



GUIA INTERSETORIAL DE

PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA

EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES

2019

O SUICÍDIO É UM FENÔMENO
COMPLEXO E MULTIFATORIAL

PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA DEVEM SER ACOLHIDAS EM
QUALQUER PONTO DA RAPS. **ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DA**

A ESCOLA É UM AMBIENTE PRIVILEGIADO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL
E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO. **ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DA**

A ASSISTÊNCIA SOCIAL IDENTIFICA SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE E RISCO
SOCIAL E ARTICULA A REDE DE PROTEÇÃO. **ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DA**

OS NÚMEROS 190 E 193 SÃO OS MAIS LEMBRADOS QUANDO OCORRE UMA
SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. **ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DA**

OS CONSELHEIROS TUTELARES DEVEM APLICAR MEDIDAS DE
PROTEÇÃO À CRIANÇA OU ADOLESCENTE. **ORIENTAÇÕES PARA**

ENTENDA MELHOR

SAÚDE

EDUCAÇÃO

ASSISTÊNCIA SOCIAL

SEGURANÇA PÚBLICA

CONSELHO TUTELAR



ENTENDA MELHOR

As diretrizes contidas neste Guia são voltadas para o trabalho com crianças e adolescentes. Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA; BRASIL, 1990, Art. 2º), criança é a pessoa com até 12 anos de idade incompletos, e adolescente é aquela entre 12 e 18 anos de idade.

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial que pode afetar indivíduos de diferentes origens, faixas etárias, condições socioeconômicas,

orientações sexuais e identidades de gênero. Mas o suicídio pode ser prevenido, e saber reconhecer os sinais de alerta é o primeiro passo.

No caso de crianças e adolescentes, a sua condição de pessoas em situação peculiar de desenvolvimento exige ações que possam apoiá-los nesta fase e que contribuam para a prevenção da violência interpessoal e da violência autoprovocada.

Entenda as diferenças

Violência autoprovocada

Compreende ideação suicida, autoagressões, tentativa de suicídio e suicídio consumado.

Ideação suicida

Quando o suicídio é visto como uma saída para uma situação de sofrimento. Pode abrir as portas para um plano de suicídio.

No caso de crianças e adolescentes, isso pode acontecer quando há uma depressão grave com baixa auto-estima, humor deprimido, incapacidade de ver que sua situação pode melhorar, sentimento de que não há motivos para viver ou nenhuma chance de ser feliz.

Autoagressão

Qualquer ato intencional de automutilação (com faca, aparelho de barbear, caco de vidro, etc) ou outras formas de causar dano a si mesmo (como queimar-se com cigarro), sem intenção de morte. Por vezes, crianças e adolescentes relatam que se autoagridem com o objetivo de controlar e/ou aliviar uma dor emocional.

Tentativa de suicídio

Quando o indivíduo se autoagride com a intenção de tirar a própria vida, utilizando um meio que acredite ser letal, sem resultar em óbito.

Suicídio

Ato deliberado de tirar a própria vida, com desfecho fatal.

Estatísticas

O suicídio representa 1,4% de todas as mortes no mundo, tornando-se, em 2012, a 15ª causa de mortalidade na população geral. Entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda principal causa de morte (OMS, 2017);

No Brasil, no período entre 2011 e 2016, houve predominância de notificações de autoagressão e tentativa de suicídio na faixa etária da adolescência (10-19 anos)¹, juntamente com adultos jovens (20-39 anos) (MS, 2017);

¹ Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é o período entre 10 e 19 anos de idade.

O Rio Grande do Sul é o estado brasileiro que apresentou as maiores taxas de óbito por suicídio (10,3/100 mil hab) no período entre 2011 e 2016 (MS, 2017);

No Rio Grande do Sul, em 2016, a faixa etária dos 15 aos 19 anos foi a que apresentou maiores taxas de notificação de autoagressão e tentativa de suicídio (Sinan/DVE/CEVS, 2017).

Fatores de risco

Fatores que podem aumentar o risco de autoagressão ou tentativa de suicídio em crianças e adolescentes:

- História de tentativas de suicídio ou autoagressão (por ex., automutilação);
- Histórico de transtorno mental;
- Bullying;
- Situação atual ou anterior de violência intra ou extrafamiliar;

- História de abuso sexual;
- Suicídio(s) na família;
- Baixa autoestima;
- Uso de álcool e outras drogas;
- Populações que estão mais vulneráveis a pressões sociais e discriminação, tais como: LGBTI+, indígenas, negros(as), situação de rua, etc.

Notificação

Desde 2011, pela Portaria MS/GM nº 104 de 25 de janeiro, a violência doméstica, sexual e/ou outras violências passaram a constar na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública.

A Ficha de Notificação de Violência interpessoal/autoprovocada deve ser encaminhada para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica de acordo com rotina estabelecida por cada

Secretaria Municipal de Saúde (verifique junto à SMS do seu município).

Em 2014, a Portaria MS/GM nº 1.271 de 6 de junho tornou imediata (no prazo de 24h em âmbito municipal) a notificação de tentativa de suicídio, por ser necessária uma tomada rápida de decisão. Imediatamente após o seu conhecimento, o caso deve ser notificado pelo meio mais rápido disponível (como e-mail ou telefone, com

envio posterior da ficha de notificação), garantindo que a pessoa seja assistida pela rede de atenção à saúde.

