxa global de suicídios padronizada por idade sofreu um decréscimo significativo de 36%. Contudo, contrariamente a essa tendência global, na região das Américas houve um aumento de 17% nas taxas de suicídio no mesmo período⁴. Além disso, destaca-se que, embora constitua um sério problema em países de alta renda, o fenômeno do suicídio se apresenta com maior intensidade e complexidade em países de média e baixa renda, onde, em 2019, se deram 77% de todos os suicídios cometidos no mundo⁵.

O segmento populacional de adolescentes e jovens adultos apresenta uma vulnerabilidade maior para o suicídio. Segundo a OMS⁶, em 2019, o suicídio foi a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. E, especificamente nesse segmento etário, a lógica de que a vulnerabilidade social e a precariedade aumentam os riscos para o suicídio mostra-se ainda mais acentuada⁷: em 2019, 90% dos casos de suicídio em adolescentes e jovens ocorreram em países de média e baixa renda.

No contexto brasileiro, esse fenômeno tem se apresentado como um problema de saúde pública crescente, com um aumento de 43% das taxas de mortalidade por suicídio entre 2010 e 2019⁸. Embora esse aumento de incidência tenha atingido todos os grupos etários, o estudo descritivo do Ministério da Saúde (MS) indica que ele se deu de modo muito mais pronunciado entre os adolescentes, segmento que, de 2010 a 2019, sofreu um incremento de 81% nas taxas de mortalidade por suicídio. Outro estudo do MS⁹, que analisou o intervalo entre os anos de 2016 e 2021, mostra que foram notificados 6.588 óbitos de adolescentes por suicídio nesse período. Identificou-se que o suicídio foi mais frequente entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade (84,4%), do sexo masculino (67,9%), em pretos e pardos (56,1%), sendo o enforcamento o método utilizado com maior recorrência (76,1%).

Como mostram os dados acima, além de ter maior incidência entre adolescentes e jovens, a epidemiologia do suicídio também é relacionada com as estruturas de gênero de cada sociedade, configurando o que ficou conhecido como o “paradoxo de gênero”: enquanto os homens apresentam um número maior de suicídios consumados resultantes em óbitos, as mulheres apresentam maior frequência de tentativas. Esse paradoxo pode estar relacionado com diferentes fatores, mas, como destacado por Baére e Zanello¹⁰, tem como principal justificativa a teoria de que homens usam métodos mais letais do que as mulheres, o que se relaciona intrinsecamente com as formas de subjetivação, valores e ideais de masculinidade e feminilidade prescritos hegemonicamente em nossa cultura. Além disso, os autores também ressaltam, a partir do trabalho de Canetto e Sakinofsky (1998), que, quanto maiores as desigualdades e assimetrias das relações de gênero de determinado contexto social, mais intensamente vai se manifestar o paradoxo de gênero, corroborando a íntima articulação entre o comportamento suicida e as construções sociais de gênero.

Em uma perspectiva semelhante, identifica-se que o fenômeno do suicídio tem profunda vinculação com as vulnerabilizações sociais e violências estruturais, apresentando elevadas incidências em grupos marginalizados, precarizados e discriminados: indígenas e pessoas negras; refugiados e migrantes; LGBTQIA+; e pessoas privadas de liberdade^{11,12}. Entre 2011 e 2016, os indígenas foram os que mais cometeram suicídios no Brasil, apresentando uma taxa de cerca de três vezes maior do que a da população geral. Essa elevada incidência deve ser compreendida a partir do contexto de colonização traumática; dos esforços sistemáticos de extermínio e apagamento dos povos indígenas; e da discriminação, exclusão e perda dos modos tradicionais de vida que lhes são infligidas^{13,14,15}. É necessário destacar, também, que estudos têm demonstrado elevação dos riscos de suicídio para a população negra: de 2012 a 2016, a taxa de mortalidade por suicídio aumentou 12% entre jovens negros, enquanto permaneceu estável entre brancos; e em 2016 o risco de suicídio entre jovens negros foi 45% maior quando comparado aos brancos^{16,17}. Observa-se, portanto, que os segmentos cujos sujeitos mais morrem por suicídio são aqueles mais acometidos por violências de diferentes ordens: sociais, estruturais, físicas, simbólicas e psicológicas^{18,19}.



4.1. Sistema socioeducativo e privação de liberdade

Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa com restrição de liberdade, constituem um segmento que reúne diferentes fatores de risco para o suicídio, como a própria privação de liberdade. Nesse sentido, cumpre salientar que a internação em estabelecimento socioeducativo – que deve respeitar os princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição de pessoa em desenvolvimento – é uma medida que só pode ser aplicada quando se tratar de ato infracional que envolva grave ameaça ou violência; quando ocorrer reiteração de outras infrações graves; e quando houver descumprimento reiterado e injustificado de outras medidas mais leves (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA)²⁰.

É importante destacar que os adolescentes devem ser alvo de ações socioeducativas que contribuam com sua formação identitária, com seu projeto de vida e com o desenvolvimento de sua autonomia, da solidariedade e de competências relacionais, cognitivas e produtivas. Além disso, como destacado no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), as ações e intervenções pedagógicas e socioeducativas.

devem propiciar ao adolescente o acesso a direitos e às oportunidades de superação de sua situação de exclusão, a possibilidade de ressignificação de valores, bem como o acesso à formação de valores para a participação na vida social, vez que as medidas socioeducativas possuem uma dimensão jurídico-sancionatória e uma dimensão substancial ético-pedagógica” (p. 46)²¹.



O suicídio está diretamente relacionado com as vulnerabilizações sociais e violências estruturais, apresentando alta incidência em grupos marginalizados, precarizados e discriminados: indígenas e pessoas negras; refugiados e migrantes; LGBTQIA+; e pessoas privadas de liberdade.

A incompletude institucional constitui outro princípio fundamental e norteador do trabalho socioeducativo e se mostra ainda mais relevante e complexa no contexto das unidades de privação de liberdade^[a]. Nessa perspectiva, os programas e unidades socioeducativas devem assumir um papel de articuladores da atuação de diferentes áreas da política social para a garantia da proteção integral a que têm direito os adolescentes, com a participação próxima e efetiva dos sistemas e políticas de educação, saúde, trabalho, previdência social, cultura, esporte, lazer, segurança pública, entre outros²². Especificamente no campo da saúde integral e da saúde mental, vale ressaltar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI), instituída pela Portaria nº 1082 de 23/05/2014²³, que estabelece os fluxos, critérios e diretrizes para a atenção integral à saúde de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas esferas da promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. No sentido de organizar e ampliar o acesso, ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a lei, a PNAISARI aponta a importância das ações intersetoriais e da responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas, salientando a necessária articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA), previstos no SINASE, de modo a atender às complexas necessidades desta população.

[a] As medidas socioeducativas de privação de liberdade são cumpridas em unidades que podem ser destinadas à internação provisória (antes de proferida a sentença judicial, com duração máxima de 45 dias) ou internação estrita (com duração máxima de 3 anos). A Unidade de Atendimento Inicial do Núcleo de Atendimento Integrado (UAI/NAI), onde os adolescentes apreendidos em flagrante são acolhidos, também implica em privação de liberdade, pelo período máximo de 24 horas. As diferentes unidades de internação possuem uma estrutura orgânica dividida em direção e gerências, com competências próprias. A direção, ente hierárquico mais alto da estrutura, tem como atribuição organizar e gerir o trabalho das outras gerências da Unidade Socioeducativa e realizar as articulações necessárias para atender as demandas dos adolescentes. A Gerência Sociopsicopedagógica (GESP) coordena, orienta e supervisiona a execução do processo sociopsicopedagógico. A Gerência de Saúde (GESAM - nos casos das unidades de internação estrita e provisória) ou o Espaço Saúde (no caso da UAI/NAI) são responsáveis por acolher, acompanhar e encaminhar as demandas de saúde integral dos adolescentes. A Gerência de Segurança (GESEG - no caso das unidades de internação estrita ou provisória) ou o Coordenador de Plantão (C2 - no caso do NAI) são responsáveis pela segurança, disciplina e proteção de toda a comunidade socioeducativa.

Com o intuito de melhor compreender o grupo populacional ao qual o presente protocolo se destina, é importante destacar alguns dados sociodemográficos relativos especificamente aos adolescentes vinculados ao sistema socioeducativo no Distrito Federal. Segundo o Relatório Anual Estatístico de 2022²⁴, no que se refere à **idade**, há um predomínio de adolescentes de 17 e 18 anos nas diferentes medidas socioeducativas, sendo que a medida de internação estrita tem predominância no percentual de adolescentes com 18 anos e a internação provisória com predominância de 17 anos de idade. Com relação a **gênero**, o estudo identifica a preponderância de adolescentes do sexo masculino, com uma proporção de 94,2 % de homens / 2,7% mulheres no contexto da internação estrita e de 85,9% / 4,0% na internação provisória. Sobre a dimensão de **raça/cor**, constatou-se que o percentual de jovens identificados como pretos e pardos segue acima de 60% em todas as medidas socioeducativas, apresentando as seguintes proporções nas medidas de internação estrita e provisória, respectivamente: 76,7% pretos e pardos, 14,6% brancos; 77,1% pretos e pardos, 11,4% brancos. Os dados sobre a **escolaridade** mostram que os adolescentes vinculados à internação estrita ou que passaram pela internação provisória apresentam um nível mais alto, comparativamente aos adolescentes vinculados ao meio aberto e à semiliberdade. Na internação provisória, os níveis de escolaridade que se mostraram mais frequentes foram: 8º e 9º anos do Ensino Fundamental, com 23,1 %; e 6º e 7º anos, com 19,8%. Na internação estrita, foram: 1ª série do Ensino Médio, 20,4%; e 8º e 9º anos do Ensino Fundamental, com 20,00%.

4.2. O Suicídio na adolescência – revisão integrativa de literatura

A revisão da literatura teve o objetivo de identificar o estado da produção científica recente sobre a questão do suicídio entre adolescentes em conflito com a lei e/ou vinculados a medidas socioeducativas. Contudo, o primeiro resultado a ser destacado refere-se ao fato de que, apesar de ser abordado na chamada “literatura cinzenta” – teses, dissertações, manuais, documentos e materiais técnicos –, o fenômeno do suicídio situado especificamente no âmbito da socioeducação não pôde ser identificado a partir do método adotado na presente revisão. Isso indica, possivelmente, a exígua e incipiente produção científica sobre o tema e aponta para a necessidade de estudos e pesquisas que busquem aprofundar essa questão. A partir do deslocamento de escopo para a questão do suicídio na adolescência e juventude, chegamos a um corpus de análise constituído por 53 artigos. A análise de conteúdo dos artigos resultou na construção de quatro categorias temáticas principais, decorrentes do agrupamento dos artigos de acordo com os temas e conteúdos centrais abordados, de acordo com os elementos comuns e coesão entre os diferentes artigos, bem como com as diferenciações temáticas^{25,26}.

Categoria 1 – Fatores de risco e proteção:

Esta categoria foi a mais numerosa do corpus aqui analisado e conta com 23 artigos que se dedicam, predominantemente, à investigação sobre diferentes fatores associados ao risco de suicídio, abrangendo as seguintes esferas: comportamentos de risco; motivações, pensamentos e sentimentos; condições de saúde mental e psicopatologias associadas; região geográfica e contexto social; família e rede de apoio; situações de discriminação e violências; indicadores e vulnerabilidades socioeconômicas.

Três estudos apontaram que o uso de álcool^{27,28} e outras drogas²⁹ estão associados com maior risco de suicídio. Como ressaltado por Silva et al.³⁰, o uso de álcool entre adolescentes está relacionado com maior prevalência de sofrimento psicológico, ansiedade, depressão e estresse. Nesses quadros, o uso de substâncias psicoativas pode ser utilizado como busca de alívio e redução do sofrimento que, no entanto, pode distanciá-los do efetivo enfrentamento dos problemas e, ao mesmo tempo, acentuar o sofrimento que se pretendia atenuar.

Nessa perspectiva, destaca-se a estreita associação estabelecida pela maioria dos estudos desse campo entre o risco de suicídio e os quadros de transtornos mentais e sintomas psicopatológicos^{31, 32, 33, 34, 35, 36, 37}. Sem negar a importância dessa correlação, é necessário, contudo, o cuidado de não a tomar como compreensão reducionista e totalizante, que implicaria em uma individualização do problema e em uma desconsideração dos fatores sociais, políticos, econômicos e dos elementos interseccionais de raça, classe e gênero intrinsecamente relacionados³⁸.

Nesse sentido, os estudos de Cecchin et al.³⁹; Neiva-Silva, Gomes et al.⁴⁰; Alarcão et al.⁴¹; Penso e Sena⁴²; Jaen-Varas et al.⁴³ apontam que as vulnerabilidades e desigualdades sociais, a pobreza e as privações socioeconômicas constituem importantes determinantes do suicídio na adolescência. Além disso, três artigos ressaltam a íntima articulação entre situações de discriminação, exclusão e estigmatização e os comportamentos suicidas na adolescência: Pimentel, Méa e Patias⁴⁴ mostram a correlação positiva entre ser vítima de bullying e ter ideia suicida; Cordoba, Oliva e Galarza⁴⁵ identificam que ser vítima de discriminações – independentemente de sua especificidade (diversidades sexuais, características físicas ou aspectos socioculturais e econômicos) – favorece o desencadeamento de ideias e planejamentos suicidas; por fim, Brandelli Costa et al.⁴⁶ apontam a relação direta entre discriminações e estigmatizações sexuais e um aumento nas taxas de tentativas de suicídio. De modo correlato, diferentes artigos^{47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54} mostram como a exposição a diversas formas de abuso infantil e a violências psicológicas, físicas ou sexuais aumentam significativamente o risco de comportamentos suicidas na adolescência.

Por fim, identificou-se um conjunto de artigos^{55, 56, 57, 58, 59, 60, 61} que indicam como significativos fatores de risco para o suicídio na adolescência: menor segurança nos vínculos; relações familiares fragilizadas e sem espaço para diálogo, escuta e manifestação de emoções; e suportes sociais e redes de apoio mais frágeis e reduzidos. Nesta dimensão, destaca-se o estudo de Simões et al. (2022)⁶², que mostra a importância das relações na comunidade escolar para a minimização do risco de suicídio e que aponta o significativo potencial de profissionais de saúde no fortalecimento das relações familiares e das redes de apoio social, constituindo fator de proteção.

Categoria 2 – incidência, tendências e características:

Esta categoria é composta por 15 artigos^{63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74} que, a partir de diferentes regiões do Brasil e diferentes intervalos temporais, se dedicam a: identificar prevalências e perfis epidemiológicos do comportamento suicida na adolescência; examinar tendências de notificação e mortalidade por lesões autoprovocadas em adolescentes; caracterizar e descrever sob diferentes aspectos as tentativas e os suicídios consumados.

IDENTIFICA-SE, NOS ÚLTIMOS ANOS, UM ALARMANTE CRESCIMENTO DOS COMPORTAMENTOS SUICIDAS E DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES.

De modo geral, o principal achado desta categoria é que, independentemente do intervalo temporal ou da região do Brasil, todos os estudos apontam para um alarmante crescimento dos comportamentos suicidas e da mortalidade por suicídio entre adolescentes. Como destacam Ribeiro e Moreira⁷⁵, os adolescentes e jovens brasileiros vêm se destacando de modo crescente, sustentado e de alto impacto como segmento significativamente vulnerável ao suicídio.

Categoria 3 – prevenção, atenção e cuidado:

A presente categoria é composta por 11 artigos que se dedicam à investigação e compreensão sobre estratégias de prevenção e intervenção relacionadas ao comportamento suicida em adolescentes.

O estudo de González et al.⁷⁶ revisa e sistematiza diferentes experiências preventivas com a população adolescente e juvenil, no contexto latino-americano, de 2007 a 2022. Os autores identificam que, nessas experiências, são valorizadas principalmente as psicoterapias que trabalham a melhora da autoestima, a tolerância à frustração, o manejo de problemas e a autonomia do sujeito. Além disso, assim como o estudo de Cecchin et al.⁷⁷, os autores ressaltam a relevância da psicoeducação como estratégia interventiva de prevenção ao suicídio.

Segundo González et al.⁷⁸, essas estratégias psicoeducativas podem ser direcionadas aos adolescentes e seus familiares, para a promoção de ressignificação do conceito de suicídio; identificação de mitos e verdades; desenvolvimento de inteligência emocional, expressão das emoções e comunicação afetuosa e assertiva. Contudo, os autores ressaltam a importância de que a psicoeducação também seja destinada a outros atores sociais envolvidos – como comunidade escolar, professores, profissionais de saúde, entre outros – e que sejam estabelecidas redes e conexões entre centros educacionais e centros de saúde. Ambos os estudos^{79, 80} destacam a eficácia da estratégia de capacitação de gatekeepers ou guardiões, que, enquanto atores inseridos em cada contexto específico (como a escola, por exemplo), são treinados para identificação do risco de suicídio, intervenções e encaminhamentos adequados. Cumpre salientar o destaque dado pelos autores dos dois estudos à importância de que as diferentes estratégias de prevenção considerem as características e especificidades contextuais, culturais e sociais de cada grupo no qual se pretende intervir.

Dois artigos dedicaram-se à análise de programas de prevenção ao suicídio especificamente no contexto escolar. O estudo de Val & Míguez⁸¹, a partir de revisão sistemática da literatura, identificou que os programas mais utilizados no âmbito escolar são os programas de prevenção universal, isto é, direcionados a todo o segmento de estudantes, sem focar em nenhum subgrupo, tais como estudantes com risco ou ideias de suicídio identificados. Como destacam os autores, os programas universais têm o objetivo de promover conscientização sobre o suicídio, desconstrução de mitos e tabus, capacidade de identificação de sinais de risco e oferta de informações sobre como e onde pedir ajuda. Eles têm como principais estratégias de intervenção e proteção contra o suicídio: a psicoeducação, o treinamento de pares e guardiões (gatekeepers) e o treinamento de habilidades, enfrentamento e resolução de problemas e comunicação. O estudo de Sganzerla⁸² também aponta a eficácia do treinamento de habilidades sociais com os estudantes, mas chama a atenção para a importância de que as estratégias também sejam direcionadas para os educadores e professores, facilitando a identificação de sinais de alerta de risco para o suicídio e instrumentalizando-os para condutas e manejos adequados, que estejam a seu alcance.

Os estudos de Saggese⁸³ e Martínez-Schiavo e Viola⁸⁴ ressaltam a importância de dar voz aos adolescentes e escutá-los em seus sofrimentos, evitando as passagens ao ato. Martínez-Schiavo e Viola⁸⁵ apontam, ainda, que, para a prevenção contra a reincidência de tentativas de suicídio entre os adolescentes que já tentaram uma vez, faz-se essencial um acompanhamento próximo, com maior atenção após a tentativa e com a estratégia de controle telefônico a cada três meses, que objetiva manter o vínculo com o adolescente e avaliar suas condições de saúde mental.

Nessa mesma perspectiva, Xavier, Otero, Blanco e Vázquez⁸⁶ destacam como a estratégia de follow up por seis meses promove uma minimização dos riscos de novos comportamentos suicidas, reduzindo a intenção, o planejamento e as tentativas de autoextermínio. Por fim, o estudo de Oyanadel et al.⁸⁷ identificou que uma intervenção focada sobre a perspectiva temporal de Zimbardo – que trabalha a partir dos sentidos e significações de presente, passado e futuro – reduziu significativamente a ideação de suicídio entre os adolescentes participantes.

Categoria 4 – discursos, representações e interpretações

Esta é a categoria mais reduzida do corpus de análise e é composta por quatro artigos que se dedicam a examinar os discursos, representações e interpretações sobre o suicídio na adolescência.

Silva Filho e Minayo⁸⁸ propõem o conceito de um triplo tabu que envolve o suicídio de crianças e adolescentes: o tabu da morte, o tabu do suicídio e o tabu do suicídio infantojuvenil. Os autores apontam que esse continuum de tabus impede o diálogo aberto sobre tema tão urgente, prejudicando a difusão de ações de cuidado e prevenção ao comportamento suicida entre crianças e adolescentes. O estudo de Kravetz et al.⁸⁹, ao pesquisar as representações sociais sobre o suicídio entre adolescentes de uma escola pública, identificam que elas são conformadas e influenciadas pelos laços familiares, pelo grupo de amigos, pelos valores compartilhados no ambiente escolar e pelos discursos da mídia. Identificou-se que os adolescentes consideram que as relações que cada pessoa constrói têm um papel essencial na tomada de decisão entre cometer ou não o suicídio. Dessa forma, os autores ressaltam que família, amigos e escola podem funcionar como fator de proteção e rede de apoio, ou, ao contrário, como ponto de negligência e desproteção.

