



2º Ed. Revista e atualizada

SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES E JOVENS EM CONTEXTOS EDUCATIVOS:

*RELAÇÕES DE
CUIDADO HUMANO*

**OBSERVATÓRIO JUVENTUDES PUCRS/REDE MARISTA
(Organização)**

**SAÚDE MENTAL
DE ADOLESCENTES
E JOVENS
EM CONTEXTOS
EDUCATIVOS:
RELAÇÕES DE
CUIDADO HUMANO**

2ª Ed. Revisada e Atualizada

PORTO ALEGRE
2024

REDE MARISTA | Província Marista Brasil Sul-Amazônia

Presidente/Provincial: Ir. Deivis Alexandre Fischer

Vice-Presidente/Vice-Provincial: Ir. Dionísio Rodrigues

Coordenação geral:

Observatório Juventudes PUCRS/Rede Marista

Parceria técnica (1ª edição/2020):

Assessoria de Proteção à Criança e ao Adolescente da Rede Marista

Colégios e Unidades Sociais da Rede Marista

Núcleo de Apoio Psicossocial PUCRS

Observatório Juventudes PUCRS/Rede Marista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde mental de adolescentes e jovens em contextos educativos [recurso eletrônico] : relações de cuidado humano / organizador Observatório Juventudes PUCRS/Rede Marista. – 2. ed. revisada e atualizada. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: ediPUCRS, 2024.

1 Recurso on-line (74 p. ; il.).

Modo de acesso: <<http://editora.pucrs.br>>

ISBN 978-65-5623-463-2

1. Adolescentes. 2. Saúde mental. 3. Comportamento. 4. Educação Marista. I. Observatório Juventudes PUCRS/Rede Marista.

Anamaria Ferreira – CRB-10/1494

Setor de Tratamento da Informação da BC-PUCRS

Revisão e atualização do conteúdo da 2ª edição (2024):

Luiz Gustavo Santos Tessaro - Observatório Juventudes PUCRS/Rede Marista

Patrícia Espindola de Lima Teixeira - Observatório Juventudes PUCRS/Rede Marista

Coordenação editorial:

Assessoria de Comunicação Institucional

Projeto gráfico:

Pedro Goulart Mondini - Assessoria de Comunicação Institucional

Revisão:

Irany Dias

Apresentação.....	7
Como nasceu este guia de cuidado?.....	8
A importância do cuidado da vida	12
Saúde mental e doença: compreender integralmente	18
O que é saúde mental?	20
O que é adoecimento mental?	21
O que são transtornos depressivos?	22
O que são transtornos de ansiedade?	23
O que é o transtorno bipolar?	26
O que é o transtorno da conduta?	27
Quando o valor da vida é questionado	28
A vida é posta em questão, como entender e como ajudar?	30
Como o meio social em que vivemos pode ajudar a promover mais vida juvenil? ..	31
Fatores de risco	32
Sinais de alerta - Prevenção do suicídio	33
Fatores de proteção	34
Intencionalidade suicida	34
Avaliação de risco de suicídio	35
Prevenção do suicídio	36
A dor que vem de dentro	38
Lesões autoprovocadas: como ajudar?	40
O que podemos fazer para ajudar?	41
Escutar, Perguntar, Encorajar: Algumas estratégias de cuidado	42
O que é mito? O que é verdade?	43
É preciso ser parte e construir redes de apoio	46
Como podemos formar relações em redes de apoio e cuidado?	48
Família	49
Profissionais da saúde	52
Instituição de Educação Básica	53
Professores/as	55
Instituição de Ensino Superior	57
Onde podemos obter ajuda?	60
Eu, como parte da rede de apoio	62
Trilha da ajuda	63
Assumindo o compromisso com a vida e dignidade dos adolescentes e jovens	65
Outros Recursos de apoio.....	66
Referências	68

sumário

Apresentação

A vida juvenil merece cuidado

Cuidar é expressão de amor. É com esse olhar de cuidado e diligência com as relações que edificamos nossos jovens. Recordemos que o período juvenil, especialmente da adolescência, traz muitas interrogações acerca da identidade da pessoa, do seu pertencimento comunitário, do seu papel no mundo, de que caminho trilhar e sobre que projeto será referência para a sua existência. Nesse percurso, é possível que se revelem também as inseguranças, os medos e outros sentimentos/pensamentos que tornam o processo ainda mais desafiador.

O momento histórico também desafia. Os fenômenos que impactam os jovens contemporâneos são complexos e não lineares. A educação marista intenciona ser um farol de esperança na turbulência desses dias e ser rosto e mãos ternas enquanto caminha ao lado de adolescentes e jovens.