A notificação é obrigatória para todos os profissionais de saúde e responsáveis por serviços públicos e privados de saúde. A comunicação também será realizada por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo e instituições de pesquisa (Portaria Nº 204 de 17 de fevereiro de 2016), bem como serviços da rede de assistência social e conselhos tutelares. Nestes casos, cada município estabelece o fluxo de notificação pela rede intersetorial.

No caso de crianças e adolescentes, as autoridades competentes (como Conselho Tutelar e Ministério Público) devem ser comunicadas, conforme exigência do ECA. Essa comunicação

pode ser feita através de uma declaração simplificada do caso.

A notificação não é denúncia policial, mas um elemento-chave na atenção integral às pessoas vítimas de violência. Tem como objetivos:

- Conhecer a magnitude e a gravidade das violências, retirando os casos da invisibilidade;
- Subsidiar as políticas públicas para a atenção, a prevenção de violências, a promoção da saúde e a cultura da paz;
- Intervir nos cuidados em saúde, promovendo atenção integral às pessoas em situação de violência e prevenindo a violência de repetição;
- Proteger e garantir direitos por meio da articulação das redes de atenção e proteção.

Mídia social e comportamento suicida

• A mídia social é um espaço que pode influenciar na autoestima e na autoimagem de crianças e adolescentes. Ao trabalhar com essa população, é importante ter uma compreensão de suas experiências digitais, sem fazer suposições simplistas sobre o quanto isso é prejudicial ou útil;

• Há muitas maneiras diferentes para os jovens se expressarem e se comunicarem uns com os outros usando as mídias sociais. Isso pode incluir plataformas como o Facebook, o Instagram, o Twitter, o Youtube ou o Whatsapp. Entre aqueles com comportamento suicida, estas ferramentas podem servir de meio

para a disseminação de ideias, busca e troca de informações sobre o assunto;

- A mídia social é onde o indivíduo pode ser “seguido” por centenas, senão milhares, de outras pessoas. Isso poderia potencialmente reforçar o comportamento suicida da criança ou adolescente, prejudicando a sua recuperação;
- Há muitas experiências online que podem estar relacionadas ao comportamento suicida, incluindo

humilhação, assédio, extorsão sexual, problemas de imagem corporal e medo de exposição;

- Novas tecnologias digitais também estão sendo usadas cada vez mais para disponibilizar suporte interativo para acolher pessoas com comportamento suicida, como, por exemplo, por meio de serviços de aconselhamento online. No Brasil, um exemplo de instituição que disponibiliza essa ferramenta é o Centro de Valorização da Vida (CVV), através do site www.cvv.org.br.

Sinais de alerta para o comportamento suicida

- Preocupação com sua própria morte ou falta de esperança;
- Expressão de ideias ou de intenções suicidas;
- Diminuição ou ausência de autocuidado;
- Mudanças na alimentação e/ou hábitos de sono;
- Uso abusivo de drogas/álcool;
- Alterações nos níveis de atividade ou de humor;
- Crescente isolamento de amigos/família;
- Diminuição do rendimento escolar;
- Autoagressão:
 - Mudanças no vestuário para cobrir partes do corpo, por exemplo, vestindo blusas de manga comprida;
 - Relutância em participar de atividades físicas anteriormente apreciadas, particularmente aquelas que envolvem o uso de shorts ou roupas de banho, por exemplo.

Mitos sociais sobre o suicídio

Mito 1: O suicídio é uma decisão individual, já que cada um tem pleno direito a exercer o seu livre arbítrio.

Realidade 1: As pessoas em risco de suicídio estão passando, quase invariavelmente, por uma situação de crise que pode alterar a sua percepção da realidade, interferindo em seu livre arbítrio. O acompanhamento em saúde e o tratamento de um transtorno mental, quando presente, são pilares fundamentais na prevenção do suicídio.

Mito 2: As pessoas que ameaçam se matar não farão isso, querem apenas chamar a atenção.

Realidade 2: A maioria das pessoas que tentam o suicídio fala ou dá sinais sobre suas ideias de morte. Boa parte das pessoas que tiram a própria vida expressou, em dias ou semanas anteriores ao suicídio, seu desejo de se matar.

Mito 3: Quando um indivíduo mostra sinais de melhora ou sobrevive a uma tentativa de suicídio, está fora de perigo.

Realidade 3: Uma tentativa prévia é o principal fator de risco para o suicídio. Um dos períodos mais críticos é quando se está melhorando da crise que motivou a tentativa, ou quando a pessoa ainda

está no hospital, na sequência de uma tentativa. A semana que se segue à alta hospitalar é um período durante o qual a pessoa está particularmente fragilizada.

Mito 4: Não devemos falar sobre suicídio, pois isso pode aumentar o risco.

Realidade 4: Falar sobre suicídio não aumenta o risco. Muito pelo contrário, falar com alguém sobre o assunto pode aliviar a angústia e a tensão que esses pensamentos trazem.

Mito 5: Apenas pessoas com transtornos mentais têm comportamento suicida.

Realidade 5: Muitas pessoas vivendo com transtorno mental não são afetadas por comportamento suicida. E nem todas as pessoas que tiram as suas vidas têm transtorno mental. Comportamento suicida indica profundo sofrimento, mas não necessariamente transtorno mental.

Mito 6: Quem planeja se matar está determinado a morrer.

Realidade 6: Ao contrário: existe ambivalência entre viver e morrer. A pessoa muitas vezes não deseja a morte, mas uma saída para o seu sofrimento. Por isso, acesso a suporte emocional no momento certo pode prevenir o suicídio.