HÁ UM TRIPLO TABU QUE ENVOLVE O SUICÍDIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: O TABU DA MORTE, O TABU DO SUICÍDIO E O TABU DO SUICÍDIO INFANTOJUVENIL. ESSA SOBREPOSIÇÃO DE TABUS PODE IMPEDIR O DIÁLOGO ABERTO E PREJUDICAR A DIFUSÃO



O estudo de Monari e Bertolli Filho⁹⁰ analisa a cobertura jornalística sobre o suicídio entre adolescentes negros em três veículos de comunicação, identificando falhas, silenciamentos e desconsideração de perspectivas sociológicas e antropológicas nos três veículos, mesmo naquele que se diz especializado na temática racial. Por fim, no campo do discurso científico, Piccin et al.⁹¹ indica que as produções científicas sobre o suicídio entre crianças e adolescentes no Brasil é de baixa qualidade, com uma lacuna significativa no que se refere a estudos sobre intervenções desenhadas especificamente para esse segmento etário.

O que as pesquisas científicas sobre o suicídio na adolescência nos mostram?

- A exposição ao bullying e/ou a diferentes formas de abuso e violências (psicológicas, físicas ou sexuais) aumentam o risco de comportamentos suicidas na adolescência.
- São importantes fatores de risco relacionados ao contexto sociofamiliar:
 - Menor segurança nos vínculos;
 - Relações familiares fragilizadas e sem espaço para diálogo, escuta e manifestação de emoções
 - suportes sociais e redes de apoio frágeis e reduzidos
- A comunidade escolar e as relações que aí se estabelecem são fundamentais para o enfrentamento da questão do suicídio na adolescência, afetando diretamente os fatores de risco ou proteção.
- É muito importante dar voz aos adolescentes e escutá-los em seus sofrimentos e conflitos.

Família, amigos e escola podem funcionar como fator de proteção e rede de apoio, ou, ao contrário, como ponto de negligência e desproteção.



4.3. Comportamento suicida e a comunidade e socioeducativa

Os comportamentos suicidas entre adolescentes refletem “situações extremas da subjetividade”⁹² que, por sua vez, podem conduzir os profissionais e os contextos institucionais a situações também extremas. O fenômeno do suicídio pode ser considerado um dos principais desafios enfrentados nos contextos de privação de liberdade, constituindo uma dimensão altamente complexa e sensível da prática socioeducativa. Comportamentos suicidas tendem a produzir dúvidas, angústias, crises, sofrimentos e sentimentos de impotência ou de culpa entre os profissionais, perturbando seus conceitos, teorias, processos e metodologias de trabalho. Também pode produzir discordâncias significativas entre os diferentes atores da comunidade socioeducativa, com formas de enfrentamento conflitivas e pouco colaborativas. Além disso, como destacado por Botega⁹³ e Tavares⁹⁴, os comportamentos suicidas tendem a mobilizar preconceções, estigmatizações, tabus, mitos e não-ditos, acionando mecanismos de defesa que enrijecem a conduta profissional frente aos adolescentes, impedindo postura acolhedora e embaçando a capacidade de avaliação da conduta.

“O paciente suicida é ameaçador, fere devoções e expectativas. Ao trazer a morte para mais perto, ele desafia subterfúgios existenciais de quem o atende. Por isso vários mecanismos de defesa psicológicos são ativados e se combinam com a finalidade de evitar a percepção desse drama humano e proteger-nos. Aí entram os preconceitos, as crenças, a repulsa automática...”
(Botega, 2015, p. 13 ⁹⁵)

Diante desse elevado potencial de interpelar sentimentos e emoções intensos entre os profissionais – que podem levar a condutas conflitantes com medidas terapêuticas – destaca-se a importância de que os profissionais tenham espaço adequado para elaborar seus sentimentos e afetos diante de situações de suicídio⁹⁶, bem como suas crenças preconcebidas, que podem estar eivadas por mitos e tabus^[b].

Em suma, assim como os comportamentos suicidas afetam de modo acentuado a realidade das unidades socioeducativas, esses contextos institucionais também exercem importante impacto sobre a saúde mental dos adolescentes e sobre as condições para o comportamento suicida. E isso pode se dar tanto no sentido da prevenção e cuidado ou, ao contrário, com efeitos prejudiciais, que podem intensificar os elementos de vulnerabilidade e risco para o suicídio⁹⁷.

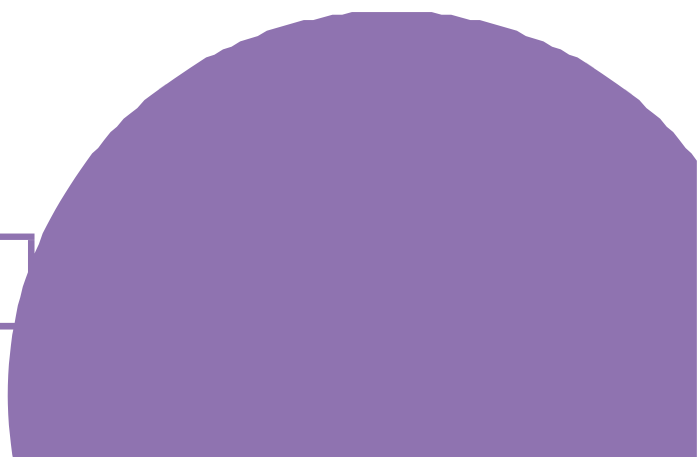
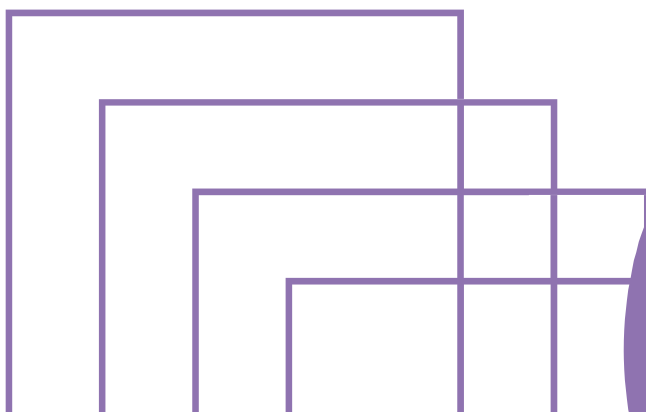
[b] Apresentamos, anexo ao protocolo uma lista com os principais mitos, tabus e estigmas que vigoram nos discursos dominantes sobre o suicídio, como apoio para a reflexão.

5. Justificativa

Diante dos dados e discussões apresentados, identifica-se que o segmento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meios fechados acumulam vários fatores que podem representar maior risco para o suicídio: encontram-se na faixa etária com maior expressividade epidemiológica; são, em sua maioria, homens; identificam-se majoritariamente como pretos e pardos; apresentam trajetórias de vida marcadas por situações de acentuada precariedade, vulnerabilidade, exclusão social e violações múltiplas. Ressalta-se, ainda, o risco decorrente da própria situação de privação de liberdade e distanciamento familiar e social. O presente protocolo tem o objetivo de fornecer subsídios teóricos, práticos e interventivos para o desenvolvimento de olhares cuidadosos e aprofundados sobre o fenômeno do suicídio entre esses adolescentes. Com isso, pretende-se oferecer aos profissionais compreensões e direcionamentos que fundamentem, instrumentalizem e aprimorem as ações de prevenção, assistência, atenção e cuidado relacionados ao suicídio nas unidades socioeducativas de privação de liberdade.

Os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa com restrição de liberdade reúnem diferentes elementos que podem representar risco para o suicídio:

- A própria privação de liberdade e o distanciamento familiar e social
- Faixa etária com maior expressividade epidemiológica;
- Identificam-se majoritariamente como pretos e pardos;
- Apresentam trajetórias de vida marcadas por situações de precariedade, vulnerabilidade, exclusão social e violações múltiplas.



6. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Na CID – 10, as lesões autoprovocadas intencionalmente são classificadas em:

X60 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos;

X61 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte;

X62 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte;

X63 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo;

X64 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas;

X65 - Auto-intoxicação voluntária por álcool;

X66 - Auto-intoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores;

X67 - Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores;

X68 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas;

X69 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas;

X70 - Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação;

X71 - Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão;

X72 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão;

X73 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre;

X74 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada;

X75 - Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos;

X76 - Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas;

X77 - Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes;

X78 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante;

- X79 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente;
- X80 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado;
- X81 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento;
- X82 - Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor;
- X83 - Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados;
- X84 - Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.

Além dos códigos acima, o Capítulo V do CID-10, referente a "**Transtornos mentais e comportamentais**" (F00-F99), são relevantes no contexto de tentativas de suicídio e comportamentos de risco relacionados. Compreende-se que nem todos os comportamentos suicidas dependem de transtornos mentais configurados, porém, quando estes estão presentes, há um aumento do risco que deve ser sistematicamente avaliado:

- F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos;
- F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa;
- F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes;
- F30-F39 Transtornos do humor [afetivos];
- F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes;
- F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos;
- F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto;
- F70-F79 Retardo mental;
- F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico;
- F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência;
- F99 Transtorno mental não especificado;

Fonte: DATASUS



7. Diagnóstico Clínico ou Situacional

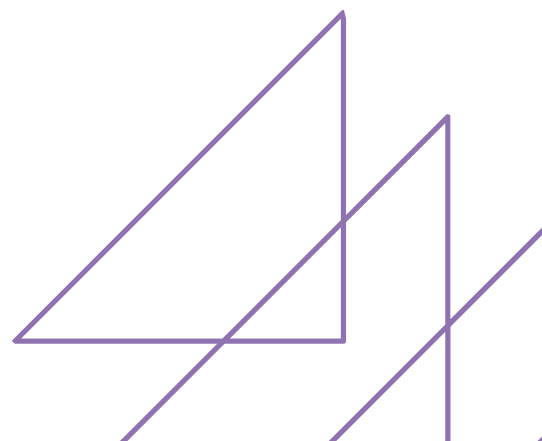
O suicídio é um fenômeno complexo e multidimensional para o qual não cabe compreensões e explicações universais, absolutas, simplificadoras e totalizantes:

“Para Edwin Shneidman, a busca por uma formulação universal para a suicidologia é uma ‘quimera, um monstro conceitual imaginário e inexistente’. (...) Para esse autor, cada suicídio é um evento único, idiossincrático e particular” (Botega, 2015, p. 77-78⁹⁸).

Os comportamentos suicidas, ao mesmo tempo em que são expressão e manifestação de questões singulares, também estão relacionados a questões socioculturais, políticas e institucionais. Nesse sentido, faz-se necessário superar uma visão meramente individualizante, compreendendo a questão do suicídio não apenas como um problema do adolescente, mas como algo que reflete as dinâmicas e características dos contextos nos quais estão inseridos. Na mesma perspectiva, também é essencial a superação de concepções que associam o suicídio unicamente a transtornos mentais e promovem uma responsabilização exclusiva do sujeito. Ao contrário, faz-se urgente uma reflexão sobre os elementos que produzem e intensificam vulnerabilidades, como os fatores raciais, socioeconômicos e de gênero, que são condicionantes de saúde e podem aumentar o risco para suicídio.

É NECESSÁRIO SUPERAR UMA VISÃO QUE INDIVIDUALIZA O SUICÍDIO, COMPREENDENDO-O COMO UM PROBLEMA SOMENTE DO ADOLESCENTE. TRATA-SE DE UM FENÔMENO QUE, ALÉM DA DIMENSÃO INDIVIDUAL, REFLETE AS DINÂMICAS E CARACTERÍSTICAS DOS CONTEXTOS EM QUE AS PESSOAS ESTÃO INSERIDAS.

TAMBÉM É ESSENCIAL A SUPERAÇÃO DE CONCEPÇÕES QUE ASSOCIAM O SUICÍDIO UNICAMENTE A TRANSTORNOS MENTAIS. AO CONTRÁRIO, FAZ-SE URGENTE UMA REFLEXÃO SOBRE OS ELEMENTOS QUE PRODUZEM E INTENSIFICAM VULNERABILIDADES, COMO OS FATORES RACIAIS, SOCIOECONÔMICOS E DE GÊNERO, QUE SÃO CONDICIONANTES DE SAÚDE E PODEM AUMENTAR O RISCO PARA O SUICÍDIO.



APESAR DE SUA COMPLEXIDADE, O SUICÍDIO PODE SER PREVENIDO E ENFRENTADO, A PARTIR DE ESFORÇOS COLETIVOS, INTEGRADOS, COOPERATIVOS E CORRESPONSABILIZADOS, COMBATENDO OS ESTIGMAS, TABUS E PRECONCEITOS RELACIONADOS E POR MEIO DE INTERVENÇÕES BEM FUNDAMENTADAS E AVALIADAS DE FORMA CUIDADOSA E CRITERIOSA. A CONSTRUÇÃO DAS ESTRATÉGIAS E CONDUTAS DE PREVENÇÃO, ATENÇÃO E CUIDADO ENVOLVE OS SEGUINTE PROCESSOS:

- 1) IDENTIFICAÇÃO DO RISCO;
- 2) AVALIAÇÃO DO RISCO A PARTIR DA CONJUNÇÃO DOS FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO; E
- 3) CLASSIFICAÇÃO DO RISCO.





7.1. Identificação do risco de suicídio:

Uma adequada identificação do risco de suicídio constitui parte essencial do conjunto de ações preventivas e interventivas em comportamentos e/ou crises de suicídio⁹⁹. Para isso, é preciso desconstruir a ideia errônea de que não se pode abordar a questão de forma direta¹⁰⁰: “a melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela” (Ministério da Saúde, OPAS & Unicamp, 2006, p. 57 ¹⁰¹). Falar sobre o assunto não aumenta o risco de suicídio; ao contrário, permite que a pessoa se sinta acolhida e aliviada por poder falar sobre aquilo que lhe traz sofrimento e sobre os pensamentos e sentimentos relacionados ao suicídio^{102, 103}. Destaca-se que a identificação do risco não é restritiva a nenhuma área profissional determinada, mas pode ser feita por diferentes atores da comunidade socioeducativa.

**“A MELHOR MANEIRA DE
DESCOBRIR SE UMA PESSOA TEM
PENSAMENTOS DE SUICÍDIO É
PERGUNTAR PARA ELA”
(MINISTÉRIO DA SAÚDE, OPAS &
UNICAMP, 2006, P. 57 101).**


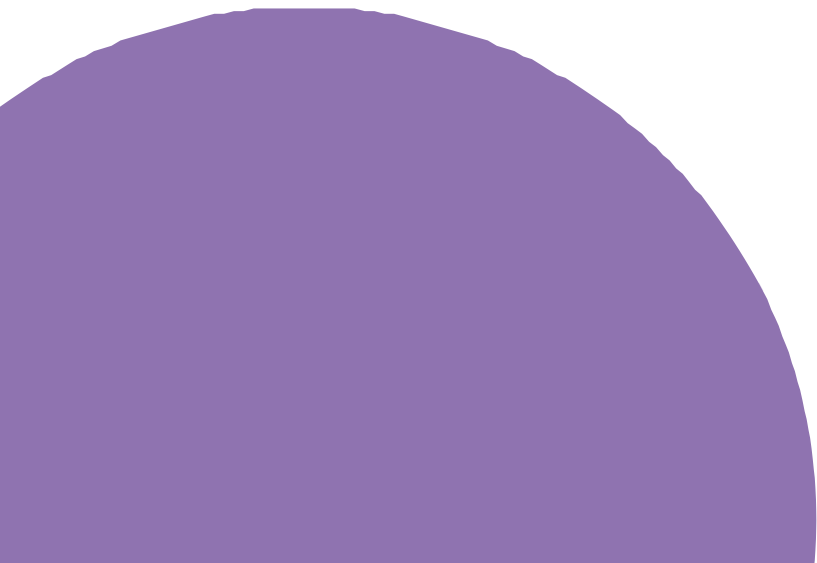
**FALAR SOBRE O ASSUNTO NÃO
AUMENTA O RISCO DE SUICÍDIO;
AO CONTRÁRIO, SE FEITO COM
TATO E CAUTELA, PERMITE QUE
A PESSOA SE SINTA ACOLHIDA E
ALIVIADA POR PODER FALAR
SOBRE AQUILO QUE LHE TRAZ
SOFRIMENTO E SOBRE OS
PENSAMENTOS E
SENTIMENTOS
RELACIONADOS AO SUICÍDIO.**

**A identificação do risco não é
restritiva a nenhuma área
profissional determinada,
mas pode ser feita por
diferentes atores da
comunidade socioeducativa.**



É importante abordar o sujeito de forma calma e empática, sem julgamentos morais e sem demonstrações de descrença ou espanto, a partir de uma boa vinculação, que favoreça a confiança e a colaboração^{104, 105, 106}. Se possível, é importante que o local do atendimento/abordagem/entrevista seja acolhedor e propicie a privacidade e confidencialidade¹⁰⁷. A disponibilidade emocional e de tempo é essencial para uma das tarefas mais importantes da abordagem inicial com os sujeitos: ouvi-los efetivamente, com respeito, compreensão, cordialidade, empatia e não-julgamento, o que já pode auxiliar a reduzir o nível de “desespero suicida”¹⁰⁸.

O assunto do suicídio deve ser abordado com tato e cautela, porém, com clareza e de forma gradual, conforme a pessoa se sinta mais confortável para expressar seus pensamentos e sentimentos. O momento em que o sujeito está em processo de expressão de sentimentos negativos também pode ser oportuno para abordar a questão do suicídio¹⁰⁹. Não é necessário o uso de eufemismos e metáforas: “falar abertamente e honestamente não prejudica, pelo contrário, pode deixá-los gratos e aliviados pela chance de falar honestamente sobre pensamentos tão pesados e estressantes” (Camarotti, 2009, p. 60 ¹¹⁰).



É importante estabelecer uma abordagem calma e empática, sem julgamentos morais e sem demonstrações de descrença ou espanto.

A disponibilidade emocional e de tempo é essencial para uma das tarefas mais importantes da abordagem inicial com os adolescentes: ouvi-los efetivamente, com respeito, compreensão, cordialidade, empatia e não-julgamento, o que já pode auxiliar a reduzir o nível de “desespero suicida”.



Gradualmente, devem ser feitas algumas perguntas, que são extremamente importantes para compreender a situação e avaliar o risco. Essas perguntas não devem ser feitas de modo coercitivo, mas de forma suave, na tentativa de criar um ambiente de empatia e acolhimento¹¹¹ entre o profissional e o adolescente.

Seguem alguns exemplos:

“Você se sente triste? Você sente que ninguém se preocupa com você? Você sente que a vida não vale mais a pena ser vivida? Já pensou que seria melhor estar morto ou tem vontade de morrer?” (Ministério da Saúde, OPAS & Unicamp, 2006, p. 58¹¹²).

“Tem pensado em morte ultimamente ou mais do que de costume? Tem pensado em morrer/acabar com a vida?” (Bertolote et. al, 2010, p. 591¹¹³).

Você está pensando em se machucar, se ferir, fazer mal a você ou em morrer? (Associação Brasileira de Psiquiatria & Conselho Federal de Medicina, 2014, p. 30¹¹⁴).



Caso as respostas às perguntas acima sejam afirmativas e seja confirmada a presença de ideação suicida, são imprescindíveis questões adicionais para investigar:

A frequência, a duração, a persistência e a gravidade das ideações. (Quanto maior a intensidade e persistência dos pensamentos de suicídio, maior o risco)¹¹⁵;

A intenção e intensidade do desejo de cometer suicídio¹¹⁶;

Se a pessoa tem feito planos para cometer o suicídio;

A presença, persistência e o grau de desesperança, pois esta aumenta o risco de suicídio¹¹⁷;

Quais os meios que ela pretende utilizar para tentar consumá-lo, qual a disponibilidade e a letalidade desses meios (se o meio cogitado for facilmente acessível, o risco é maior¹¹⁸);

Se ela fixou uma data;

Se alguma preparação foi realizada (cartas, preparação dos meios, despedidas...¹¹⁹);

Quais as possibilidades de resgate e intervenção, qual a rede de apoio e os fatores de proteção¹²⁰;

Se já cometeu alguma tentativa pregressa de suicídio e qual a letalidade dessa tentativa;

Qual o grau de impulsividade do sujeito¹²¹;

Qual o nível de rigidez do pensamento, que diz respeito à incapacidade (leve ou absoluta) de encontrar saídas alternativas¹²²;

Qual o nível de ambivalência (coexistência entre o desejo de morrer e o desejo de viver e de ser salvo¹²³);

Se há elementos estressores recentes que possam piorar o quadro e as habilidades para o enfrentamento de dificuldade, bem como a adesão e participação no plano de tratamento.