Construir pontes de cuidado com os jovens é investir em suas mais fortes potências, mas é também, identificar suas profundas dores e angústias. Quão atentos precisamos estar, para olhar a realidade, nos aproximar e fazer o que é possível para cuidar de nossos jovens. E isso tem a ver com a integridade de vida, com a mais alta dignidade humana, como um grito por vezes bastante vigoroso e, noutras vezes, silencioso, direcionado para a saúde mental e espiritual. Trata-se de nosso compromisso mais profundo de valorização da vida e vida em abundância.

Aos que acessam esse subsídio: vocês têm um papel muito importante nos espaços em que atuam. Vocês formam, educam, cuidam, coordenam, articulam e provocam e essa tarefa é fundamental para a promoção da vida juvenil.

Que Maria, a Boa Mãe de cada jovem e de todos nós, e São Marcelino Champagnat, nosso fundador, nos acompanhem nessa missão de cuidado. Que experimentemos fecundos frutos do conhecimento aqui adquirido e que transformemos em vida, nosso compromisso cotidiano com as juventudes.

Ir. Deivis Alexandre Fischer

Provincial/Presidente

Como nasceu esse guia de cuidado?

"Nossa vida é um dom e somos chamados a viver como um dom. Quem se doa aos outros sai ganhando. Quantas vezes somos vítimas de tristezas inconsistentes, que esgotam as nossas melhores energias! Não nos deixemos paralisar pela melancolia, mas tentemos ir ao encontro dos outros!"

Papa Francisco
(28.04.2024)

O guia Saúde mental de adolescentes e jovens em contextos educativos: relações de cuidado humano foi pensado e projetado buscando coerência com o que propõe: um olhar informativo e interventivo, dedicado ao cuidado integral da vida dos adolescentes e jovens impactadas pelo contexto contemporâneo.

O projeto surgiu a partir de diferentes diálogos com gestores/as, educadores/as e, sobretudo, na interlocução atenta junto aos/às jovens estudantes. Esse contato provocou-nos a pensar uma estratégia de colaboração aos/às educadores/as, formadores e aqueles/as que atuam com adolescentes e jovens em diferentes realidades, para que, juntos, possamos nos identificar e somar esforços em redes de apoio e de cuidado promovendo as vidas juvenis.

Para isso, esse guia foi elaborado de modo didático-pedagógico. Construído por um corpo técnico multidisciplinar, de muitas e qualificadas mãos maristas: psiquiatras, psicólogos/as, psicopedagogos/as, pedagogos/as compuseram a parte de conteúdo, seguida da fundamental análise de gestores/as. Nos grupos de trabalho, notou-se a mesma mobilização assertiva e cooperativa em torno da promoção da vida de nossos adolescentes e jovens.

Os tempos de pandemia acentuaram ainda o quanto é preciso integrar mentecoração-mãos na escuta ativa e na prática dos valores maristas junto aos adolescentes e jovens. Social e pessoalmente, cada um de nós encontrou-se provocado a se (re)conhecer e se (re)inventar diante da instabilidade, surpresas, angústias, medos e tantas sensações que as decorrências da pandemia ofereceram e ainda oferecem. Certamente, há novas aprendizagens - de si, do outro, do mundo. No auge da pandemia, descobrimos uma nova forma de viver que conjugava a integralidade do trabalho, estudos, vida familiar, social e pessoal, a partir de um mesmo espaço, porém as realidades eram diversas, e a resiliência foi muito necessária. Os riscos de adoecimento, sofrimento e dúvida diante da vida podem ter se agravado em algumas vivências.

Nossos adolescentes e jovens (alguns dos quais eram crianças quando do início da pandemia) receberam os impactos contemporâneos, não somente pela operacionalização do cotidiano, mas inclusive em sua saúde integral. Vinham no ritmo de sonhos e projeções futuras, dos encontros e desencontros da vida cotidiana presencial e, de modo repentino, o dia a dia assumiu os contornos do imprevisível. Por outro lado, são os/as adolescentes e jovens, os/as protagonistas desse novo tempo, das novas linguagens e novos métodos relacionais e educacionais. Assim, enfrentaram e ainda enfrentam os cenários com seus influxos e complexidades. Além de suas próprias questões (que já não são poucas), caíram sobre as jovens vidas as incertezas do "novo normal" (ainda mais acelerado, ainda mais incerto, ainda mais digital) e o cabedal das inseguranças do universo adulto.