Além das questões levantadas acima – necessárias para a adequada avaliação do risco –, para o manejo clínico e terapêutico é fundamental explorar e compreender os pensamentos e sentimentos relacionados à ideação e/ou intenção de suicídio, levando em consideração que um comportamento suicida, muitas vezes, implica uma tentativa de comunicação e um pedido de ajuda. Como destaca Fukumitsu¹²⁴, é necessário refletir sobre dois aspectos principais: “Qual é o pedido que o comportamento suicida revela? Ou seja, qual seria a mensagem existencial que uma pessoa que tenta se matar gostaria de transmitir? Qual é o desejo que a pessoa que tenta o suicídio não consegue concretizar em vida?” (p. 272, grifo da autora).

É importante ressaltar que a entrevista ou atendimento em casos de ideações ou tentativa de suicídio, além de ter o objetivo de investigação, exploração e coleta de dados e informações, também deve mirar o objetivo fundamental de oferecer apoio emocional e buscar estabelecer um vínculo que garanta a confiança e a colaboração¹²⁵.

7.2 Avaliação do risco de suicídio

Após a detecção e exploração em torno do risco de suicídio, é necessário fazer a avaliação desse risco, de forma a decidir sobre o tratamento e manejo clínico e sobre as condutas, suportes e encaminhamentos necessários. Como ressaltam Bertolote et al.¹²⁶, não há como prever com precisão quem cometerá ou não um suicídio, mas é possível avaliar e estimar o risco individual que cada paciente apresenta, com base nos fatores de risco e de proteção, que devem ser investigados no atendimento. Além disso, uma avaliação clínica periódica faz-se necessária, uma vez que o risco pode mudar rapidamente¹²⁷.

**NÃO HÁ COMO PREVER COM PRECISÃO QUEM
COMETERÁ OU NÃO UM SUICÍDIO, MAS É POSSÍVEL
AVALIAR E ESTIMAR OS RISCOS, COM BASE NOS FATORES
DE RISCO E DE PROTEÇÃO, QUE DEVEM SER INVESTIGADOS
NO ATENDIMENTO. ALÉM DISSO, UMA AVALIAÇÃO
PERIÓDICA FAZ-SE NECESSÁRIA, UMA VEZ QUE O RISCO
PODE MUDAR RAPIDAMENTE.**

A avaliação do risco e a prevenção do suicídio devem fundamentar-se no conhecimento dos fatores de risco e no levantamento e compreensão dos fatores de proteção. Devem ser priorizadas as ações que busquem transformar o que pode ser transformado, evitar o que pode ser evitado e amenizar o que escapa à possibilidade de intervenção ou evitação^{128, 129} [c]. A prevenção do suicídio faz-se, portanto, por meio da diminuição, atenuação ou remoção dos fatores de risco e por meio do reforço e potencialização dos fatores de proteção¹³⁰.

O suicídio é um fenômeno complexo e plurideterminado, que envolve fatores internos e externos – ambientais, culturais, sociais, relacionais, biológicos e psicológicos –, que se configuram em interações mútuas e intrincadas¹³¹. Na medida em que cada comportamento suicida apresenta “constelações de fatores de risco de dinâmicas específicas”, cada caso vai demandar uma avaliação compreensiva e singular, não sendo possível uma generalização única do valor preditivo de cada fator (de risco ou de proteção) de forma isolada e descontextualizada (Camarotti, 2009, p. 03¹³²).

A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO FAZ-SE POR MEIO DA DIMINUIÇÃO, ATENUAÇÃO OU REMOÇÃO DOS FATORES DE RISCO E POR MEIO DO REFORÇO E POTENCIALIZAÇÃO DOS FATORES DE PROTEÇÃO.

[c] Meleiro, Fensterseifer & Werlang, 2004, apud Fukumitsu, 2014.

**CADA CASO VAI DEMANDAR UMA AVALIAÇÃO
COMPREENSIVA E SINGULAR, NÃO SENDO POSSÍVEL
UMA GENERALIZAÇÃO ÚNICA DO VALOR PREDITIVO
DE CADA FATOR (DE RISCO OU DE PROTEÇÃO) DE
FORMA ISOLADA E DESCONTEXTUALIZADA
(CAMAROTTI, 2009, P. 03¹³²).**

**TRATA-SE DE UMA COMPLEXA INTERRELAÇÃO ENTRE
FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO, FATORES
SOCIOCULTURAIS E SUBJETIVOS, VIVÊNCIAS E HISTÓRIA
DE VIDA E FAMILIAR, CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA E
HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA, ENTRE OUTROS.**

Portanto, nem todos os fatores são igualmente consistentes em valores preditivos e nenhum fator de proteção ou de risco possibilita, de forma independente, determinar ou evitar um comportamento suicida: “é importante pensar sobre os fatores de forma sistêmica e observá-los no contexto da experiência do paciente” (Camarotti, 2009, p.03¹³³).



Não obstante, observada de forma singularizada para cada sujeito, a identificação dos fatores de risco e de proteção auxilia no estabelecimento de uma estimativa de risco, instrumentaliza a prática de avaliação, sinaliza as intervenções e manejos necessários e contribui com o desenvolvimento de planos terapêuticos. Para isso, é necessário que os profissionais saibam avaliar a ocorrência e interação mútua dos fatores de risco e de proteção, sempre considerando que o impacto desses fatores varia de acordo com características individuais, subjetivas, culturais e sociais¹³⁴.

Com relação especificamente aos fatores de proteção, é importante destacar que há uma escassez de dados e informações, uma vez que eles são menos estudados no campo clínico e científico do suicídio. Portanto, embora seja legítimo supor que alguns fatores auxiliam na redução do impacto de fatores adversos e na proteção dos sujeitos, os fatores protetivos constituem dados pouco consistentes, principalmente no tocante aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, e há poucos trabalhos científicos que os sustentem^{135,136}.

Tal como acontece com os principais fatores de risco, é importante destacar que nenhum dos fatores protetivos, isoladamente, tem força suficiente para prevenir um comportamento suicida¹³⁷. Trata-se de uma complexa imbricação e interrelação entre fatores de risco e de proteção, fatores socioculturais e subjetivos, vivências e história de vida e familiar, constituição subjetiva e história psiquiátrica, entre outros.

Sublinha-se a importância de que a avaliação do risco de suicídio seja realizada em grupo, por diferentes profissionais da comunidade socioeducativa, preferencialmente a partir da realização de estudo de caso. Essa avaliação não é restritiva a nenhum campo profissional específico, mas é desejável que estejam presentes no processo profissionais que conheçam os conteúdos deste protocolo, bem como a história de vida do adolescente.

Sempre que possível, é importante que a avaliação do risco de suicídio seja realizada em grupo, por diferentes profissionais da comunidade socioeducativa, preferencialmente a partir da realização de estudo de caso.

7.2.1- Fatores de Risco:^{138, 139, 140, 141, 142, 143.}

<p>História de tentativas pregressas de suicídio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É o fator de risco isolado preditivo mais importante. • Pessoas com múltiplas tentativas de suicídio apresentam um nível de risco muito elevado e tendem a fazer investidas mais letais nas vezes seguintes. • Pessoas que tentaram previamente o suicídio têm de cinco a seis vezes mais chances de tentar novamente. • Indicadores de maior risco: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alta intensidade e duração de ideias de suicídio; ○ Planejamentos detalhados, especificados, viáveis e com alto grau de letalidade e acessibilidade ao método escolhido; ○ Locais e ocasiões que diminuem as chances de resgate e socorro; ○ Preparação especificada de métodos, locais e datas; ○ Preparação de cartas, bilhetes, despedidas, testamentos, delegação de cuidados.
<p>Transtornos mentais e sintomas psicopatológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apesar da significativa e estreita correlação entre transtornos mentais/sintomas psicopatológicos e o risco de suicídio, é importante o cuidado de não a tomar como compreensão reducionista e totalizante, que implica em uma individualização do problema. • A questão dos transtornos mentais deve ser observada de modo articulado com os fatores sociais, políticos, econômicos e com os elementos interseccionais de raça, classe e gênero. • Alta recente de hospitalização psiquiátrica constitui alerta para observação do risco.
<p>Fatores sociais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laços sociais precarizados; • Rede de suporte social deficiente; • Desfiliação social; • Situações de extrema precariedade, exclusão e vulnerabilidade social; • Deslocamentos forçados; • Privação de liberdade; • Discriminação, estigmatização, marginalização.
<p>Raça e etnia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto maiores as violências e vulnerabilizações que incidem sobre determinado grupo étnico/racial, maior é o risco de suicídio. • Entre 2011 e 2016, os indígenas foram os que mais cometeram suicídios no Brasil, apresentando uma taxa de cerca de três vezes maior do que a da população geral. • Estudos também têm demonstrado elevação dos riscos de suicídio para a população negra: de 2012 a 2016, a taxa de mortalidade por suicídio aumentou 12% entre jovens negros, enquanto permaneceu estável entre brancos; e em 2016 o risco de suicídio entre jovens negros foi 45% maior quando comparado aos brancos.

<p>Gênero</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paradoxo de gênero: enquanto os homens apresentam um número maior de suicídios consumados resultantes em óbitos, as mulheres apresentam maior frequência de tentativas. • Em geral, os homens utilizam métodos de maior letalidade em suas tentativas, o que se relaciona intrinsecamente com as formas de subjetivação, valores e ideais de masculinidade e feminilidade prescritos hegemonicamente em nossa cultura.
<p>Idade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes e jovens adultos apresentam uma vulnerabilidade maior para o suicídio, com maior risco nas faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75. • Em 2019, o suicídio foi a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos.
<p>Orientação sexual e identidade de gênero</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pertencer a uma minoria relativa à orientação sexual e à identidade de gênero (homossexuais, bissexuais e transexuais) pode aumentar o risco de suicídio, em decorrência de atitudes socioculturais de estigmatização, discriminação e violência.
<p>Situações de violência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A exposição a diferentes formas de abuso infantil e a violências psicológicas, físicas ou sexuais aumentam significativamente o risco de comportamentos suicidas na adolescência (tanto para a vítima quanto para o agressor). • Ser ou ter sido vítima de bullying aumenta o risco para comportamentos suicidas.
<p>Eventos na história de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono; • Rejeição afetiva ou social; • Humilhação social, não reconhecimento, inferiorização; • Vivências com potencial traumático; • Sociabilidades violentas; • Perdas recentes de figuras afetivas e de referência e apoio; • Perda de figuras parentais na infância.
<p>História Familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de comportamentos suicidas na família; • Transtornos mentais na família; • Alcoolismo e/ou dependência de drogas na família; • Graves perturbações e conflitos familiares; • Violência intrafamiliar; • Menor segurança nos vínculos familiares; • Laços familiares fragilizados ou que não dão espaço para o diálogo, a escuta e a manifestação das emoções.

<p>Doenças clínicas não psiquiátricas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças físicas crônicas; • Doenças orgânicas incapacitantes; • Dor crônica; • Lesões incapacitantes ou desfigurantes. • As taxas de suicídio são maiores em pacientes com câncer, HIV, doenças neurológicas, doenças cardiovasculares e reumatológicas.
<p>Situação profissional, ocupacional e financeira</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desemprego e aposentadoria; • Perda recente do emprego; • Trabalhos precarizados; • Dificuldades econômicas e financeiras; • Conflitos e graves problemas na escola ou na vida acadêmica; • Situações de violência ou assédio moral e físico no ambiente acadêmico ou escolar.
<p>Características psicológicas, traços de personalidade, mecanismos psíquicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agressividade e hostilidade; • Pessimismo e negativismo; • Rigidez psíquica; • Juízo de realidade comprometido; • Impulsividade e dificuldade de autocontrole; • Constrição cognitiva e afetiva (estreitamento das opções e possibilidades de enfrentamento e amparo); • Pensamento dicotômico; • Dificuldade de mobilização de recursos internos e externos para o enfrentamento de problemas, demandas ou situações estressoras; • Dificuldades de expressão e de socialização; • Mecanismos autodestrutivos e autonegligência grave.
<p>Sentimentos, estados afetivos e emocionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desesperança, desamparo e desespero; • Solidão, isolamento social, sentimentos de abandono e rejeição; • Sentimentos de vergonha, humilhação, fracasso; • Temor de ser descoberto por algo socialmente indesejável ou reprovável; • Dor psíquica e emocional com intensidade intolerável; • Ansiedade severa; • Culpa; • Baixa autoestima, autodepreciação, ódio de si; • Incapacidade e esgotamento; • Falta de perspectiva de solução.

7.2.2- Fatores de Proteção:^{144, 145, 146,147, 148, 149.}

<p>Fatores subjetivos, características psicológicas, traços de personalidade, mecanismos psíquicos, estados afetivos e emocionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Boa saúde física; • Ausência de transtorno mental; • Julgamento e teste de realidade preservados; • Autoestima elevada e Confiança em si mesmo; • Esperança; • Percepção otimista e satisfação elevada com a vida; • Flexibilidade cognitiva; • Capacidade de adaptação positiva; • Resiliência emocional; • Ter um projeto de vida; • Boa capacidade de enfrentamento e resolução de problemas e conflitos; • Preocupação e senso de responsabilidade com a família; • Sentimento de pertencimento e integração; • Capacidade para procurar ajuda; • Habilidade para comunicar-se; • Abertura e motivação para tratamento / relação terapêutica positiva; • Recusa da tentativa de suicídio e suas consequências; • Arrependimento de comportamento suicida.
<p>História e situação familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relações familiares suportivas e asseguradoras, com espaço para o diálogo, a escuta e a manifestação das emoções; • Presença de pessoas significativas que possam oferecer suporte, recursos e ajuda efetiva para o enfrentamento de crises.
<p>Aspectos socioculturais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bons e intensos vínculos sociais; • Boas relações afetivas com amigos, colegas e vizinhos; • Rede de suporte social fortalecida; • Relacionamentos de confiança e apoio emocional adequado; • Presença de pessoas significativas que possam oferecer suporte, recursos e ajuda efetiva para o enfrentamento de crises; • Acesso a serviços e políticas públicas socioassistenciais, de proteção, saúde, educação, esporte, cultura e lazer e trabalho; • Acesso a serviços e cuidados em saúde mental; • Pertencimento e integração a grupos, comunidade e atividades sociais; • Identidade cultural; • Crenças espirituais e envolvimento religioso não conflitantes (independentemente das diferentes afiliações religiosas); • Circunstâncias de vida favoráveis que reduzem a vulnerabilidade e fortalecem a capacidade de enfrentamento.
<p>Situação profissional e ocupacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades profissionais e educacionais; • Ter uma ocupação significativa, estar empregado, sentir-se produtivo e socialmente integrado por meio do trabalho; • Ambiente acadêmico ou escolar saudável.
<p>Comportamento suicida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência ou mitigação dos fatores de risco; • Controle de acesso a meios letais; • Acompanhamento em saúde mental Suporte familiar e social.

7.3. Classificação de risco de suicídio

A classificação do risco só é possível após avaliação cuidadosa e sistemática. Não deve ser baseada na simples intuição e deve considerar que os fatores de risco e proteção podem ser mutáveis.

É importante ressaltar que não é necessário o preenchimento de todos os critérios para caracterização dos riscos alto, médio ou baixo. Toda avaliação deve ser feita de modo singular, considerando as especificidades de cada adolescente. Além disso, também devem ser consideradas as especificidades dos diferentes contextos de internação, como o Núcleo de Atendimento Integrado (NAI) e a Unidade de Internação Provisória de São Sebastião (UIPSS), em que há particularidades relacionadas à temporalidade, a decisões judiciais, entre outras.

Baixo Risco	Médio Risco	Alto Risco
<p>A pessoa teve alguns pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano;</p> <p>Sem histórico de tentativa prévia;</p> <p>Ausência de transtorno mental e/ou sintomas psicopatológicos (não é necessário que o adolescente já tenha sido diagnosticado por um médico. Qualquer indício de transtorno mental e informações prévias de saúde podem subsidiar a avaliação);</p> <p>Apoio familiar e social consistente (avaliar a dinâmica e relações familiares). Observar a proximidade e acompanhamento dos familiares ao longo do cumprimento da medida socioeducativa, os contatos familiares, visitas, estrutura e dinâmica familiar.</p>	<p>A pessoa tem pensamentos e planos suicidas, mas planejamento não é imediato;</p> <p>Histórico de tentativa prévia;</p> <p>Presença de transtorno mental e/ou sintomas psicopatológicos (não é necessário que o adolescente já tenha sido diagnosticado por um médico. Qualquer indício de transtorno mental e informações prévias de saúde podem subsidiar a avaliação);</p> <p>Apoio familiar e social consistente (avaliar a dinâmica e relações familiares). Observar a proximidade e acompanhamento dos familiares ao longo do cumprimento da medida socioeducativa, os contatos familiares, visitas, estrutura e dinâmica familiar).</p>	<p>A pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente;</p> <p>Histórico de tentativa prévia;</p> <p>Presença de transtorno mental e/ou sintomas psicopatológicos (não é necessário que o adolescente já tenha sido diagnosticado por um médico. Qualquer indício de transtorno mental e informações prévias de saúde podem subsidiar a avaliação);</p> <p>Apoio familiar e social POUCO consistente (avaliar as dinâmicas e relações familiares). Observar a proximidade e acompanhamento dos familiares ao longo do cumprimento da medida socioeducativa, os contatos familiares, visitas, estrutura e dinâmica familiar);</p> <p>Isolamento e dificuldades de convivência e de relacionamento com a comunidade socioeducativa;</p> <p>Sinais de desesperança acentuada ou outro afeto intenso/intolerável;</p> <p>Adoção de providências e preparações para a execução do suicídio (confeção de cordas, cartas de despedida etc.).</p>

É FREQUENTE NOS MAIS DIVERSOS CONTEXTOS A SUSPEITA DE SIMULAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE SUICÍDIO. ENTRETANTO, É NECESSÁRIO SALIENTAR QUE AS AMEAÇAS DE SUICÍDIO DEVEM SER ENCARADAS COM MUITA SERIEDADE, MESMO QUANDO PODEM PARECER FALSAS OU MANIPULATIVAS. RESSALTA-SE QUE TODA PESSOA QUE FALA SOBRE SUICÍDIO TEM ALGUM RISCO EM POTENCIAL E, PORTANTO, DEVE SER ALVO DE ATENÇÃO E INVESTIGAÇÕES CUIDADOSAS.

“NÃO É VERDADE QUE ‘QUEM FALA QUE VAI SE MATAR, NÃO SE MATA’. POR IMPULSIVIDADE OU POR ERRO DE CÁLCULO DA TENTATIVA, A FATALIDADE ACONTECE” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA & CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014, P. 29 ¹⁵⁰).

ALÉM DISSO, MESMO AS TENTATIVAS SEM UMA CLARA INTENÇÃO LETAL OU COM PROPÓSITOS MANIPULATIVOS DEVEM SER LEVADAS A SÉRIO E CUIDADAS, NA MEDIDA EM QUE CONFIGURAM IMPORTANTE FATOR DE RISCO PARA NOVAS TENTATIVAS QUE PODEM SER MAIS LETAIS E INDICATIVAS DE UM GRAU INTENSO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO, BEM COMO DE UM REPERTÓRIO REDUZIDO DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO¹⁵¹. PARA AVERIGUAR A REAL INTENÇÃO SUICIDA E O QUADRO DE SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE PROPÕE-SE A REALIZAÇÃO DE ESTUDO DE CASO MULTIDISCIPLINAR COM A PRESENÇA DE REPRESENTANTES DAS DIVERSAS GERÊNCIAS DA UNIDADE (GESEG, GESP OU GESAM).

DESTACA-SE QUE MESMO NOS CASOS EM QUE HAJA SUSPEITA DE FALSAS AMEAÇAS E MANIPULAÇÕES, DEVEM SER ADOTADOS OS MANEJOS E CONDUTAS PROPOSTOS NESTE PROTOCOLO.



8. Critérios de Inclusão:

Adolescentes e jovens cumprindo medida socioeducativa de privação de liberdade nas unidades de atendimento inicial, internação provisória e internação estrita no Distrito Federal, que apresentem comportamento de risco de suicídio.

9. Critérios de Exclusão:

Não serão contemplados neste Protocolo adolescentes e jovens que não estejam cumprindo medida socioeducativa em unidades de atendimento inicial, internação provisória e internação estrita no Distrito Federal.



10. Conduta:

10.1 Produção e promoção de saúde mental, conscientização e prevenção ao suicídio

A prevenção do suicídio pode ser subdividida em diferentes modalidades, segundo a população-alvo à qual se direcionam as ações: **1) prevenção universal**, dirigida à população de modo geral ou a determinados grupos sem recorte relativo ao risco de suicídio (exemplo: todos os adolescentes de uma escola ou comunidade socioeducativa; **2) prevenção seletiva**, direcionada a grupos e indivíduos nos quais já foi identificado um risco moderado de suicídio, com ações que envolvem maior atenção na dimensão da saúde mental e avaliação e manejo sistemáticos do risco de suicídio; e **3) prevenção indicada**, para segmentos populacionais ou indivíduos que apresentam elevado risco de suicídio, implicando os tratamentos e condutas adequados. Ressalta-se que a presente seção do protocolo se debruça somente sobre a questão da prevenção universal. As modalidades de prevenção seletiva e indicada serão abordadas na próxima seção, em que são discutidos o manejo terapêutico, as condutas e encaminhamentos necessários, após identificação e classificação do risco¹⁵².

De saída, é necessário ressaltar que a prevenção ao suicídio não se volta apenas para a questão do suicídio em si, e sim para a prevenção do sofrimento passível de melhora; para a melhoria das condições de existência; para a diminuição dos estressores e fatores vulnerabilizantes¹⁵³; e para a produção de vida e promoção de saúde mental.

A PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NÃO SE VOLTA APENAS PARA A QUESTÃO DO AUTOEXTERMÍNIO EM SI, MAS SIM PARA A PREVENÇÃO DO SOFRIMENTO PASSÍVEL DE MELHORA; PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE EXISTÊNCIA; PARA A DIMINUIÇÃO DOS ESTRESSORES E FATORES DE VULNERABILIDADE; E PARA A PRODUÇÃO DE VIDA E PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Nesse sentido, ao refletirmos sobre esses aspectos especificamente nos contextos de privação de liberdade, emerge um paradoxo: como esses espaços produtores de sofrimento psíquico, que confinam e distanciam os adolescentes de suas famílias e comunidades – privando-os não apenas da liberdade de ir e vir, mas de suas marcas identificatórias, de sua intimidade, autonomia e domínio sobre o próprio tempo e corporalidade – podem contribuir para a promoção da vida e da saúde mental? Esse paradoxo dá visibilidade à grande complexidade da problemática do suicídio em contextos de privação de liberdade e mostra que é nesse constante tensionamento que devemos incidir.

Dessa forma, e levando em consideração as especificidades e limitações de cada contexto, o principal elemento de prevenção ao suicídio consiste no investimento em experiências, dinâmicas e rotinas institucionais que, nos limites colocados pela situação restritiva de liberdade, sejam promotoras de vida, de saúde mental e de relações interpessoais positivas entre os diferentes membros da comunidade socioeducativa. Nesse sentido, destaca-se que ações e atividades significativas para os adolescentes e que reduzam seu isolamento, confinamento no quarto e ociosidade podem ter um impacto importante na promoção de saúde mental. O aumento de atividades profissionalizantes, cursos e oficinas; de rodas de conversa, espaço de escuta e práticas integrativas; de atividades de esporte, cultura e lazer tem apresentado um importante potencial no sentido da melhoria das condições gerais de saúde mental dos adolescentes no sistema socioeducativo do Distrito Federal¹⁵⁴.

AÇÕES E ATIVIDADES QUE SEJAM SIGNIFICATIVAS PARA OS ADOLESCENTES E QUE REDUZAM SEU ISOLAMENTO, CONFINAMENTO NO QUARTO E OCIOSIDADE PODEM TER UM IMPACTO IMPORTANTE NA PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL. O AUMENTO DE ATIVIDADES PROFISSIONALIZANTES, CURSOS E OFICINAS; DE RODAS DE CONVERSA, ESPAÇO DE ESCUTA E PRÁTICAS INTEGRATIVAS; DE ATIVIDADES DE ESPORTE, CULTURA E LAZER TEM APRESENTADO UM IMPORTANTE POTENCIAL NO SENTIDO DA MELHORIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES.



Além disso, vale mobilizarmos algumas das melhores práticas no campo da prevenção ao suicídio sintetizadas no caderno de socioeducação do Paraná (2018, p. 23 ¹⁵⁵):

- *“Intensificação de atividades pedagógicas, culturais, de lazer e esportivas que façam sentido para os (as) adolescentes e potencializem a construção de um novo projeto de vida;*
- *Adoção de práticas profissionais que estimulem o protagonismo juvenil e a participação social, evitando a reprodução de rotinas que fomentem processos de alienação e massificação;*
- *Fortalecimento da convivência familiar e comunitária, especialmente por meio da inclusão em atividades externas às unidades socioeducativas;*
- *Desenvolvimento de projetos de prevenção e promoção de saúde;*
- *Programa de capacitação, incluindo revisões para a equipe da unidade, o que pode auxiliá-los a reconhecer adolescentes com ideação suicida e responder adequadamente aos que se encontram em risco e que necessitam de atenção especial. (...)*
- *Desenvolvimento de recursos para fortalecer os vínculos com os serviços de saúde mental e para assegurar o acesso a profissionais de saúde mental quando houver a necessidade de avaliação e tratamento (...).”*

Numa perspectiva semelhante, as recomendações da OMS para a prevenção ao suicídio, sublinhadas pelo Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio de 2020 a 2023 (2019, p.12 ¹⁵⁶), podem ter importante ressonância no campo socioeducativo de privação de liberdade, dentre as quais destacam-se:

- *Identificar, tratar e cuidar precocemente das pessoas com transtornos mentais e relacionados ao uso de substâncias, dor crônica e estresse emocional agudo;*
- *Avaliação do risco de suicídio e automutilação em pessoas com transtornos mentais ou por abuso de substâncias;*
- *Treinamento de profissionais de saúde não especializados para identificação e manejo de comportamento suicida;*
- *Realizar intervenções nas escolas, como programas de desenvolvimento de habilidades emocionais que podem ser aplicados pelos professores com crianças e adolescentes, e que ampliam a resiliência a eventos estressores;*
- *Ampliar o suporte social na comunidade. Uma das maneiras é capacitar pessoas-chave para reconhecer o risco de suicídio e ajudar a pessoa a acessar o serviço adequado. Estas pessoas podem ser professores, policiais, lideranças comunitárias, entre outros;*
- *Abordagem centrada na resolução de problemas;*
- *Lidar com o estigma e tabu a respeito de transtornos mentais e suicídio, para aumentar a chance de busca de ajuda pelas pessoas em risco;*
- *Atentar à qualidade dos dados sobre suicídio e tentativas, uma vez que informações fidedignas propiciam ações adequadas a cada contexto.*

Como também recuperado na revisão integrativa de literatura, sublinha-se a importância do trabalho de desconstrução dos preconceitos e estigmas para a conscientização e ressignificação do fenômeno do suicídio e estabelecimento de canais de expressão das emoções, comunicação e pedido de ajuda, o que tem se mostrado eficaz na prevenção^{157, 158}. Além disso, a partir das recomendações da OMS e dos resultados da revisão de literatura, destaca-se a importância da integração, envolvimento e implicação da escola nos esforços de prevenção ao suicídio, envolvendo todos os atores da comunidade escolar – estudantes, professores, educadores, agentes de segurança – no desenvolvimento da capacidade de escuta e acolhimento; e das habilidades de identificação de sinais de alerta e de risco para a adoção de condutas e manejos adequados, conforme o alcance de cada ator.

Ações de prevenção ao suicídio eficazes também requerem uma boa articulação com as redes de saúde e intersetorial disponíveis no território para atenção à saúde mental, que garantam uma facilitação do acesso aos serviços e programas de saúde^{159, 160}. Em suma, como destacado no Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio (2019, p. 12¹⁶¹): “os esforços pela prevenção devem ser amplos, coordenados e intersetoriais, com envolvimento das áreas da saúde, educação, mídia e segurança pública”.

10.2. Manejo terapêutico, condutas e encaminhamentos

Nas situações de ideação, tentativa ou outro comportamento suicida, deverão ser adotadas condutas e procedimentos de manejo terapêutico por parte de toda a comunidade socioeducativa, considerando-se as atribuições dos diversos setores e as classificações de risco mencionadas. A realização de encaminhamentos a serviços internos ou da rede externa também se faz necessária, conforme a situação de cada adolescente.

Os quadros a seguir reúnem as principais condutas e ações que deverão ser realizadas pelos setores responsáveis pelo atendimento direto aos adolescentes e pela direção da unidade. Embora as ações sejam apresentadas separadamente, ressalta-se a importância de que todas as intervenções sejam realizadas de forma próxima e articulada entre os diferentes setores.

É IMPORTANTE DESCONSTRUIR PRECONCEITOS E ESTIGMAS QUE ENVOLVEM O FENÔMENO DO SUICÍDIO, BEM COMO, CRIAR ESPAÇOS SEGUROS PARA QUE OS/AS ADOLESCENTES POSSAM EXPRESSAR SUAS EMOÇÕES E PEDIR AJUDA. NESSE SENTIDO, É FUNDAMENTAL QUE A ESCOLA SEJA, TAMBÉM, INCLUÍDA E QUE SE IMPLIQUE NAS AÇÕES DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO.

GESEG		
Baixo risco	Médio risco	Alto risco
<p>Ter atitude empática e acolhedora.</p> <p>Escutar o adolescente em seus sofrimentos e demandas; favorecer o diálogo e expressão de afetos e sentimentos.</p>	<p>Ter atitude empática e acolhedora.</p> <p>Escutar o adolescente em seus sofrimentos e demandas; favorecer o diálogo e expressão de afetos e sentimentos.</p>	<p>Ter atitude empática e acolhedora.</p> <p>Escutar o adolescente em seus sofrimentos e demandas; favorecer o diálogo e expressão de afetos e sentimentos.</p>
<p>Evitar postura de julgamento, discriminação ou condenação moral do comportamento suicida.</p>	<p>Evitar postura de julgamento, discriminação ou condenação moral do comportamento suicida</p>	<p>Evitar postura de julgamento, discriminação ou condenação moral do comportamento suicida.</p>
<p>Encaminhar, assim que possível, para avaliação por profissional de saúde da Gerência de Saúde (GESAM) e/ou especialista da GESP.</p>	<p>Encaminhar, assim que possível, para avaliação por profissional de saúde da Gerência de Saúde (GESAM) e/ou especialista da GESP.</p> <p>Nos casos de ausência desses profissionais, avaliar a necessidade de encaminhamento para o serviço de urgência e emergência da SES.</p>	<p>Encaminhar imediatamente para avaliação por profissional de saúde da Gerência de Saúde (GESAM) e/ou especialista da GESP.</p> <p>Nos casos de ausência desses profissionais, avaliar a necessidade de encaminhamento para o serviço de urgência e emergência da SES.</p>
	<p>Avaliar necessidade de condução para os Serviços de Urgência e Emergência da SES/DF. Em caso de tentativa pregressa, SEMPRE conduzir para atendimento emergencial na rede externa de saúde.</p>	<p>Garantir, necessariamente, a condução para atendimento emergencial na rede externa de saúde.</p>
	<p>Analisar cuidadosamente a melhor alocação do adolescente, com melhor visualização e com acesso ao alojamento facilitado. Devem-se avaliar, preferencialmente de forma coletiva, os riscos e benefícios das opções de deixá-lo sozinho ou acompanhado de outro(s) adolescente(s).</p> <p>IMPORTANTE: a alocação do adolescente deve ser pautada unicamente pelos critérios de cuidado e minimização dos riscos, nunca por critérios punitivos ou administrativos.</p>	<p>Analisar cuidadosamente a melhor alocação do adolescente, com melhor visualização e com acesso ao alojamento facilitado. Devem-se avaliar, preferencialmente de forma coletiva, os riscos e benefícios das opções de deixá-lo sozinho ou acompanhado de outro(s) adolescente(s).</p> <p>IMPORTANTE: a alocação do adolescente deve ser pautada unicamente pelos critérios de cuidado e minimização dos riscos, nunca por critérios punitivos ou administrativos.</p>

GESEG		
Baixo risco	Médio risco	Alto risco
	<p>Avaliar a necessidade retirar do alojamento materiais que possam ser usados como instrumento de letalidade.</p> <p>Essa avaliação deve ser realizada de modo singular, com análise de quais materiais precisam ser retirados em cada caso.</p> <p>A decisão de retirada de materiais deve ser feita, sempre que possível, em conjunto com as equipes da GESP e/ou da GESAM, preferencialmente após realização de estudo de caso, cujo registro deverá ser encaminhado para SUBSIS/UNISAU/DISAM e para SUBSIS/UNINT/DIASO.</p>	<p>Avaliar a necessidade retirar do alojamento materiais que possam ser usados como instrumento de letalidade.</p> <p>Essa avaliação deve ser realizada de modo singular, com análise de quais materiais precisam ser retirados em cada caso.</p> <p>A decisão de retirada de materiais deve ser feita, sempre que possível, em conjunto com as equipes da GESP e/ou da GESAM, preferencialmente após realização de estudo de caso, cujo registro deverá ser encaminhado para SUBSIS/UNISAU/DISAM e para SUBSIS/UNINT/DIASO.</p>
	<p>IMPORTANTE: a privação dos materiais e pertences do adolescente deve ser pautada unicamente pelos critérios de cuidado e minimização dos riscos, nunca por critérios punitivos ou administrativos. E ela deve durar o menor tempo possível, apenas enquanto houver risco.</p> <p>A devolução dos materiais também deve ser discutida, sempre que possível, em conjunto com as equipes da GESP e/ou GESAM, preferencialmente, após a realização de estudo de caso, cujo registro deverá ser encaminhado para SUBSIS/UNISAU/DISAM e SUBSIS/ UNINT/DIASO.</p> <p>Quando não houver representantes dessas gerências, a decisão, seja de retirada, seja de devolução de materiais, poderá ser realizada pela GESEG, com realização de estudo de caso intersetorial tão logo seja possível.</p>	
<p>Buscar deixar o adolescente o mínimo de tempo possível em seu quarto, inserindo-o em atividades rotineiras, oficinas e ações socioeducativas, incluídas ou não na agenda de atividades.</p>	<p>Buscar deixar o adolescente o mínimo de tempo possível em seu quarto, inserindo-o em atividades rotineiras, oficinas e ações socioeducativas, incluídas ou não na agenda de atividades.</p>	<p>Buscar deixar o adolescente o mínimo de tempo possível em seu quarto, incluindo-o em atividades rotineiras, oficinas e ações socioeducativas, incluídas ou não na agenda de atividades.</p>

GESEG		
Baixo risco	Médio risco	Alto risco
	Assim que o risco for identificado, a necessidade de atenção especial deve ser comunicada a todos os gestores da unidade da forma mais rápida possível.	Assim que o risco for identificado, a necessidade de atenção especial deve ser comunicada a todos os gestores da unidade da forma mais rápida possível, por meio de reporte (modelo anexo), que será atualizado diariamente, a partir da avaliação intersetorial diária descrita abaixo.
Avaliar a possibilidade e pertinência de disponibilizar ao adolescente ligação para o Centro de Valorização da Vida (CVV), no telefone 188	Avaliar a possibilidade e pertinência de disponibilizar ao adolescente ligação para o Centro de Valorização da Vida (CVV), no telefone 188	
	Comunicar para o adolescente, de forma clara e empática, as condutas e manejos que serão adotados com relação ao seu caso. Na medida do possível, é importante implicar o adolescente nas estratégias de cuidado e atenção, tornando-o copartícipe desse processo.	Comunicar para o adolescente, de forma clara e empática, as condutas e manejos que serão adotados com relação ao seu caso. Na medida do possível, é importante implicar o adolescente nas estratégias de cuidado e atenção, tornando-o copartícipe desse processo.
Acompanhar e monitorar o adolescente de forma mais próxima para detecção de um possível desenvolvimento de outros sinais de alerta e agravamento do risco.	Acompanhar e monitorar o adolescente de forma mais próxima para detecção de um possível desenvolvimento de outros sinais de alerta e agravamento do risco.	Acompanhar e monitorar o adolescente de forma mais próxima para detecção de um possível desenvolvimento de outros sinais de alerta e agravamento do risco.
	Sobretudo no período subsequente ao comportamento que indica o risco, é necessário que o adolescente seja reavaliado e acompanhado de modo próximo e frequente. Dessa forma, a GESEG deve garantir o encaminhamento dos adolescentes para acompanhamento na GESP e na GESAM.	Sobretudo no período subsequente ao comportamento que indica o risco, é necessário que o adolescente seja reavaliado e acompanhado de modo próximo e frequente. Dessa forma, a GESEG deve garantir o encaminhamento adolescentes Para acompanhamento na GESP e na GESAM.

GESEG		
Baixo risco	Médio risco	Alto risco
	Se o comportamento suicida ocorrer nos finais de semana e na véspera de dias não úteis, em que haja a ausência de profissionais da GESP e/ou GESAM, o C2 de plantão deve comunicar e orientar os familiares e/ou responsáveis do adolescente, de forma ética e cuidadosa e no momento cuidadoso e no momento avaliado como o mais adequado.	Se o comportamento suicida ocorrer nos finais de semana e na véspera de dias não úteis, em que haja a ausência de profissionais da GESP e/ou GESAM, o C2 de plantão deve comunicar e orientar os familiares e/ou responsáveis do adolescente, de forma ética e cuidadosa e no momento avaliado como o mais adequado.
	Na ausência de profissionais da GESP e GESAM, avaliar se o contato do adolescente com sua família pode ser protetivo e/ou ter efeito positivo sobre situações de crise. Em caso afirmativo, promover o contato telefônico. Destaca-se que esse contato nem sempre é positivo, podendo, ao contrário, promover impactos negativos. É desejável fazer o contato com a família, inicialmente, longe do adolescente para avaliação e orientação.	Na ausência de profissionais da GESP e GESAM, avaliar se o contato do adolescente com sua família pode ser protetivo e/ou ter efeito positivo sobre situações de crise. Em caso afirmativo, promover o contato telefônico. Destaca-se que esse contato nem sempre é positivo, podendo, ao contrário, promover impactos negativos. É desejável fazer o contato com a família, inicialmente, longe do adolescente para avaliação e orientação.
Comunicar à Direção da unidade sobre a situação de risco, de forma que todas as gerências sejam informadas.	Comunicar à Direção da unidade sobre a situação de risco, de forma que todas as gerências sejam informadas.	Comunicar à Direção da unidade sobre a situação de risco, de forma que todas as gerências sejam informadas.

GESEG		
Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Avaliar a necessidade de estudo de caso intersetorial	Realizar estudo de caso intersetorial. Os estudos de caso devem ser realizados após a identificação do risco, para decisão dos manejos e condutas do protocolo a serem adotados e, também, no momento em que o adolescente é retirado do regime de Protocolo de Prevenção ao Suicídio. Os registros dos estudos de caso de avaliação e reavaliação deverão ser encaminhados para SUBSIS/UNISAU e para a SUBSIS/UNINT/DIASO.	Realizar estudo de caso intersetorial. Os estudos de caso devem ser realizados após a identificação do risco, para decisão dos manejos e condutas do protocolo a serem adotados e, também, no momento em que o adolescente é retirado do regime de Protocolo de Prevenção ao Suicídio. Entre os estudos de caso inicial e final, devem ser realizadas as avaliações intersetoriais diárias. Os registros dos estudos de caso de avaliação e reavaliação deverão ser encaminhados para SUBSIS/UNISAU e para a SUBSIS/UNINT/DIASO.
		Participar de avaliação intersetorial diária a ser realizada com participação da GESP e GESAM. O reporte (modelo anexo) dessa avaliação será encaminhado pela GESP a todos os gestores da Unidade.
Registrar as informações em livro de registro diário e em outros documentos ou sistemas de registro do adolescente.	Registrar as informações em livro de registro diário e em outros documentos ou sistemas de registro do adolescente.	Registrar as informações em livro de registro diário e em outros documentos ou sistemas de registro do adolescente.
Articular-se com as equipes da escola e das demais atividades da jornada pedagógica, no sentido das estratégias de atenção e cuidado	Articular-se com as equipes da escola e das demais atividades da jornada pedagógica, no sentido das estratégias de atenção e cuidado	Articular-se com as equipes da escola e das demais atividades da jornada pedagógica, no sentido das estratégias de atenção e cuidado
Avaliar se há possíveis comportamentos de incitação ao suicídio por parte de outros adolescentes e tomar as devidas providências.	Avaliar se há possíveis comportamentos de incitação ao suicídio por parte de outros adolescentes e tomar as devidas providências.	Avaliar se há possíveis comportamentos de incitação ao suicídio por parte de outros adolescentes e tomar as devidas providências.