Dessa maneira, propomos o guia que você está lendo organizado em 4 eixos temáticos:



Em tempos em que a promoção da vida e construções intersetoriais são inadiáveis, esse guia de cuidado integra e estimula reflexões/ações conjuntas. Traz o anseio em ser contribuinte, ajudando no processo humanizador nas relações de proximidade e diálogo com adolescentes e jovens.

Por fim, salientamos nossa profunda gratidão aos/às parceiros/as, apoiadores/as e organizadores/as desse projeto realizado com tamanha empatia. Foram muitas mãos que se uniram na causa da vida das juventudes. Seguimos, construindo rede de apoio e cuidado.

Observatório Juventudes PUCRS/Rede Marista



A importância do cuidado da vida

*"Sejamos sinal de esperança no mundo,
escuta atenta aos sinais dos tempos, resposta
audaciosa aos desafios de cada cultura, de cada
espaçotempo. Sejamos memória e testemunho,
esperança e presença, onde quer que estejamos".*

(Rede Marista: nosso jeito de ser)

As mudanças que vêm ocorrendo, dadas as transformações sócio-históricas e culturais, embora não sejam lineares, acabam por promover uma “desordem” na idade cronológica das pessoas, isto é, na hierarquia de idades até então estabelecida, mesmo que essas mudanças não cheguem a atingir todos os/as adolescentes e jovens indistintamente, pois há uma adolescência não tutelada, não protegida e excluída do consumo.

Mesmo com essa ressalva, as mudanças que vêm ocorrendo desencadeiam um novo jeito de compreender as adolescências e as juventudes que traz implicações na forma pela qual essas categorias sociais são representadas e se constroem como indivíduos.

A adolescência, período compreendido entre os 13 e os 17 anos, e a juventude, delimitada entre 15 e 29 anos, conforme os critérios da legislação brasileira (LÉPORE; RAMIDOFF; ROSSATO, 2014), são períodos do desenvolvimento humano ricos de mudanças e escolhas, desafios e experiências.

Apesar das delimitações legais, sabe-se o quanto tais momentos não estão ligados a determinações etárias. Embora os critérios cronológicos sejam ainda válidos, a faixa etária não pode ser mais entendida como a única dimensão para definir os ciclos de vida. O período adolescente, desde a puberdade, tende a coincidir com a transição da dependência infantil para a independência e autonomia, a participação e interação social (MONTADON, 2001), a vivência do ensino médio e, em alguns casos, na continuidade do projeto de vida por meio do ingresso no ensino superior, curso técnico, intercâmbio no exterior, mercado de trabalho, dentre outros.

Essas etapas, contudo, não são vivenciadas de maneira homogênea. Alguns adolescentes e jovens enfrentam as demandas do período com intenso sofrimento o qual, algumas vezes, torna-se adoecimento. “A Organização Pan-americana de Saúde aponta que de 10 a 20% dos adolescentes vivenciam algum tipo de adoecimento mental (OPAS, 2018). Outros indicadores globais demonstram que um a cada sete jovens (de até 19 anos) apresentam algum tipo de transtorno mental, algo de torno de 14%” (BRASIL, 2022). Destaca-se que a regra ainda é a saúde, entretanto, a estatística apresentada não deve ser negligenciada.

Também jovens universitários/as têm experimentado prejuízos quanto a esse aspecto. Os transtornos depressivos e de ansiedade são as condições de adoecimento mais frequentes (BRASIL, 2022). As precariedades no acesso à saúde são potencializadas pelo estigma ainda vigente em relação à busca por ajuda profissional em saúde mental entre a

população juvenil, o que afasta esse público do auxílio profissional e constitui uma espécie de tabu (GONÇALVES; MOLEIRO, 2016). Esses jovens acabam sendo mais suscetíveis à discriminação e à exclusão social por seus pares (BRASIL, 2022).

A falta de implementação de políticas de prevenção e/ou o não tratamento às doenças mentais podem resultar em tentativas de suicídio ou suicídio. Nas últimas décadas, houve crescimento nas taxas relacionadas a esse fenômeno entre os jovens (MOREIRA; BASTOS, 2015). No Brasil e no mundo estima-se que o suicídio seja a terceira maior causa de mortes entre jovens de 15 a 19 anos (BRASIL, 2022, OPAS, 2018). As regiões Sul, Norte e Centro-Oeste foram as que apresentaram as maiores taxas de morbidade de jovens entre 15 e 19 anos em levantamento recente (BRASIL, 2021). Depressão, transtornos de personalidade, de ansiedade e relacionados ao uso de substâncias são exemplos de quadros associados ao cometimento de suicídio (BOTEGA et al., 2006). A autolesão também se impõe como fenômeno social cada vez mais frequente, demandando intervenções que permitam outras formas de expressão da dor sentida.