GESP		
Baixo Risco	Médio risco	Alto risco
Ter atitude empática e acolhedora.	Ter atitude empática e acolhedora.	Ter atitude empática e acolhedora.
Escutar o adolescente em seus sofrimentos e demandas; favorecer o diálogo e expressão de afetos e sentimentos.	Escutar o adolescente em seus sofrimentos e demandas; favorecer o diálogo e expressão de afetos e sentimentos.	Escutar o adolescente em seus sofrimentos e demandas; favorecer o diálogo e expressão de afetos e sentimentos.
Evitar postura de julgamento, discriminação ou condenação moral do comportamento suicida.	Evitar postura de julgamento, discriminação ou condenação moral do comportamento suicida.	Evitar postura de julgamento, discriminação ou condenação moral do comportamento suicida.
Encaminhar, assim que possível, para avaliação por profissional de saúde da Gerência de Saúde (GESAM).	Encaminhar, assim que possível, para avaliação por profissional de saúde da Gerência de Saúde (GESAM).	Encaminhar, imediatamente, para avaliação por profissional de saúde da Gerência de Saúde (GESAM). Nos casos de ausência desses profissionais, avaliar a necessidade de encaminhamento para o serviço de urgência e emergência da SES.
	Assim que o risco for identificado, a necessidade de atenção especial deve ser comunicada a todos os gestores da unidade da forma mais rápida possível.	Assim que o risco for identificado, a necessidade de atenção especial deve ser comunicada a todos os gestores da unidade da forma mais rápida possível, por meio de reporte (modelo anexo), que será atualizado diariamente, a partir da avaliação intersetorial diária descrita abaixo.
Oferecer escuta e apoio emocional. Trabalhar os sentimentos e pensamentos relacionados ao comportamento suicida em atendimento psicossocial. Buscar desenvolver com o adolescente alternativas para lidar com o sofrimento e dor psíquica.	Oferecer escuta e apoio emocional. Trabalhar os sentimentos e pensamentos relacionados ao comportamento suicida em atendimento psicossocial. Buscar desenvolver com o adolescente alternativas para lidar com o sofrimento e dor psíquica.	Oferecer escuta e apoio emocional. Trabalhar os sentimentos e pensamentos relacionados ao comportamento suicida em atendimento psicossocial. Buscar desenvolver com o adolescente alternativas para lidar com o sofrimento e dor psíquica.

GESP		
Baixo Risco	Médio risco	Alto risco
	<p>Participar, sempre que possível, do processo decisório sobre a necessidade de retirar do alojamento materiais que possam ser usados como instrumento de letalidade.</p> <p>Esse processo deve se dar, preferencialmente, após realização de estudo de caso, cujo registro deverá ser encaminhado para SUBSIS/UNISAU/DISAM e SUBSIS/UNINT/DIASO.</p> <p>A avaliação deve ser realizada de modo singular, com análise de quais materiais precisam ser retirados em cada caso.</p>	<p>Participar, sempre que possível, do processo decisório sobre a necessidade de retirar do alojamento materiais que possam ser usados como instrumento de letalidade.</p> <p>Esse processo deve se dar, preferencialmente, após realização de estudo de caso, cujo registro deverá ser encaminhado para SUBSIS/UNISAU/DISAM e SUBSIS/UNINT/DIASO.</p> <p>A avaliação deve ser realizada de modo singular, com análise de quais materiais precisam ser retirados em cada caso.</p>
	<p>IMPORTANTE: a privação dos materiais e pertences do adolescente deve ser pautada unicamente pelos critérios de cuidado e minimização dos riscos, nunca por critérios punitivos ou administrativos.</p> <p>Ela deve durar o menor tempo possível, enquanto houver risco. A devolução dos materiais também deve ser discutida, sempre que possível, em conjunto com as equipes da GESP e/ou da GESAM, preferencialmente após realização de estudo de caso, cujo registro deverá ser encaminhado para SUBSIS/UNISAU/DISAM e para a SUBSIS/UNINT/DIASO.</p> <p>Quando não houver representantes dessas gerências, a decisão, seja de retirada seja de devolução de materiais, poderá ser realizada pela GESEG, com realização de estudo de caso intersetorial tão logo seja possível.</p>	
Avaliar a possibilidade e pertinência de disponibilizar ao adolescente ligação para o Centro de Valorização da Vida (CVV), no telefone 188.	Avaliar a possibilidade e pertinência de disponibilizar ao adolescente ligação para o Centro de Valorização da Vida (CVV), no telefone 188.	
	Comunicar para o adolescente, de forma clara e empática, as condutas e manejos que serão adotados com relação ao seu caso. Na medida do possível, é importante implicar o adolescente nas estratégias de cuidado e atenção, tornando-o copartícipe desse processo.	Comunicar para o adolescente, de forma clara e empática, as condutas e manejos que serão adotados com relação ao seu caso. Na medida do possível, é importante implicar o adolescente nas estratégias de cuidado e atenção, tornando-o copartícipe desse processo.


GESP		
Baixo Risco	Médio risco	Alto risco
<p>Avaliar necessidade de comunicar e orientar os familiares e/ou responsáveis do adolescente, de forma ética e cuidadosa e no momento avaliado como o mais adequado pela equipe socioeducativa.</p>	<p>Comunicar e orientar os familiares e/ou responsáveis do adolescente, de forma ética e cuidadosa e no momento avaliado como o mais adequado pela equipe socioeducativa.</p> <p>Avaliar necessidade de realizar atendimento familiar presencial e/ou visita domiciliar.</p>	<p>Comunicar e orientar os familiares e/ou responsáveis do adolescente, de forma ética e cuidadosa e no momento avaliado como o mais adequado pela equipe socioeducativa.</p> <p>Avaliar necessidade de realizar atendimento familiar presencial e/ou visita domiciliar.</p>
<p>Avaliar se o contato do adolescente com sua família pode ser protetivo e/ou ter efeito positivo sobre situações de crise. Em caso afirmativo, promover o contato telefônico. Destaca-se que esse contato nem sempre é positivo, podendo, ao contrário, promover impactos negativos. É desejável fazer o contato com a família, inicialmente, longe do adolescente para avaliação e orientação.</p>	<p>Avaliar se o contato do adolescente com sua família pode ser protetivo e/ou ter efeito positivo sobre situações de crise. Em caso afirmativo, promover o contato telefônico. Destaca-se que esse contato nem sempre é positivo, podendo, ao contrário, promover impactos negativos. É desejável fazer o contato com a família, inicialmente, longe do adolescente para avaliação e orientação.</p>	<p>Avaliar se o contato do adolescente com sua família pode ser protetivo e/ou ter efeito positivo sobre situações de crise. Em caso afirmativo, promover o contato telefônico. Destaca-se que esse contato nem sempre é positivo, podendo, ao contrário, promover impactos negativos. É desejável fazer o contato com a família, inicialmente, longe do adolescente para avaliação e orientação.</p>
<p>Acompanhar o adolescente de forma mais próxima e frequente, sobretudo no período subsequente ao comportamento que indica o risco. Monitorar o possível desenvolvimento de outros sinais de alerta e agravamento do risco.</p>	<p>Acompanhar o adolescente de forma mais próxima e frequente, sobretudo no período subsequente ao comportamento que indica o risco. Monitorar o possível desenvolvimento de outros sinais de alerta e agravamento do risco.</p>	<p>Acompanhar o adolescente de forma mais próxima e frequente, sobretudo no período subsequente ao comportamento que indica o risco. Monitorar o possível desenvolvimento de outros sinais de alerta e agravamento do risco.</p>
<p>Buscar inserir o adolescente em atividades rotineiras, oficinas e ações socioeducativas, incluídas ou não na agenda de atividades.</p>	<p>Buscar inserir o adolescente em atividades rotineiras, oficinas e ações socioeducativas, incluídas ou não na agenda de atividades.</p>	<p>Buscar inserir o adolescente em atividades rotineiras, oficinas e ações socioeducativas, incluídas ou não na agenda de atividades.</p>

GESP		
Baixo Risco	Médio risco	Alto risco
		Participar de avaliação intersetorial diária a ser realizada com participação da GESEG e GESAM. O reporte (modelo anexo) dessa avaliação será encaminhado pela GESP a todos os gestores da Unidade.
Comunicar à Direção da unidade sobre a situação de risco, de forma que todas as gerências sejam informadas.	Comunicar à Direção da unidade sobre a situação de risco, de forma que todas as gerências sejam informadas.	Comunicar à Direção da unidade sobre a situação de risco, de forma que todas as gerências sejam informadas.
Registrar as informações em prontuários físicos e/ou eletrônicos do adolescente.	Registrar as informações em prontuários físicos e/ou eletrônicos do adolescente.	Registrar as informações em prontuários físicos e/ou eletrônicos do adolescente.
Articular-se com as equipes da escola e das demais atividades da jornada pedagógica, no sentido das estratégias de atenção e cuidado.	Articular-se com as equipes da escola e das demais atividades da jornada pedagógica, no sentido das estratégias de atenção e cuidado.	Articular-se com as equipes da escola e das demais atividades da jornada pedagógica, no sentido das estratégias de atenção e cuidado.

GESAM		
Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Ter atitude empática e acolhedora.	Ter atitude empática e acolhedora.	Ter atitude empática e acolhedora.
Evitar postura de julgamento, discriminação ou condenação moral do comportamento suicida.	Evitar postura de julgamento, discriminação ou condenação moral do comportamento suicida.	Evitar postura de julgamento, discriminação ou condenação moral do comportamento suicida.
	<p>Avaliar a necessidade de encaminhar para os Serviços de Urgência e Emergência da SES/DF (encaminhar ficha padrão, modelo anexo).</p> <p>Em caso de tentativa de suicídio pregressa, SEMPRE encaminhar para atendimento emergencial na rede externa de saúde.</p>	<p>Providenciar imediatamente encaminhamento para os Serviços de Urgência e Emergência da SES/DF (encaminhar ficha padrão, modelo anexo).</p>
	Assim que o risco for identificado, a necessidade de atenção especial deve ser comunicada a todos os gestores da unidade da forma mais rápida possível.	Assim que o risco for identificado, a necessidade de atenção especial deve ser comunicada a todos os gestores da unidade da forma mais rápida possível, por meio de reporte (modelo anexo), que será atualizado diariamente, a partir da avaliação intersetorial diária descrita abaixo.
	Participar, sempre que possível, do processo decisório sobre a necessidade de retirar do alojamento materiais que possam ser usados como instrumento de letalidade. Esse processo deve se dar, preferencialmente, após realização de estudo de caso, cujo registro deverá ser encaminhado para SUBSIS/UNISAU/DISAM e para a SUBSIS/UNINT/DIASO. A avaliação deve ser realizada de modo singular, com análise de quais materiais precisam ser retirados em cada caso.	Participar, sempre que possível, do processo decisório sobre a necessidade de retirar do alojamento materiais que possam ser usados como instrumento de letalidade. Esse processo deve se dar, preferencialmente, após realização de estudo de caso, cujo registro deverá ser encaminhado para SUBSIS/UNISAU/DISAM e para a SUBSIS/UNINT/DIASO. A avaliação deve ser realizada de modo singular, com análise de quais materiais precisam ser retirados em cada caso.

GESAM		
Baixo risco	Médio risco	Alto risco
	<p>IMPORTANTE: a privação dos materiais e pertences do adolescente deve ser pautada unicamente pelos critérios de cuidado e minimização dos riscos, nunca por critérios punitivos ou administrativos.</p> <p>Ela deve durar o menor tempo possível, enquanto houver risco.</p> <p>A devolução dos materiais também deve ser discutida, sempre que possível, em conjunto com as equipes da GESEG e/ou da GESP, preferencialmente após realização de estudo de caso, cujo registro deverá ser encaminhado para SUBSIS/UNISAU/DISAM e para a SUBSIS/UNINT/DIASO.</p> <p>Quando não houver representantes dessas gerências por período que implique em prolongamento da privação de materiais, a decisão de devolução poderá ser realizada pela GESEG, com realização de estudo de caso intersetorial tão logo seja possível.</p>	
Avaliar a possibilidade e pertinência de disponibilizar ao adolescente ligação para o Centro de Valorização da Vida (CVV), no telefone 188.	Avaliar a possibilidade e pertinência de disponibilizar ao adolescente ligação para o Centro de Valorização da Vida (CVV), no telefone 188.	
	Comunicar para o adolescente, de forma clara e empática, as condutas e manejos que serão adotados com relação ao seu caso. Na medida do possível, é importante implicar o adolescente nas estratégias de cuidado e atenção, tornando-o copartícipe desse processo.	Comunicar para o adolescente, de forma clara e empática, as condutas e manejos que serão adotados com relação ao seu caso. Na medida do possível, é importante implicar o adolescente nas estratégias de cuidado e atenção, tornando-o copartícipe desse processo.
Avaliar se o contato do adolescente com sua família pode ser protetivo e/ou ter efeito positivo em situações de crise. Em caso afirmativo, promover o contato telefônico. Destaca-se que esse contato nem sempre é positivo, podendo, ao contrário promover impactos negativos. É desejável fazer o contato com a família, inicialmente, longe do adolescente para avaliação e orientação.	Avaliar se o contato do adolescente com sua família pode ser protetivo e/ou ter efeito positivo em situações de crise. Em caso afirmativo, promover o contato telefônico. Destaca-se que esse contato nem sempre é positivo, podendo, ao contrário promover impactos negativos. É desejável fazer o contato com a família, inicialmente, longe do adolescente para avaliação e orientação.	Avaliar se o contato do adolescente com sua família pode ser protetivo e/ou ter efeito positivo em situações de crise. Em caso afirmativo, promover o contato telefônico. Destaca-se que esse contato nem sempre é positivo, podendo, ao contrário promover impactos negativos. É desejável fazer o contato com a família, inicialmente, longe do adolescente para avaliação e orientação.

GESAM		
Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Acompanhar o adolescente de forma mais próxima e frequente, sobretudo no período subsequente ao comportamento que indica o risco. Monitorar o possível desenvolvimento de outros sinais de alerta e agravamento do risco.	Acompanhar o adolescente de forma mais próxima e frequente, sobretudo no período subsequente ao comportamento que indica o risco. Monitorar o possível desenvolvimento de outros sinais de alerta e agravamento do risco.	Acompanhar o adolescente de forma mais próxima e frequente, sobretudo no período subsequente ao comportamento que indica o risco. Monitorar o possível desenvolvimento de outros sinais de alerta e agravamento do risco.
Avaliar a necessidade de acompanhamento sistemático pelo profissional de saúde mental da GESAM.	Inserir em acompanhamento sistemático pelo profissional de saúde mental da GESAM.	Inserir em acompanhamento sistemático pelo profissional de saúde mental da GESAM.
Avaliar a necessidade de encaminhamento para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	Encaminhar para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	Encaminhar para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
Avaliar a necessidade de realização de estudo de caso intersetorial.	Realizar estudo de caso intersetorial. Os estudos de caso devem ser realizados após a identificação do risco, para decisão dos manejos e condutas do protocolo a serem adotados e, também, no momento em que o adolescente é retirado do regime de Protocolo de Prevenção ao Suicídio. Os registros dos estudos de caso inicial e final deverão ser encaminhados para SUBSIS/UNISAU/DISAM e para a SUBSIS/UNINT/DIASO.	Realizar estudo de caso intersetorial. Os estudos de caso devem ser realizados após a identificação do risco, para decisão dos manejos e condutas do protocolo a serem adotados e, também, no momento em que o adolescente é retirado do regime de Protocolo de Prevenção ao Suicídio. Entre os estudos de caso inicial e final, devem ser realizadas as avaliações intersetoriais diárias. Os registros dos estudos de caso inicial e final deverão ser encaminhados para SUBSIS/UNISAU/DISAM e para a SUBSIS/UNINT/DIASO.
		Participar de avaliação intersetorial diária a ser realizada com participação da GESEG e GESP. O reporte (modelo anexo) dessa avaliação será encaminhado pela GESP a todos os gestores da Unidade.

GESAM		
Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Comunicar à Direção da unidade sobre a situação de risco, de forma que todas as gerências sejam informadas.	Comunicar à Direção da unidade sobre a situação de risco, de forma que todas as gerências sejam informadas. Encaminhar a todos os gestores da unidade, pelo meio que for mais efetivo em cada realidade institucional, uma solicitação de atenção especial (sugestão de documento anexo).	Comunicar por escrito à Direção da unidade sobre a situação de risco, de forma que todas as gerências sejam informadas. Encaminhar a todos os gestores da unidade, pelo meio que for mais efetivo em cada realidade institucional, uma solicitação de atenção especial (sugestão de documento anexo).
Registrar as informações em livro de registro da GESAM e nos prontuários físicos e/ou eletrônicos do adolescente.	Registrar as informações em livro de registro da GESAM e nos prontuários físicos e/ou eletrônicos do adolescente.	Registrar as informações em livro de registro da GESAM e nos prontuários físicos e/ou eletrônicos do adolescente.
		Em caso de tentativa de suicídio, preencher a FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA da Secretaria de Vigilância à Saúde/Ministério da Saúde. 
Articular-se com as equipes da escola e das demais atividades da jornada pedagógica, no sentido das estratégias de atenção e cuidado.	Articular-se com as equipes da escola e das demais atividades da jornada pedagógica, no sentido das estratégias de atenção e cuidado.	Articular-se com as equipes da escola e das demais atividades da jornada pedagógica, no sentido das estratégias de atenção e cuidado.

Fontes: Associação Brasileira de Psiquiatria & Conselho Federal de Medicina, 2014; Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde & Unicamp, 2006 e Oliveira, 2018 (Palestra proferida na VII Jornada de Prevenção ao Suicídio do DF, em 13/09/2018).

DIREÇÃO		
Baixo risco	Médio risco	Alto risco
	Acompanhar e monitorar o caso do adolescente de forma mais próxima.	Acompanhar e monitorar o caso do adolescente de forma mais próxima.
	Dar suporte e garantir condições para a realização das ações e procedimentos atribuídos às diferentes gerências na conduta e manejo do caso.	Dar suporte e garantir condições para a realização das ações e procedimentos atribuídos às diferentes gerências na conduta e manejo do caso.
	Acompanhar e monitorar a realização das ações e procedimentos atribuídos às diferentes gerências na conduta e manejo do caso.	Acompanhar e monitorar e a realização das ações e procedimentos atribuídos às diferentes gerências na conduta e manejo do caso.
Nos casos necessários, acionar as gerências para realização de estudo de caso intersetorial.	Garantir proximidade e articulação na condução dos casos pelas diferentes Gerências implicadas. Acionar as gerências para realização de estudo de caso intersetorial.	Garantir proximidade e articulação na condução dos casos pelas diferentes Gerências implicadas. Acionar as gerências para realização de estudo de caso intersetorial.
	Comunicar por escrito à UNINT e à UNISAU todas as situações de tentativa de suicídio.	Comunicar por escrito à UNINT e à UNISAU todas as situações de tentativa de suicídio.
		Avaliar a necessidade de encaminhamento de relatório informativo à Vara de Execução de Medidas Socioeducativas (VEMSE) e/ou à Vara da Infância e Juventude (VIJ).

ATENÇÃO!

A SECRETARIA DE SAÚDE NÃO RECOMENDA A REALIZAÇÃO DO “CONTRATO DE VIDA” OU “CONTRATO TERAPÊUTICO DE NÃO SUICÍDIO” POR ENTENDER QUE, SE USADO DE FORMA ISOLADA, NÃO É UMA MEDIDA EFETIVA PARA EVITAR O RISCO DE SUICÍDIO. ESSE “ACORDO DE NÃO SUICÍDIO” É UMA FERRAMENTA QUE ALGUNS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL USAM PARA AJUDAR PACIENTES QUE ESTÃO EM RISCO. O PROPÓSITO É CRIAR UM COMPROMISSO FORMAL PARA NÃO SE SUICIDAR E, EM VEZ DISSO, BUSCAR AJUDA. EMBORA POSSA TER ALGUM VALOR COMO PASSO INICIAL PARA A SEGURANÇA, MUITOS ESPECIALISTAS E A LITERATURA DA ÁREA NÃO INDICAM O SEU USO, POIS NÃO SE TRATA DE UMA SOLUÇÃO COMPLETA. O CONTRATO PODE NÃO GARANTIR A SEGURANÇA E SUA EFICÁCIA PODE SER LIMITADA, ESPECIALMENTE SE NÃO FOR ACOMPANHADO DE UM TRATAMENTO ADEQUADO E SUPORTE CONTÍNUO. AO INVÉS DISSO, RECOMENDA-SE UMA ABORDAGEM MAIS ABRANGENTE, QUE POSSA INCLUIR ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO, SUPORTE SOCIAL, INTERVENÇÕES MÉDICAS, QUANDO NECESSÁRIO, ESCUTA ACOLHEDORA, AUMENTO DA ATENÇÃO EM RELAÇÃO AO/À ADOLESCENTE, OFERTA DE MAIS ATIVIDADES, ENTREOUTRAS ESTRATÉGIAS

Em relação aos encaminhamentos à Rede de Urgência e Emergência da SES - DF olhar as informações constantes no **Anexo II** que apresenta telefones importantes, rede de referência das Unidades de Internação do DF e outras informações constantes no site da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Em relação aos encaminhamentos à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da SES - DF olhar as informações constantes no **Anexo III**.

10.3. O que fazer em caso de suspeita de óbito :

Se necessário e possível, realizar procedimento de reanimação. Caso não possua conhecimento técnico específico, ligar 192 ou 193 para receber orientação sobre reanimação até que a equipe da GESAM chegue;

Encaminhar para atendimento emergencial na rede externa de saúde.

10.4. O que fazer no caso de óbito já atestado por médico

ATENÇÃO! APENAS UM MÉDICO PODE CONFIRMAR O ÓBITO. PORTANTO, AS AÇÕES ABAIXO SÃO RELATIVAS SOMENTE ÀS SITUAÇÕES EM QUE HOVER TAL CONFIRMAÇÃO.

GESEG

- ♦ Acionar a polícia;
- ♦ Não alterar a cena além do necessário para as ações de atendimento;
- Manter a área isolada até a liberação pelas instâncias responsáveis (polícia civil, IML);
- Nas semanas seguintes ao fato, em conjunto com as outras gerências, intensificar a realização de ações de prevenção ao suicídio. Tais ações deverão englobar atendimentos técnicos (individuais e em grupo), encaminhamentos necessários à rede e reforço dos procedimentos de segurança.

GESP

- Em conjunto com as outras gerências e parceiros externos construir coletivamente um plano de ação multidisciplinar que vise atender aos familiares, adolescentes e servidores;
- Nas semanas seguintes ao fato, em conjunto com as outras gerências, intensificar a realização de ações de prevenção ao suicídio. Tais ações deverão englobar atendimentos técnicos (individuais e em grupo) e encaminhamentos necessários;
- Dar suporte à família do adolescente após o fato ocorrido, por meio de encaminhamento a serviços da rede e contatos com familiares.

GESAM

- Não alterar a cena além do necessário para as ações de atendimento;
- Em conjunto com as outras gerências e parceiros construir coletivamente um plano de ação multidisciplinar que vise atender aos familiares, adolescentes e servidores;
- Nas semanas seguintes ao fato, em conjunto com as outras gerências, intensificar a realização de ações de prevenção ao suicídio. Tais ações deverão englobar atendimentos técnicos (individuais e em grupo) e encaminhamentos necessários à rede.

Direção

Acionar a polícia;

Informar, de forma cuidadosa, a família do adolescente;

- ◆ Articular e dar o suporte para a construção de um plano de ação multidisciplinar, envolvendo todas as gerências e parceiros externos. O plano de ação deve atender aos familiares, adolescentes e servidores;
- Nas semanas seguintes ao fato, articular e dar o suporte para ações de prevenção
- ◆ ao suicídio, envolvendo todas as gerências e parceiros externos. Tais ações
- ◆ deverão englobar atendimentos técnicos (individuais e em grupo), encaminhamentos necessários à rede e reforço dos procedimentos de segurança.

10.5. Pós-venção: atenção aos adolescentes, familiares e profissionais da comunidade socioeducativa

Os comportamentos suicidas têm o potencial de produzir intensos efeitos e reações emocionais nas pessoas que circundam o indivíduo, sejam os familiares e entes queridos, as pessoas próximas e pares ou os profissionais envolvidos. Quando a situação culmina em suicídio consumado e óbito, esses impactos emocionais tendem a ser ainda mais acentuados. Embora cada pessoa vivencie seu processo de luto de forma singular, há alguns estados afetivos comuns, que se repetem entre a maioria das pessoas: choque inicial, sentimentos de culpa e responsabilidade, tristeza, raiva, desespero, pensamentos ruminativos e muitas perguntas sem respostas^{162,163}.

Portanto, após a ocorrência de um suicídio na comunidade socioeducativa, faz-se necessária uma série de medidas de pós-venção direcionadas aos familiares e entes queridos, que ofereçam apoio emocional e afetivo, favoreçam a expressão de sentimentos e emoções e possibilitem um processo de resignificação e elaboração do luto. Também se mostra essencial uma atenção com os demais socioeducandos, no sentido de buscar compreender como a situação está afetando cada um e como eles estão significando o evento, para o desenvolvimento de estratégias específicas. Concomitantemente à oferta desse apoio e cuidado aos familiares e adolescentes, os profissionais, muitas vezes, também precisam lidar com os impactos afetivos e emocionais sobre si mesmo, com o processo de luto, com os potenciais sentimentos de culpa e com os abalos à autoestima profissional que um suicídio pode promover. Assim, é essencial que os contextos institucionais também ofereçam espaços de apoio e elaboração para os profissionais envolvidos. É importante que a SUBSIS seja acionada para contribuir com as medidas de pós-venção.

Algumas estratégias podem ser usadas para acolher e favorecer a elaboração do luto dos profissionais das unidades e dos familiares do adolescente que cometeu suicídio. A Atenção Primária à Saúde (APS) dispõe de diversas ferramentas que podem ser empregadas, dependendo da necessidade da pessoa:

- atendimentos individuais pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Abordagem familiar;
- atendimentos conjuntos com Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF - AB;
- Grupos na atenção primária;
- Encaminhamento para outros níveis de atenção, se necessário, incluindo os serviços de saúde mental.

É importante que a GESAM oriente os profissionais e familiares sobre esses e outros serviços.

Ajudar a família a passar pelo luto ao mesmo tempo em que lidam com seu próprio luto é um desafio para estes profissionais que podem experimentar os mesmos sentimentos. A equipe pode ainda ter que lidar com a raiva da família direcionada a eles. Acusações de que o suicídio do adolescente pode ter acontecido por falha de um ou mais membros da equipe ou do sistema, podem ocorrer. Por isso, registrar com qualidade as informações na rotina dos atendimentos é importante. Independentemente do acompanhamento, os agentes e especialistas podem pensar que deveriam ter feito algo a mais, sentirem-se culpados ou demasiadamente tristes, somando esta perda ao desgaste habitual de trabalho e às situações de violência que atendem. É preciso cuidar do cuidador. Significa fornecer suporte não somente à rede social da pessoa que cometeu suicídio (família, escola, comunidade), mas também a equipe da unidade. O reconhecimento da necessidade que um profissional necessita de tratamento em saúde mental, seja por si mesmo, seja por um outro membro da equipe precisa ser feito e caminhar paralelamente às discussões, conversas com colegas, atendimentos conjuntos e supervisões. É possível ainda a realização de grupos terapêuticos para os servidores na própria unidade. O trabalho em grupo para pessoas que passaram por situações de violência e luto funciona como um suporte social, espaço de reintegração social e de aprendizagem interpessoal importante para a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos, favorecendo a resiliência, se constituindo, dessa forma, em espaços de prevenção de suicídio¹⁶⁴.

Por fim, considerando que, dentro do contexto socioeducativo, encontram-se adolescentes em situação de vulnerabilidade (por vezes múltiplas), sendo frequentes os diagnósticos de transtornos mentais, além do próprio sofrimento mental decorrente da restrição de liberdade, é importante se atentar para o risco aumentado de que outros casos ocorram a seguir, inclusive por "efeito contágio" (efeito Werther). Devem ser monitorados, e realizar seguimento adequado em saúde mental, os adolescentes e servidores/colaboradores que apresentem diagnósticos (ou suspeita) de transtornos mentais, com histórico de comportamento suicida, com vínculos próximos ao paciente do suicídio ou que presenciaram/identificaram o ato.

10.6. Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica.

10.7. Tratamento Farmacológico

O tratamento farmacológico em situações de risco de suicídio, quando indicado, dependerá do histórico do paciente (como transtornos mentais previamente diagnosticados, quadros em investigação, medicamentos em uso atual ou com uso prévio) e da estratificação do risco. O tratamento pode ser realizado em monoterapia (somente um medicamento), porém nesses casos é frequente a terapia envolvendo dois ou mais medicamentos, considerando a complexidade destes casos.

São frequentes as prescrições de medicamentos como antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos e benzodiazepínicos, considerando o quadro atual e diagnósticos já estabelecidos, e algumas orientações gerais são importantes:

Existe um **período variável de adaptação ao(s) medicamento(s)**, sendo necessários ajustes em relação a posologia e dose, até o adequado efeito terapêutico. Esse período pode levar semanas e incorrer em falhas terapêuticas, sendo eventualmente necessária a troca do(s) medicamento(s) inicialmente proposto(s);

Podem ocorrer efeitos adversos como náuseas, vômitos, aumento ou redução do apetite, insônia ou sonolência excessiva, aumento da agitação psicomotora, a presença de tremores ou outros movimentos involuntários e inúmeros outros possíveis adversos, dependendo do tratamento adotado;

A multiplicidade de opções de tratamento farmacológico permite ajustes em situações de falha terapêutica ou efeitos adversos que comprometam a continuidade do tratamento;

Todos os profissionais envolvidos no acompanhamento do adolescente devem ficar atentos e registrar possíveis eventos adversos, além de monitorar as alterações no comportamento do adolescente no decorrer do tratamento.

10.7.1. **Fármaco(s)**

Não se aplica.

10.7.2. **Esquema de Administração**

Não se aplica.

10.7.3. **Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

Não se aplica.

11. Benefícios Esperados:

Com o presente protocolo espera-se subsidiar os profissionais que atendem aos adolescentes e jovens que cumprem medida de internação com fundamentos teóricos, práticos e interventivos para lidar com o complexo fenômeno do suicídio. Essa qualificação através de um arcabouço teórico que fundamenta a percepção e a ação diante das situações de comportamentos suicidas, busca contribuir para que os profissionais se sintam amparados para lidar com esse desafio do sofrimento psíquico desse público. Além disso, entendendo as Unidades de Internação como um sistema integrado e único, esse documento também propõe um alinhamento das intervenções diante dos casos de risco de suicídio, para que os profissionais tenham um método estruturado de ação, buscando com isso minimizar os preconceitos e desconfianças que a temática pode gerar em algumas pessoas.

Outro benefício esperado com o protocolo é a contribuição para a ação mais integrada entre os diferentes setores da Unidade de Internação, entendendo que existe uma divisão na sua estrutura orgânica, mas isso não deve impactar em ações descoordenadas entre esses setores. Por tanto, apesar das diferenças inerentes às atribuições das gerências, essas devem trabalhar com um objetivo em comum e esse documento visa contribuir para a maior proximidade entre os serviços.

Por fim, entende-se que, ao construir um documento diretivo ao atendimento desse público com informações que fundamentam, instrumentalizam e aprimoram as ações de prevenção, assistência, atenção e cuidado relacionados ao suicídio, ocorrerá uma melhora na atenção a essa demanda dos adolescentes e jovens que cumprem medida de internação.

12. Monitorização:

O impacto desse protocolo será avaliado por meio do preenchimento do formulário enviado às Gerências de Saúde colhendo informações sobre os casos de comportamento de risco ligado ao suicídio. No formulário serão colhidas informações sobre o fato ocorrido e as formas de intervenção diante dele.

12.1 Acompanhamento Pós-tratamento

Não se aplica.

12.2 Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica.

13. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Periodicamente, será feito um compilado dos dados colhidos nos formulários preenchidos pela Gerência de Saúde. Com a junção dessa informação será feito um relatório, que será amplamente divulgado, contendo os dados numéricos sobre as situações relacionadas ao suicídio.



14.Referências Bibliográficas:

- 1 DISTRITO FEDERAL, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Manual de Orientações para o atendimento a pessoas em risco de Suicídio, 2021.
- 2 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization, 2021.
- 3 Ibidem.
- 4 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Live Life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization, 2021.
- 5 Ibidem.
- 6 Ibidem
- 7 LIMA, L. Deverei velar pelo outro?: suicídio, estigma e economia dos cuidados. Editora Dialética, 2020.
- 8 BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico vol. 52 n. 33: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021.
- 9 BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico vol. 53 n. 37: Suicídio em adolescentes no Brasil, 2016 a 2021. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022.
- 10 BAERE, F.; ZANELLO, V. O gênero no comportamento suicida: Uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. Estudos em Psicologia (Natal), v. 23, n. 2. p. 168-178, jun.2018. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2018000200008.
- 11 ARAÚJO, T. B. Suicídio, política e sociedade: elementos para uma suicidologia crítica. In LIMA, L.; PAULO, V.P.N (Orgs.). (Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidades e saberes pluriespísêmicos. Salvador: EDUFBA, 2022.
- 12 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS: suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo, 12 setembro 2016. Disponível em : <https://brasil.un.org/pt-br/74254-oms-suic%C3%ADdio-%C3%A9-respons%C3%A1vel-por-uma-morte-cada-40-segundos-no-mundo>.
- 13 BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. Boletim epidemiológico, 50. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2019.
- 14 UNICEF Suicídio adolescente em povos indígenas: 3 estudos. Arte Brasil Editora, 2014.

- 15 CALAFATE, J; RICHWIN, I.; ZANELLO, V. Suicídio nos povos Iny: entre o feitiço e os desarranjos do "desejo". In: LEITE, J; DIMENSTEIN, M.; DANTAS, C.; MACEDO, J.P. (Orgs.) *Psicologia e Contextos Rurais: Diálogos Psicossociais a partir da América Latina*. Curitiba: CRV, 2023, p. 123-140.
- 16 BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros - 2012 a 2016. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade de Brasília, 2018.
- 17 LIMA, L. *Deverei velar pelo outro?: suicídio, estigma e economia dos cuidados*. Editora Dialética, 2020.
- 18 ARAÚJO, T. B. Suicídio, política e sociedade: elementos para uma suicidologia crítica. In LIMA, L.; PAULO, V.P.N (Orgs.). *(Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidades e saberes pluriespísêmicos*. Salvador: EDUFBA, 2022.
- 19 LIMA, L. *Deverei velar pelo outro?: suicídio, estigma e economia dos cuidados*. Editora Dialética, 2020.
- 20 BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*, 1990.
- 21 BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo SINASE*. Brasília-DF: CONANDA, 2006.
- 22 Ibidem.
- 23 BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1082, de 23 de maio de 2014.
- 24 DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Justiça e Cidadania. Subsecretaria do Sistema Socioeducativo. *Relatório Estatístico Anual 2022*. Brasília: SEJUS/SUBSIS/GDF, 2023
- 25 BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, [1977] 2016.
- 26 TURATO, E. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2018.
- 27 SILVA, L. S. DA. et al. Suicide risk in high school students: who are the most vulnerable groups? *Revista Paulista de Pediatria*, v. 41, p. e2021236, 2023.
- 28 MELO, T. Q., AQUINO, D. M. F., PEIXOTO, A. M. C. L., LISBOA, J. L., FERREIRA, R. C., ZARZAR, P. M. P. A., COLARES, V., LAUREANO, F. G. B. B., SANTOS, C. D. F. B. F., VIEIRA, S. C. M., & MENEZES, V. A. (2022). Is Binge Drinking Associated with Suicidal Behaviors among Brazilian Adolescents?. *Substance use & misuse*, 57(9), 1365– 1373. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10826084.2022.2083169>.

- 29 NEIVA-SILVA, L., GOMES, J. R., GOULART-PERES, T., DEMENECH, L. M., PALUDO, S. S., CARVALHO, F. T., KOLLER, S. H., & CORRÊA, M. L. (2022). Street scars: Suicide ideation and suicide attempt among street-involved adolescents and youth in southern Brazil. *Child abuse & neglect*, 139, 105490. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213422000096?via%3Dihub>.
- 30 SILVA, L. S. DA. et al. Suicide risk in high school students: who are the most vulnerable groups? *Revista Paulista de Pediatria*, v. 41, p. e2021236, 2023.
- 31 CECCHIN, H. F. G.; MURTA, S. G.; COSTA, H. E. R. da; PACHECO, G. R.; VALENCIA, G. B. de. Why do college students succumb? Suicide risk factors. *SciELO Preprints*, 2022. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.3919. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3919>. Acesso em: 29 aug.2023.
- 32 GÓMEZ-TABARES, A.S. Perspectivas de estudio sobre el comportamiento suicida en niños y adolescentes: Una revisión sistemática de la literatura utilizando la teoría de grafos. *Psicología desde el Caribe*, 2021.
- 33 CORDOVÍ, T. A. et al. Factores de riesgo asociados a intento suicida en adolescentes. *Unidad de cuidados intensivos pediátricos*. 2018-2019. *Multimed, Granma*, v. 25, n. 3, e1753, jun. 2021. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000300002&lng=es&nrm=iso.
- 34 RUFINO, N. C., MIRKOVIC, B., CONSOLI, A., PELLERIN, H., SANTOS, J. P. M., FIDALGO, T. M., GERARDIN, P., SILVEIRA, D. X., & COHEN, D. (2020). Suicide Attempts Among French and Brazilian Adolescents Admitted to an Emergency Room. A Comparative Study of Risk and Protective Factors. *Frontiers in psychiatry*, 11, 742. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00742>.
- 35 BAPTISTA, M. N., CUNHA, F., & HAUCK, N. The latent structure of depression symptoms and suicidal thoughts in Brazilian youths. *Journal of affective disorders*, 254, 90–97, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.024>.
- 36 BACHEGA, A. S. et al. Motivações, pensamentos e sentimentos associados à ideação suicida de adolescentes brasileiros: uma síntese rápida de evidências qualitativas. *Bis, São Paulo*, v. 20, n. 2, p. 105-113, dez. 2019.
- 37 AKCA, S. O.; YUNCU, O.; AYDIN, Z. Mental status and suicide probability of young people: A cross-sectional study. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 64, n. 1, p. 32–40, jan. 2018.
- 38 LIMA, L. *Deverei velar pelo outro?: suicídio, estigma e economia dos cuidados*. Editora Dialética, 2020.

- 39 CECCHIN, H. F. G.; MURTA, S. G.; COSTA, H. E. R. da; PACHECO, G. R.; VALENCIA, G. B. de. Why do college students succumb? Suicide risk factors. SciELO Preprints, 2022. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.3919. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3919>. Acesso em: 29 aug. 2023.
- 40 NEIVA-SILVA, L., GOMES, J. R., GOULART-PERES, T., DEMENECH, L. M., PALUDO, S. S., CARVALHO, F. T., KOLLER, S. H., & CORRÊA, M. L. (2022). Street scars: Suicide ideation and suicide attempt among street-involved adolescents and youth in southern Brazil. *Child abuse & neglect*, 139, 105490. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105490>.
- 41 ALARCÃO, A. C. et al.. Suicide mortality among youth in southern Brazil: a spatiotemporal evaluation of socioeconomic vulnerability. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 42, n. 1, p. 46–53, jan. 2020.
- 42 PENSO, M. A.; SENA, D. P. A. DE. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. *Sociedade e Estado*, v. 35, n. 1, p. 61–81, jan. 2020.
- 43 JAEN-VARAS, D. et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 41, n. 5, p. 389–395, set. 2019.
- 44 PIMENTEL, F. de O.; MEA, C. P. D.; PATIAS, N. D. Victims of bullying, symptoms of depression, anxiety and stress, and suicidal ideation in teenagers. *Act.Colom.Psicol., Bogotá* , v.23, n. 2, p. 230-240, Dec. 2020. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552020000200230&lng=en&nrm=iso. access on 31 Aug. 2023. <https://doi.org/10.14718/acp.2020.23.2.9>.
- 45 CORDOBA, P.; OLIVA, C.; GALARZA, A. Riesgo suicida y discriminación en adolescentes y jóvenes marplatenses. *Rev. psicodebate: psicol. cult. soc.*, Ciudad de Buenos Aires , v. 21, n. 2, p. 61-76, dic. 2021 . Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2451-66002021000200061&lng=es&nrm=iso. accedido en 29 agosto 2023. Epub 01- Dic-2021. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v21i2.4595>.
- 46 BRANDELLI COSTA, A., PASLEY, A., MACHADO, W. L., ALVARADO, E., DUTRA-THOMÉ, L., & KOLLER, S. H. (2017). The Experience of Sexual Stigma and the Increased Risk of Attempted Suicide in Young Brazilian People from Low Socioeconomic Group. *Frontiers in psychology*, 8, 192. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00192>.
- 47 SIMÕES, É. V. et al. Reasons assigned to suicide attempts: adolescents' perceptions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, p. e20210163, 2022.