Existe um relativo consenso entre profissionais que atuam com adolescentes acerca do aumento e do agravamento de situações de sofrimento mental neste grupo após a pandemia no país. Havia uma vulnerabilidade anterior à crise sanitária, já exposta anteriormente, que acabou por acirrar o quadro estabelecido (AVANCI et al, 2023). Pesquisas em diversos países, incluindo o Brasil, apontam que não houve um aumento significativo nas taxas de suicídio nos primeiros trimestres de 2020, quando do início da pandemia. Entretanto, após o quarto trimestre de 2020, tais taxas começaram a acentuar, juntamente com uma elevação da ocorrência de transtornos mentais, sugerindo a necessidade de um acompanhamento dos indicadores nos próximos anos, a fim de monitorar os impactos da pandemia nos jovens (BRASIL, 2022).

Há que se cuidar, para não incorrer no erro da “patologização” das juventudes, tomando-as como doentes sem observar o contexto social a que estão indissociavelmente inseridas. Não se pode culpabilizar o jovem, como se este fosse a causa única das próprias vivências de sofrimento. É preciso atentar a esse contexto que sustenta um arranjo de experiências no mundo. Assim, questões singulares e subjetivas (história pessoal, história familiar, condições genéticas, entre outras) interagem com vivências coletivas, tais como:

- **Questões ambientais:** eventos climáticos extremos, tais como enchentes, queimadas, ciclones, dentre outros
- **Questões sanitárias:** vivência de pandemias e epidemias, dificuldade de acesso a ações de prevenção e promoção da saúde.

- **Questões socioestruturais e econômicas** - crises econômicas, desemprego, subemprego, precarização do trabalho, dificuldade de acesso à educação de qualidade;
- **Vivências acadêmicas** - produtivismo acadêmico, jornada de trabalho-estudo, assédio moral e sexual (Bullying e/ou Cyberbullying);
- **Violências e preconceitos** - questões relacionadas à cor, sexualidade, deficiência (GONÇALVES; MOLEIRO, 2016; LEÃO; IANNI; GOTO, 2019)

Nesse sentido, torna-se premente uma perspectiva integral acerca dos aspectos presentes na contemporaneidade e que influenciam no aparecimento de sintomas e transtornos. Essa complexidade remete ao imperativo de lançar mão de estratégias individuais e coletivas de enfrentamento ao sofrimento.

É preciso pensar em como construir uma sociedade promotora de saúde em todos os seus espaços, seja nas escolas, nas universidades, nas igrejas, nas famílias. Sabe-se que os/as professores/as e assessores/as, profissionais tão próximos/as dos/das jovens, ainda referem ter pouca capacitação e informações específicas sobre questões relativas ao tema da saúde/adoecimento mental (SOARES et al., 2014). Também os familiares demandam auxílio quando notam mudanças negativas em seus filhos/as. A família inteira, nesses casos, entra em sofrimento.

Ficam evidentes os baixos níveis de conhecimento em saúde mental. Essa ideia remete ao fato de que há pouca informação sobre como agir e compreensão geral, por parte da população leiga, das perturbações, por parte da população leiga, das perturbações mentais, seus sinais e seus sintomas, além de crenças errôneas sobre os tratamentos utilizados (ROSA; LOUREIRO; SEQUEIRA, 2014). O desconhecimento e o conseqüente tabu nos mais variados setores da sociedade quanto às questões de saúde mental motivam que sejam realizadas duas campanhas no ano (janeiro branco e setembro amarelo). Só assim o assunto recebe alguma visibilidade, mesmo que momentânea.

O cuidado da saúde emocional segue visto com preconceito e os/as psicólogos/as e psiquiatras ainda são associados à ideia de "loucura", infelizmente. O janeiro branco procura mudar essa visão, sair do enfoque na "loucura" e convidar a população a discutir a importância do cuidado com a saúde mental em busca de mais felicidade e qualidade de vida. Janeiro simbolizando renovação de esperanças e projetos na vida das pessoas.

Considerando o protagonismo da família e/ou responsáveis, dos atores nos diferentes contextos educativos e das instituições que compõe a rede de proteção, estes se tornam espaços privilegiados para promoção da saúde mental e bem-estar de adolescentes e jovens.