- 48 NEIVA-SILVA, L., GOMES, J. R., GOULART-PERES, T., DEMENECH, L. M., PALUDO, S. S., CARVALHO, F. T., KOLLER, S. H., & CORRÊA, M. L. (2022). Street scars: Suicide ideation and suicide attempt among street-involved adolescents and youth in southern Brazil. *Child abuse & neglect*, 139, 105490. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105490>.
- 49 GÓMEZ-TABARES, A.S. (2021). Perspectivas de estudio sobre el comportamiento suicida en niños y adolescentes: Una revisión sistemática de la literatura utilizando la teoría de grafos. *Psicología desde el Caribe*.
- 50 SOUSA, C. M. DE S. et al. Suicidal ideation and associated factors among high school adolescents. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 33, 2020.
- 51 PIMENTEL, F. de O.; MEA, C. P. D.; PATIAS, N. D. Victims of bullying, symptoms of depression, anxiety and stress, and suicidal ideation in teenagers. *Act.Colom.Psicol., Bogotá* , v.23, n. 2,p. 230-240, Dec. 2020. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552020000200230&lng=en&nrm=iso. Access on 31 Aug. 2023. <https://doi.org/10.14718/acp.2020.23.2.9>.
- 52 SANTOS, W. B.; DINIS, N. F. Violência e risco de suicídio na construção das masculinidades adolescentes. *Cadernos Pagu*, n. 52, p. e185218, 2018.
- 53 SCHÄFER, J. L. et al. Exposure to physical and sexual violence and suicidal ideation among schoolchildren. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 66, n. 2, p. 96– 103, abr. 2017.
- 54 BRANDELLI COSTA, A., PASLEY, A., MACHADO, W. L., ALVARADO, E., DUTRA- THOMÉ, L., & KOLLER, S. H. (2017). The Experience of Sexual Stigma and the Increased Risk of Attempted Suicide in Young Brazilian People from Low Socioeconomic Group. *Frontiers in psychology*, 8, 192. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00192>.
- 55 SILVA, L. S. DA . et al. Suicide risk in high school students: who are the most vulnerable groups?. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 41, p. e2021236, 2023.
- 56 SIMÕES, É. V. et al.. Relationships of adolescents with suicidal behavior with social support networks. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 43, p. e20210033, 2022.
- 57 NEIVA-SILVA, L., GOMES, J. R., GOULART-PERES, T., DEMENECH, L. M., PALUDO, S. S., CARVALHO, F. T., KOLLER, S. H., & CORRÊA, M. L. (2022). Street scars: Suicide ideation and suicide attempt among street-involved adolescents and youth in southern Brazil. *Child abuse & neglect*, 139, 105490. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105490>.

- 58 RUFINO, N. C., MIRKOVIC, B., CONSOLI, A., PELLERIN, H., SANTOS, J. P. M., FIDALGO, T. M., GERARDIN, P., SILVEIRA, D. X., & COHEN, D. (2020). Suicide Attempts Among French and Brazilian Adolescents Admitted to an Emergency Room. A Comparative Study of Risk and Protective Factors. *Frontiers in psychiatry*, 11, 742. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00742>.
- 59 PENSO, M. A.; SENA, D. P. A. DE. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. *Sociedade e Estado*, v. 35, n. 1, p. 61–81, jan. 2020.
- 60 SOUSA, C. M. DE S. et al. Suicidal ideation and associated factors among high school adolescents. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 33, 2020.
- 61 BACHEGA, A. S. et al. Motivações, pensamentos e sentimentos associados à ideação suicida de adolescentes brasileiros: uma síntese rápida de evidências qualitativas. *Bis, São Paulo*, v. 20, n. 2, p. 105-113, dez. 2019.
- 62 SIMÕES, É. V. et al. Relationships of adolescents with suicidal behavior with social support networks. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 43, p. e20210033, 2022.
- 63 RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 9, p. 2821– 2834, set. 2018.
- 64 SOARES, F. C., HARDMAN, C. M., RANGEL JUNIOR, J. F. B., BEZERRA, J., PETRIBÚ, K., MOTA, J., DE BARROS, M. V. G., & LIMA, R. A. (2020). Secular trends in suicidal ideation and associated factors among adolescents. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 42(5), 475–480. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0783>.
- 65 MOURA, J. C. F. et al. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas em adolescentes, 2010 a 2018. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, n. 27, p. 68-80, jun. 2022. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602022000100068&lng=pt&nrm=iso. acessos em 29 ago. 2023. Epub 30- Jun- 2022. <https://doi.org/10.19131/rpesm.325>.
- 66 ARAGÃO, C. de M. C. de; MASCARENHAS, M. D. M. Temporal trend of self-inflicted injury notifications in adolescents in the school environment, Brazil, 2011-2018. *SciELO Preprints*, 2022. DOI: 10.1590/S1679-49742022000100028. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3777>. Acesso em: 29 aug. 2023.
- 67 PINHEIRO, T. DE P.; WARMLING, D.; COELHO, E. B. S. Caracterização das tentativas de suicídio e automutilações por adolescentes e adultos notificadas em Santa Catarina, 2014-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. 4, p. e2021337, 2021.

- 68 CRESPO, K. C., RIOS, A. M. F. M., MARTINI, M., BARCELLOS, C., DE BORBA TELLES, L. E., & MAGALHÃES, P. V. S. (2021). Characteristics of suicides of young people in Porto Alegre, Southern Brazil, from 2010 to 2016. *Forensic science, medicine, and pathology*, 17(4), 596–601. <https://doi.org/10.1007/s12024-021-00403-y>.
- 69 LUIS, M. A.; MONROY, N. A. J.; GODOI, L. G. DE; LEITE, F. M. C. Self-inflicted injuries among adolescents: Prevalence and associated factors, Espírito Santo, Brazil. *Aquichan*, [S. l.], v. 21, n. 3, p. e2133, 2021. DOI: 10.5294/aqui.2021.21.3.3
- 70 SILVA, P. J. DA C. et al. Perfil epidemiológico e tendência temporal da mortalidade por suicídio em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 70, n. 3, p. 224–235, set. 2021.
- 71 NASCIMENTO, F.C., MARCON, S.R., FREITAS, B.H., KOGIEN, M., & LIMA, N.V. (2021). Suicídio por autointoxicação entre adolescentes e adultos jovens brasileiros: estudo de séries temporais/ Suicide by self-poisoning among brazilian adolescents and young adults: time-series study. *Ciência, Cuidado e Saúde*.
- 72 FERNANDES, F. Y.; FREITAS, B. H. B. M. de; MARCON, S. R.; ARRUDA, V. L. de; LIMA, N. V. P. de; BORTOLINI, J.; GAÍVA, M. A. M. Suicide trend in Brazilian adolescents between 1997-2016. *SciELO Preprints*, 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.964.
- 73 RODRIGUES, C. D. et al. Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 41, n. 5, p. 380–388, set. 2019.
- 74 CICOGNA, J. I. R.; HILLESHEIM, D.; HALLAL, A. L. DE L. C. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 68, n. 1, p. 1–7, jan. 2019.
- 75 RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 9, p. 2821– 2834, set. 2018.
- 76 GONZÁLEZ, J. R. et al. Experiências latino-americanas na prevenção do suicídio em jovens e adolescentes: uma revisão teórica. *Psicogente*, Barranquilla, v. 47, pág. 198-225, junho de 2022. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372022000100198&lng=en&nrm=iso. acesso em 10 de outubro de 2023. Epub 01 de maio de 2022. <https://doi.org/10.17081/psico.25.47.5070>.
- 77 CECCHIN, H. F. G. et al. Scoping review of 30 years of suicide prevention in university students around the world: efficacy, effectiveness, and cost-effectiveness. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 35, p. 22, 2022.

- 78 GONZÁLEZ, J. R. et al. Experiências latino-americanas na prevenção do suicídio em jovens e adolescentes: uma revisão teórica. *Psicogente*, Barranquilla, v. 47, pág. 198-225, junho de 2022. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372022000100198&lng=en&nrm=iso. acesso em 10 de outubro de 2023. Epub 01 de maio de 2022. <https://doi.org/10.17081/psico.25.47.5070>.
- 79 CECCHIN, H. F. G. et al. Scoping review of 30 years of suicide prevention in university students around the world: efficacy, effectiveness, and cost-effectiveness. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 35, p. 22, 2022.
- 80 GONZÁLEZ, J. R. et al. Experiências latino-americanas na prevenção do suicídio em jovens e adolescentes: uma revisão teórica. *Psicogente*, Barranquilla, v. 47, pág. 198-225, junho de 2022. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372022000100198&lng=en&nrm=iso. acesso em 10 de outubro de 2023. Epub 01 de maio de 2022. <https://doi.org/10.17081/psico.25.47.5070>.
- 81 VAL, A.; MIGUEZ, M. C. La prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito escolar: una revisión sistemática. *Ter Psicol*, Santiago , v. 39, n. 1, p. 145-162, abr. 2021. Disponível em http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082021000100145&lng=es&nrm=iso.
- 82 SGANZERLA, G. C. RISCO DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO ESCOLAR. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 25, p. e226820, 2021.
- 83 SAGGESE, E. Uma Juventude à Flor da Pele: o dilema de adolescer ou adoecer. *Educação & Realidade*, v. 46, n. 1, p. e109166, 2021.
- 84 MARTINEZ-SCHIAVO, Adriana; VIOLA, Laura. Intento de Autoeliminación en la Niñez y Adolescencia. Presentación de un modelo de prevención del intento de autoeliminación en niños y adolescentes tempranos en un Hospital Pediátrico en Montevideo. *Med. clín. soc.*, Santa Rosa del Aguaray, v.5, n.3, p. 145-151, Dec. 2021. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2521-22812021000300145&lng=en&nrm=iso.
- 85 Ibidem.
- 86 XAVIER, A., OTERO, P., BLANCO, V., & VÁZQUEZ, F. L. (2019). Efficacy of a problem-solving intervention for the indicated prevention of suicidal risk in young Brazilians: Randomized controlled trial. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(6), 1746–1761. <https://doi.org/10.1111/sltb.12568>.
- 87 OYANADEL, C., CARRASCO-CORREA, H., LATORRE-NANJARÍ, J., PEÑATE- CASTRO, W., & SEPÚLVEDA-QUEIPUL, C. (2021). Reduciendo la ideación suicida en adolescentes con terapia de perspectiva temporal. Un estudio experimental.

- 88 SILVA FILHO, O. C. DA.; MINAYO, M. C. DE S. Triplo tabu: sobre o suicídio na infância e na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 7, p. 2693–2698, jul. 2021.
- 89 KRAVETZ, P. L. et al. Representações Sociais do Suicídio para adolescentes de uma Escola Pública de Curitiba, Paraná, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1533–1542, abr. 2021.
- 90 MONARI, A. C. P.; BERTOLLI FILHO, C. Entre o debate público e o silêncio: análise da cobertura jornalística online sobre a questão do suicídio de adolescentes e jovens negros no Brasil. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 754-767, out./dez. 2019.
- 91 PICCIN, J. et al. The research output on child and adolescent suicide in Brazil: a systematic review of the literature. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 42, n. 2, p. 209–213, mar. 2020.
- 92 ROUSSILLON, R. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In: FURTOS et al. (Orgs.), *La santé mentale en actes*. Toulouse: Éditions Érès, p. 221-238, 2005.
- 93 BOTEGA, N. J. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- 94 TAVARES, M. Suicídio: o luto dos sobreviventes. In Conselho Federal de Psicologia, *O suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília, CFP, 2013.
- 95 BOTEGA, N. J. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- 96 TAVARES, M. Suicídio: o luto dos sobreviventes. In Conselho Federal de Psicologia, *O suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília, CFP, 2013.
- 97 NASCIMENTO, W. Prefácio: Mortificando a vida, politizando a morte. In LIMA, L. *Deverei velar pelo outro?: suicídio, estigma e economia dos cuidados*. Editora Dialética, 2020.
- 98 BOTEGA, N. J. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- 99 CAMAROTTI, J. A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio. 2009. Tese (Mestrado) - PPG-PsiCC/Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- 100 BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 587-595, 2010.
- 101 MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS; UNICAMP. *Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. 2006.
- 102 MENEGON, G. L. et al. Avaliação do paciente na emergência. In J. Quevedo & A. F. Carvalho (Orgs.), *Emergências Psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed, p. 17- 48, 2014.
- 103 BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 587-595, 2010.

- 104 Ibidem.
- 105 CAMAROTTI, J. A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio. 2009. Tese (Mestrado) - PPG-PsiCC/Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- 106 MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS; UNICAMP. Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2006.
- 107 CAMAROTTI, J. A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio. 2009. Tese (Mestrado) - PPG-PsiCC/Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- 108 MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS; UNICAMP. Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2006.
- 109 BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista Brasileira de Psiquiatria, 32(2), 587-595, 2010.
- 110 CAMAROTTI, J. A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio. 2009. Tese (Mestrado) - PPG-PsiCC/Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- 111 BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista Brasileira de Psiquiatria, 32(2), 587-595, 2010.
- 112 MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS; UNICAMP. Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2006.
- 113 BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista Brasileira de Psiquiatria, 32(2), 587-595, 2010.
- 114 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM/ABP, 2014.
- 115 BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista Brasileira de Psiquiatria, 32(2), 587-595, 2010.
- 116 FUKUMITSU, K. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. Psicologia USP, 25(3), 270-275, 2014.
- 117 BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista Brasileira de Psiquiatria, 32(2), 587-595, 2010.
- 118 Ibidem.
- 119 119 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM/ABP, 2014.

- 120 Ibidem.
- 121 Ibidem.
- 122 MENEGON, G. L. et al. Avaliação do paciente na emergência. In J. Quevedo & A. F. Carvalho (Orgs.), *Emergências Psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed, p. 17- 48, 2014.
- 123 Ibidem.
- 124 FUKUMITSU, K. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*, 25(3), 270-275, 2014.
- 125 BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 587- 595, 2010.
- 126 Ibidem.
- 127 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. *Suicídio: informando para prevenir*. Brasília: CFM/ABP, 2014.
- 128 BOTEGA, N. J. et al. *Prevenção do comportamento suicida*. Porto Alegre, 2006.
- 129 FUKUMITSU, K. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*, 25(3), 270-275, 2014.
- 130 BOTEGA, N. J. et al. *Prevenção do comportamento suicida*. Porto Alegre, 2006.
- 131 CAMAROTTI, J. A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio. 2009. Tese (Mestrado) - PPG-PsiCC/Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- 132 Ibidem.
- 133 Ibidem.
- 134 Ibidem.
- 135 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. *Suicídio: informando para prevenir*. Brasília: CFM/ABP, 2014.
- 136 BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 587- 595, 2010.
- 137 Ibidem.
- 138 CAMAROTTI, J. A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio. 2009. Tese (Mestrado) - PPG-PsiCC/Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- 139 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. *Suicídio: informando para prevenir*. Brasília: CFM/ABP, 2014

- 140 BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista Brasileira de Psiquiatria, 32(2), 587- 595, 2010.
- 141 BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. Porto Alegre, 2006.
- 142 PRIETO, D. Y. C. Indicadores de proteção e de risco para suicídio por meio de escalas de auto-relato. Tese (Doutorado) - PPG-PsiCC/Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
- 143 DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- 144 CAMAROTTI, J. A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio. 2009. Tese (Mestrado) - PPG-PsiCC/Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- 145 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM/ABP, 2014.
- 146 BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista Brasileira de Psiquiatria, 32(2), 587- 595, 2010.
- 147 BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. Porto Alegre, 2006.
- 148 PRIETO, D. Y. C. Indicadores de proteção e de risco para suicídio por meio de escalas de auto-relato. Tese (Doutorado) - PPG-PsiCC/Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
- 149 DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- 150 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM/ABP, 2014.
- 151 MENEGON, G. L. et al. Avaliação do paciente na emergência. In J. Quevedo & A. F. Carvalho (Orgs.), Emergências Psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed, p. 17- 48, 2014.
- 152 BOTEGA, N. J. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- 153 Ibidem.
- 154 DIPP, M. A. A política de saúde mental para a socioeducação sob a perspectiva da intersetorialidade. Dissertação (Mestrado) - PPG-PsiCC/Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

- 155 PARANÁ. Cadernos De Socioeducação – Prevenção Ao Suicídio. Secretaria da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos – SEJU, Departamento de Atendimento Socioeducativo – DEASE, 3ª ed., 2018.
- 156 DISTRITO FEDERAL. Plano Distrital De Prevenção Ao Suicídio 2020 – 2023. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, 2019.
- 157 LIMA, L. Deverei velar pelo outro?: suicídio, estigma e economia dos cuidados. Editora Dialética, 2020.
- 158 GONZÁLEZ, J. R. et al. Experiências latino-americanas na prevenção do suicídio em jovens e adolescentes: uma revisão teórica. *Psicogente*, Barranquilla, v. 47, pág. 198-225, junho de 2022. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372022000100198&lng=en&nrm=iso. acesso em 10 de outubro de 2023. Epub 01 de maio de 2022. <https://doi.org/10.17081/psico.25.47.5070>.
- 159 LIMA, L. Deverei velar pelo outro?: suicídio, estigma e economia dos cuidados. Editora Dialética, 2020.
- 160 DISTRITO FEDERAL. Plano Distrital De Prevenção Ao Suicídio 2020 – 2023. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, 2019.
- 161 Ibidem.
- 162 BOTEGA, N. J. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- 163 LIMA, L. Deverei velar pelo outro?: suicídio, estigma e economia dos cuidados. Editora Dialética, 2020.
- 164 Schoedl, F.; Lacaz, F.S.; Mello, M.F., et al. Roteiro da Capacitação sobre intervenção interpessoal de grupo (IIP-G). Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência (PROVE). São Paulo, 2012.

ANEXO I: MITOS E IDEIAS COMUNS SOBRE O SUICÍDIO

Ideias comuns	O que se sabe atualmente
Se alguém fala sobre suicídio ou ameaça se matar, é improvável que faça algo para se machucar	A pessoa que fala sobre suicídio pode estar indicando alto risco, e deve ser sempre ouvida
Quem realmente quer se matar, não avisa, se mata da primeira vez	É comum que os suicidas comuniquem a intenção a familiares, amigos ou profissionais
Perguntar sobre ideias suicidas pode incentivar a pessoa a cometê-lo	Perguntar e falar abertamente sobre o assunto pode aumentar a possibilidade de prevenção e trazer até alívio à pessoa
Quem quer mesmo se matar, consegue.	A intencionalidade suicida pode ser elevada, mas este não é único fator relevante
Pessoas em risco de suicídio não são ambivalentes sobre completar o ato	A ambivalência é uma característica bastante comum aos suicidas, bem como a rigidez e impulsividade. A maioria das pessoas deseja alívio para seu sofrimento, não acabar com sua vida
Pessoas que suicidam são fracas e egoístas	Pessoas que suicidam estão em sofrimento grave e não vêem outras alternativas. Não se deve julgar a pessoa em crise
Não há nada que possa ser feito por uma pessoa em risco de suicídio	Muito pode ser feito para proteger alguém em risco e inclusive modificar o desfecho do quadro
Quem tenta suicídio só quer chamar atenção	Quem tenta suicídio está indicando um sofrimento importante que sempre deve ser ouvido e cuidado
Quem se mata, queria morrer mesmo	A pessoa quer se ver aliviada da dor psíquica que sente

Ideias comuns	O que se sabe atualmente
Ele tomou só aspirina. Na verdade, não queria morrer	A escolha do método não tem a ver com a intencionalidade, mas com a crença de que o método será letal
Suicídio é um ato de coragem	Suicídio não é ato de coragem ou covardia. Está mais relacionado ao desespero como afeto intolerável
Suicídio é um ato de covardia	
Se cometeu suicídio é porque a situação era tão ruim que provavelmente a morte era a melhor saída	A pessoa que suicida não consegue enxergar que existem alternativas à sua situação e percebe seu sofrimento como insuportável, inescapável e interminável
Sugerir formas de se matar para um suicida não representa um perigo real	Sugerir formas pode dar ideias de métodos para uma futura tentativa de suicídio, com risco ainda maior
Só vai atrapalhar dar muita atenção a quem faz uma tentativa de suicídio	A pessoa que tenta suicídio precisa ser acolhida e ouvida sem julgamentos
Se ele está falando sobre suas ideias suicidas, quer dizer que está fora de risco	A comunicação da intenção é comportamento comum das pessoas em risco
Quem não tem transtorno mental não se mata	Mais de 90% dos suicidas têm transtorno mental diagnosticável, mas uma pequena porcentagem não tem
A depressão é um diagnóstico óbvio, fácil de ser percebido	Às vezes as pessoas disfarçam ou não demonstram os sintomas que apresentam
Suicídios ocorrem em famílias	Apesar de maior risco já ter sido identificado em familiares, e de existirem alguns marcadores biológicos associados a maior risco, estes achados não são determinantes para o comportamento
Uma vez suicida, sempre suicida	Muitas pessoas pensam em suicídio ao longo da vida. A maioria sobrevive e boa parte delas desenvolve outros recursos para lidar com os eventos estressores

Ideias comuns	O que se sabe atualmente
Quando a pessoa sobrevive a uma tentativa, está fora de risco	A maioria dos suicídios ocorre nos primeiros 3 meses após alta da internação, ou o começo da “melhora”. O alívio muito rápido também é sinal de alerta.
Suicídio é um ato impulsivo	Pode ser, e a impulsividade é um fator de risco, mas alguns atos suicidas envolvem planejamento cuidadoso com tomada de providências detalhadas e comunicação anterior
Pensamentos suicidas são raros	4% da população geral considera seriamente o suicídio em um ano
Existem dois grupos: os que tentam suicídio e os que se matam	A maioria dos suicidas fez pelo menos uma tentativa anterior
No lugar dele(a), eu também me mataria	O profissional pode se identificar com o desespero e desamparo dos pacientes, sentir-se impotente e deixar seu julgamento subjetivo influenciar as ações que tomará ou não. É importante estar ciente dessas reações e lidar com elas para que a conduta seja adequada
Veja se consegue da próxima vez!	O comportamento suicida pode desencadear sentimentos de hostilidade e rejeição. É importante encarar a tentativa como oportunidade para intervenção e prevenção de um desfecho fatal
Após uma tentativa de suicídio, a pessoa nunca mais tentará novamente	Muitas pessoas fazem várias tentativas de suicídio ao longo da vida, e em todas, há oportunidades para engajá-las em um atendimento e desenvolver recursos para a superação das crises
Se a pessoa estava com ideação suicida e melhorou rapidamente, quer dizer que está fora de risco	Muitas pessoas que estavam ambivalentes podem parecer aliviadas ao decidir realizar um ato suicida

ANEXO II: INFORMAÇÕES SOBRE A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO DF

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do Distrito Federal é composta pelos Hospitais Regionais (pronto socorro), Hospitais de Referência Distrital, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Maiores informações sobre a RUE podem ser consultadas no link da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal:

[Rede de Urgência e Emergência SES/DF](#)



Contatos Importantes nos casos de Emergência/Urgência:

SAMU: 192

Bombeiros: 193

Em emergências/urgências em saúde mental:

[Atenção às Urgências e Emergências em Saúde Mental - SES/DF](#)



Unidades da RUE que atendem emergência psiquiátricas e são referências das Unidades Socioeducativas:

- **Hospital São Vicente de Paulo (HSVP):**

Atendimento 24 horas, todos os dias da semana.

Endereço: QSC 01, Área Especial, Setor C Sul, Taguatinga Sul. Telefone: (61) 3449-7788/7789

- **Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF):**

Atendimento 24 horas, todos os dias da semana.

Endereço: SMHS, Área Especial, Quadra 101, Asa Sul, Brasília – DF. Telefone: (61) 3550-8900

Outros contatos:

Centro de Valorização da Vida (CVV): serviço voluntário gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo e anonimato. Oferece atendimento pelo telefone 188 (24 horas e sem custo de ligação), por chat, e-mail e pessoalmente.

Telefone: 188

Site: [Centro de Valorização da Vida - CVV](https://www.cvv.org.br)



ANEXO III: INFORMAÇÕES SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL(RAPS) DO DF

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 e atualizada pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, é composta pelos serviços de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como, seus familiares, no âmbito do SUS. Dentre os serviços disponíveis na RAPS temos:

- Atenção Primária em Saúde (UBS);
- ♦
 - Atenção Psicossocial Especializada:
 - Serviços Ambulatoriais em saúde mental (ex: Adolescência e Policlínicas);
 - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
 - Atenção de Urgência e Emergência.

Mais informações sobre a RAPS podem ser consultadas no site da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal:

[Rede de Atenção Psicossocial \(RAPS\) - SES/DF](#)



CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS):

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são destinados ao atendimento de pessoas com sofrimento mental grave, incluindo aquele decorrente do uso de álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam sofrimento mental grave e persistente, até 18 anos, incluindo aquele relacionado ao uso de álcool e outras drogas, até 16 anos.

CAPS AD: atende pessoas maiores de 16 anos que apresentam sofrimento mental grave e persistente decorrente do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas.



CAPS AD III Álcool e Drogas: atende pessoas maiores de 16 anos que apresentam sofrimento mental grave e persistente decorrente do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, e acolhimento noturno.

CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam sofrimento mental grave e persistente, incluindo aquele decorrente do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas.

CAPS II: atende pessoas maiores de 18 anos que apresentam sofrimento mental grave e persistente.

CAPS III: atende pessoas maiores de 18 anos que apresentam sofrimento mental grave e persistente. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, e acolhimento noturno.

Para mais informações sobre a rede CAPS do DF consultar o site da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal:

[CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL \(CAPS\)](#)



[PARA BUSCAR O SERVIÇO DE
REFERÊNCIA DO SEU TERRITÓRIO](#)



CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DE REFERÊNCIA DAS UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS:

Unidade Socioeducativa	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência
Unidade de Atendimento Inicial (UAI/NAI)	CAPSi Brasília (Asa Norte) 3449-4754 / 98184-2495 capsi.asanorte@gmail.com CAPSad III Brasília (Candango) 3349-3751 capsad3candango.ses@gmail.com
Unidade de Internação Provisória de São Sebastião (UIPSS)	CAPSi Brasília (Asa Norte) 3449-4754 / 98184-2495 capsi.asanorte@gmail.com CAPSad Itapoã 3449-5314 / 99113-0736 capsaditapoa@yahoo.com.br
Unidade de Internação de São Sebastião (UISS)	CAPSi Brasília (Asa Norte) 3449-4754 / 98184-2495 capsi.asanorte@gmail.com CAPSad Itapoã 3449-5314 / 99113-0736 capsaditapoa@yahoo.com.br
Unidade de Internação de Planaltina (UIP)	CAPSi Sobradinho 3449-5643 / 99444-1343 srsno.capsi-sob@saude.df.gov.br capsisobradinho@gmail.com CAPSad II Sobradinho 3449-5641 capsadsobradinho2@gmail.com
Unidade de Internação de Brazlândia (UIBRA)	CAPS I Brazlândia 3449-6399 capsbrz@gmail.com CAPSad III Ceilândia 3449-6150/6151 caps3.ceilandia@saude.df.gov.br

<p>Unidade de Internação de Santa Maria (UISM)</p>	<p>CAPSad II Santa Maria (Flor de Lótus) 3449-7478/3449-7479 capssantamaria@yahoo.com.br</p> <p>CAPS II Riacho Fundo 3449-5001 / 3449-4998 / 98184-1719 g.capsism@gmail.com</p>
<p>Unidade de Internação Feminina do Gama (UIFG)</p>	<p>CAPSad II Santa Maria (Flor de Lótus) 3449-7478/3449-7479 capssantamaria@yahoo.com.br</p> <p>CAPS II Riacho Fundo 3449-5001 / 3449-4998 / 98184-1719 g.capsism@gmail.com</p>
<p>Unidade de Internação do Recanto das Emas (UNIRE)</p>	<p>CAPSad III Samambaia 3449-6902 / 3449-4752 capsadsam@gmail.com</p> <p>CAPS III Samambaia 3449-6906 srssso.capsii-sam@saude.df.gov.br</p>
<p>Unidade de Internação de Saídas Sistemáticas (UNISS)</p>	<p>CAPSad III Samambaia 3449-6902 / 3449-4752 capsadsam@gmail.com</p> <p>CAPS III Samambaia 3449-6906 srssso.capsii-sam@saude.df.gov.br</p>

ANEXO IV: MODELO DE ESTUDO DE CASO ESTUDO DE CASOPPAS

Informações Iniciais:

Identificação do adolescente/jovem:

Data do Estudo de Caso:

Lista dos representantes presentes:

- Gesp:
- Geseg:
- Gesam:
- Direção:

Data de inclusão em PPAS:

Data de reunião(ões) de estudo de caso anterior(es):

Informações sobre o caso:

O que motivou o estudo de caso (falar sobre a situação que gerou a demanda pelo estudo de caso);

Situação atual do adolescente/jovem (estado emocional do adolescente no momento da realização do estudo de caso);

Histórico de saúde do adolescente (acompanhamentos de saúde anteriores que sejam relevantes ao caso, acompanhamentos anteriores na RAPS, histórico de uso de medicação e sua vinculação ao tratamento medicamentoso, histórico de tentativas de suicídio anteriores, histórico de automitilação, uso de drogas, etc);

Rotina do adolescente na Unidade: (participa de atividades, tem convívio com os outros adolescentes do módulo, avaliação breve do comportamento do adolescente no comprimento da medida por parte da GESP/GESEG/GESAU);

Relação familiar (explicar brevemente sobre a relação familiar).

Classificação de risco:

Informações sobre encaminhamentos:

Ações das respectivas gerências para o caso;

Encaminhamentos para outros serviços.

Deliberações:

Data prevista para reavaliação do caso ou Data de retirada do PPAS:

**ANEXO V: MODELO DE ENCAMINHAMENTO DE
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Brasília, de 20____.

LOCAL A SER ENCAMINHADO: _____

_____. À CLÍNICA: _____.

NOME DO JOVEM: _____

_____. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____.

MEDICAÇÃO EM USO: _____

RELATO

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

INFORMAMOS QUE NESSA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NÃO TEMOS EQUIPE MÉDICA OU ENFERMEIROS 24HS, APENAS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, PLANTONISTAS. NÃO TEMOS FARMÁCIA/FARMACÊUTICO, MEDICAÇÕES EM ESTOQUE NEM MEDICAÇÕES INJETÁVEIS.

ANEXO VI: MODELO DE REPORT DIÁRIO

Reporte Diário:

Nome do adolescente/jovem:

Módulo:

Situação atual:

Estratégias de intervenção (mencionar se é necessário atenção especial):

ANEXO VII: MODELO DE SOLICITAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIAL SOLICITAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIAL

Solicito que o adolescente _____, atualmente alojado no módulo _____ receba atenção especial e observação contínua, uma vez que tem apresentado comportamento suicida.

Oriento as Gerências que estejam de prontidão para encaminhar o adolescente para atendimento nesta GESAM e, se necessário, escoltar o socioeducando para atendimento emergencial em serviços da rede externa de saúde a qualquer momento, inclusive em plantão noturno ou final de semana. Solicito ainda que sejam adotados os procedimentos necessários à garantia de adequada vigilância e constante monitoramento pela equipe da GESEG.

Brasília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome/ Função
Matrícula

ANEXO VIII: FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROCADA

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		N°	
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação		
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	4 UF	
	5 Município de notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros		7 Nome da Unidade Notificadora		
	8 Unidade de Saúde		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento		
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano	13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito	
Dados de Residência	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida, ...)		
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		
	26 Geo campo 1		27 Geo campo 2		
	28 Ponto de Referência		29 CEP		
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares					
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual		
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				
Dados da Ocorrência	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras		1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado		
	40 UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida, ...)		
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		
	47 Geo campo 3		48 Geo campo 4		
49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado			53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
			54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		

55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado

56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Física Tráfico de seres humanos Intervenção legal

Psicológica/Moral Financeira/Econômica Outros

Tortura Negligência/Abandono Trabalho infantil

57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Força corporal/espâncamento Obj. perfuro-cortante Arma de fogo

Enforcamento Substância/Obj. quente Ameaça

Obj. contundente Envenenamento, Intoxicação Outro

58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

Assédio sexual Estupro Pomografia infantil Exploração sexual Outros

59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

Profilaxia DST Profilaxia Hepatite B Coleta de sêmen Contracepção de emergência

Profilaxia HIV Coleta de sangue Coleta de secreção vaginal Aborto previsto em lei

60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Pai Ex-Cônjuge Amigos/conhecidos Policial/agente da lei

Mãe Namorado(a) Desconhecido(a) Própria pessoa

Padrasto Ex-Namorado(a) Cuidador(a) Outros

Madrasta Filho(a) Patrão/chefe Pessoa com relação institucional

Cônjuge Irmão(ã)

62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

64 Ciclo de vida do provável autor da violência:

1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)

2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado

65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) Conselho do Idoso Delegacia de Atendimento à Mulher

Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) Delegacia de Atendimento ao Idoso Outras delegacias

Rede da Educação (Creche, escola, outras) Centro de Referência dos Direitos Humanos Justiça da Infância e da Juventude

Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) Ministério Público Defensoria Pública

Conselho Tutelar Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente

66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX

69 Data de encerramento

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____

Observações Adicionais:

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 **TELEFONES ÚTEIS** **Disque Direitos Humanos 100**

Central de Atendimento à Mulher 180

Notificador Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____

ESTUDO DE CASO - ENTENDENDO O PROTOCOLO NA PRÁTICA:

Anderson é um adolescente negro de 15 anos. Antes da internação, morava com os tios e primos: Sr. Luciano, irmão da mãe de Anderson; Sra. Neide, companheira do tio; Marcelo, filho do casal, 08 anos de idade; e Mariana, filha mais nova do casal, 03 anos de idade. A mãe do adolescente faleceu quando ele tinha 07 anos e Anderson nunca conheceu seu pai, não tendo qualquer proximidade com a família paterna. Na infância era muito próximo de sua mãe e com o falecimento da genitora o adolescente sentiu muito, tendo iniciado a entrada na infracionalidade logo após esse episódio.

A Sra. Neide, tia do socioeducando, mostra ser muito afetuosa com Anderson, o definindo como um menino bom e carinhoso em casa. Atualmente, Anderson tem apenas esses tios e primos como familiares. Por conta de conflitos intrafamiliares os tios do adolescente se afastaram da família extensa, não tendo rede de apoio na cidade para apoiá-los no cuidado dos filhos, Marcelo e Mariana.

Sr. Luciano passou um longo período desempregado, mas recentemente conseguiu um trabalho como jardineiro em chácaras, recebe um salário mínimo que não supre os gastos básicos da família. Por residir longe do trabalho, dorme no emprego e só retorna para casa no sábado à noite, como forma de economizar. A sra. Neide se dedica aos cuidados do lar. A família é assistida por benefícios socioassistenciais que complementam a renda familiar.



Cumprindo medida socioeducativa de internação, Anderson recebe poucas visitas familiares. Além da dificuldade financeira, o núcleo familiar não tem uma rede de apoio a quem possa confiar os cuidados dos outros irmãos mais novos para que seja possível se ausentar por algumas horas ao visitar Anderson na Unidade Socioeducativa. As tentativas de contato telefônico são muitas vezes infrutíferas, tendo em vista a rotina familiar, o que dificulta o contato do adolescente com a família.

Anderson foi sentenciado a medida de internação estrita há um mês. Nos últimos dias o adolescente tem apresentado humor deprimido, insônia e ansiedade, relata que esse quadro se agrava quando fica muito tempo sem receber visita da família. Outro fator que intensifica o sofrimento do socioeducando é o aumento do tempo ocioso na Unidade, já que nesse momento, não há muitas opções nas quais Anderson possa ser inserido, limitando sua rotina institucional, que tem se resumido ao banho de sol e à escola.



Percebendo o rebaixamento de humor do socioeducando a equipe de segurança da Unidade encaminha o socioeducando para avaliação do profissional de saúde mental da Gerência de Saúde. Nesse atendimento Anderson apresentou falas de desamparo e desesperança em relação à vida, verbalizando que era melhor ele não estar vivo. Inicialmente o adolescente apresenta pensamentos de morte, sem plano definido e humor rebaixado, falava em sentimento de culpa pelo envolvimento infracional e que sentia que estava desapontando sua mãe já falecida. O adolescente também se mostra ressentido com a família pelas ausências nas visitas nos finais de semana, apesar de compreender as dificuldades financeiras e de logística com as rotinas da casa.

Em conversa com a equipe de especialistas que acompanha o adolescente decidiu-se em conjunto por convocar estudo de caso multiprofissional entre as Gerências para discutir a situação de saúde do socioeducando. No estudo de caso levantou-se os fatores de risco e de proteção de Anderson e a equipe o classificou como “baixo risco”. As ações protetivas foram pactuadas em conjunto entre as Gerências envolvidas e o próprio socioeducando, incluindo: aumento da frequência dos atendimentos psicossociais e de saúde mental na GESAM; aumento da atenção das equipe em relação a sinais de alerta e agravamento de risco; maior inclusão do socioeducando em atividades de lazer, ocupacionais e pedagógicas; aumento da frequência de contato do adolescente com sua família; sensibilização da família sobre a situação do adolescente; encaminhamento para acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência.

Em um primeiro momento, Anderson apresentou uma melhora, se mostrando mais participativo, menos cabisbaixo nas atividades e passou a comunicar como se sentia durante os atendimentos individuais. A família se fez mais presente nas visitas e ligações de vídeo realizadas nesse período. Contudo, passados três meses, o Sr. Luciano ficou desempregado o que refletiu na diminuição da frequência das visitas, tendo em vista as dificuldades materiais enfrentadas pela família. Diante do novo afastamento familiar, Anderson voltou a apresentar rebaixamento de humor e maior agressividade, o que refletiu no seu convívio entre pares e no seu envolvimento em ocorrências disciplinares na Unidade.



Em uma segunda-feira, no período noturno, Anderson foi flagrado pela equipe de segurança se automutilando na região dos braços. De imediato a equipe de segurança encaminhou o adolescente para avaliação da equipe da Gerência de Saúde, onde a enfermeira fez uma avaliação inicial dos ferimentos, realizou limpeza e assepsia das regiões. Aproveitando a abertura do adolescente e utilizando linguagem acolhedora e empática a enfermeira conversou com o socioeducando sobre o ocorrido. Anderson relatou que tem tido alucinações visuais e auditivas, onde via vultos em seu quarto e ouvia vozes de comando para o suicídio, em alguns momentos relacionando as vozes com a de sua mãe já falecida que, segundo o socioeducando, estaria muito desgostosa por ele estar em uma Unidade de Internação.

A profissional de enfermagem identificou a necessidade de encaminhá-lo para atendimento de emergência na rede externa de saúde, utilizando o Modelo de Encaminhamento De Urgência/Emergência (Anexo V deste protocolo). Em articulação com a equipe da GESEG, foi providenciado o deslocamento e a condução do adolescente. Também realizou-se a comunicação da Direção da unidade e da UNINT e UNISAU sobre a situação de emergência do socioeducando, que deram o suporte necessário para realização dos encaminhamentos.

Após atendimento de emergência psiquiátrica, foi realizada pelos profissionais da rede externa prescrição medicamentosa que auxiliasse na melhora dos sintomas depressivos e alucinatórios.

Quando retornou para a Unidade decidiu-se conjuntamente por reinseri-lo no protocolo com nova classificação de risco e revisão das condutas, realocando-o para um quarto que possibilitasse maior monitoramento e atenção por parte da equipe de segurança do seu módulo, bem como, com acesso facilitado em caso de necessidade de intervenção. Tendo em vista o agravamento do caso, também foi feita a retirada dos pertences que pudessem ser usados para uma autoagressão ou uma eventual tentativa de suicídio.

Todas as informações relativas ao quadro de saúde de Adriano foram registradas no livro de movimentação diária, pelos agentes de seu módulo, e nos prontuários de saúde pela equipe da GESAM, observando-se a questão do sigilo. A GESAM comunicou por escrito à Direção da unidade sobre a situação de risco do adolescente e ainda preencheu o instrumental de Solicitação de Atenção Especial (anexo VII) e encaminhou para todos os setores da unidade (GESEG, GESP, Direção, Escola). A GESAM também realizou o preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovoada (anexo VIII).

No dia seguinte a equipe da GESP foi informada do ocorrido providenciando atendimento imediato do socioeducando com o objetivo realizar o seu acolhimento, bem como, avaliar o seu quadro de saúde mental. Os atendimentos psicossociais foram registrados no prontuário da GESP, preservando o sigilo e informando os riscos. A especialista da GESP avaliou o momento mais adequado e comunicou aos tios do adolescente, de forma ética e cuidadosa, sobre a automutilação ocorrida. Explicou sobre os encaminhamentos e procedimentos já realizados e sobre a vigilância e cuidados constantes ao adolescente, adotados por todas as gerências da unidade socioeducativa. GESP também possibilitou o contato do socioeducando com seus familiares, por perceber que é fator protetivo ao socioeducando.

A GESAM também solicitou estudo de caso multidisciplinar para reavaliar a situação de saúde de Anderson, tendo em vista o último episódio. O caso foi reavaliado como de “alto risco”, sendo que, as ações protetivas definidas em conjunto pela equipe e com o socioeducando foram: aumento da frequência dos atendimentos psicossociais e de saúde mental na GESAM; aumento da atenção da equipe em relação a sinais de alerta e agravamento de risco e comunicação diária do caso por meio do modelo do Reporte Diário (anexo VI) ; manutenção da retirada dos pertences com potencial lesivo até a próxima reavaliação do caso; diante do alto risco ficou pactuado a realização de estudos de caso semanais para reavaliação periódica; maior inclusão do socioeducando em atividades de lazer, ocupacionais e pedagógicas; aumento da frequência de contato do adolescente com sua família; realização de visitas/atendimentos familiares para sensibilização da família sobre a situação do adolescente; encaminhamento da família para a rede socioassistencial; encaminhamento para reavaliação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência e solicitação de apoio matricial do caso. Durante o estudo de caso, as equipes refletiram sobre a importância de ações preventivas ao agravamento do quadro de saúde mental, tendo em vista que, antes do episódio de automutilação, Anderson já apresentava sinais de alerta para uma possível piora. Após conclusão do estudo de caso, foi realizado o registro do mesmo conforme Modelo de Estudo de Caso (anexo IV), sendo encaminhado para conhecimento da SUBSIS/UNISAU e para a SUBSIS/UNINT/DIASO.





Subsecretaria do
Sistema Socioeducativo

Secretaria de
Justiça e Cidadania