Cada vez mais há evidências apresentando a necessidade do cuidado humano como fonte primeira de estruturação do ser e do conviver. Cuidar das feridas de nossos adolescentes e jovens, escutá-las, preveni-las, sinaliza-las, vem ao encontro do compromisso com dignidade da vida daqueles que ocupam lugar central na identidade e origem na obra Marista. Uma instituição que nasceu para os/as jovens, pelos/pelas jovens e quer caminhar com os/as jovens promovendo integralmente o ânimo, a potência e o valor de cada vida como um bem inigualável.



compreender

EIXO TEMÁTICO 1:

**Saúde e
doença:
compreender
integralmente**

*"A saúde é o primeiro de todos os bens naturais.
Nenhuma riqueza se lhe compara, e um instante
de reflexão basta para convencer-se disso"*

Guia das Escolas utilizado no início da instituição marista na
França. 4ª ed., de 1932, Tradução brasileira, p. 30

01

O QUE É SAÚDE MENTAL?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende que a saúde mental é um componente integral e essencial da saúde como um todo, não estando limitada à ausência de doença. Trata-se de um estado de bem-estar em que é possível a uma pessoa perceber suas habilidades, lidar com o estresse, trabalhar e contribuir para a sua comunidade. É fundamental para a capacidade de pensar, expressar sentimentos, interagir, sustentar-se e aproveitar a vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

O conceito de saúde mental tem evoluído ao longo dos tempos, saindo de uma perspectiva puramente biológica e passando a considerar as interações entre esses aspectos biológicos e os fatores sociais, emocionais e psicológicos. Assim, entende-se que, para a saúde mental ser completa, é necessário não apenas a ausência de doença mental recente, mas também a presença de altos níveis de bem-estar social, emocional e psicológico (SNYDER; LOPEZ, 2009).

A fim de desenvolver altos níveis de bem-estar é necessário buscar um razoável arranjo de algumas experiências, tais como:

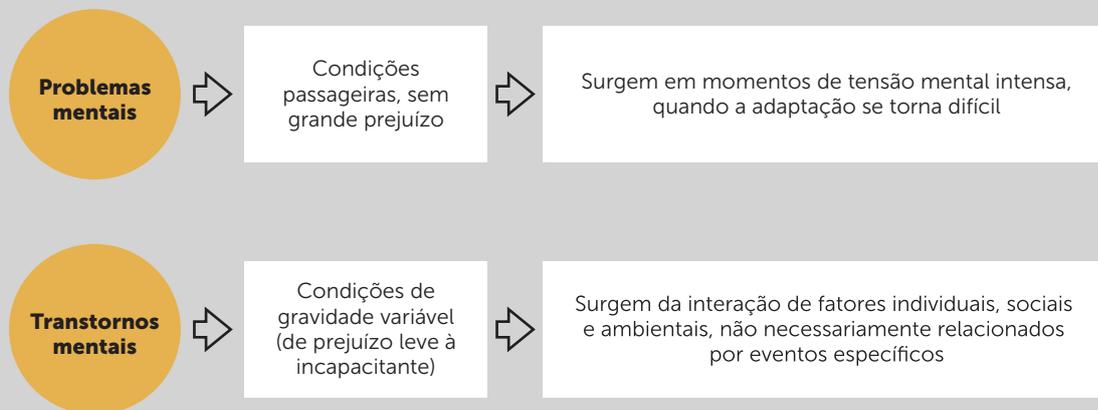
- **Emoções positivas:** predomínio da vivência de emoções positivas (tais como: alegria, amor, gratidão, esperança, diversão, dentre outras);
- **Engajamento:** descoberta de gostos e talentos pessoais e uso destes com esforço, entusiasmo e sentimento de imersão;
- **Relacionamentos positivos:** integração e participação na comunidade, cultivo de relações significativas;
- **Sentido:** senso de significado, sentido na vida e propósito na vida;
- **Realizações:** satisfação na forma como vive a vida e com as conquistas (materiais ou não) realizadas;
- **Vitalidade:** cuidados básicos com a saúde geral, como qualidade do sono, alimentação saudável, exercícios físicos, meditação, entre outros.

Fonte: OMAIS, 2018; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; SELIGMAN, 2012; SNYDER; LOPEZ, 2009

Em relação à adolescentes e jovens, acrescenta-se que, a fim de terem boa saúde, necessitam um desenvolvimento emocional, cognitivo e social satisfatórios, que definirá sua capacidade de adaptação aos desafios da vida (FEITLICH-BILYK et al., 2014).

O QUE É ADOECIMENTO MENTAL?

O estresse ou a tensão mental surgem das vivências cotidianas e não são um sinônimo de doença. É normal que as pessoas sintam ansiedade e o medo em situações como as que foram vividas na pandemia, por exemplo, mas não o tempo todo. São sistemas de cuidado que, ao serem acionados preparam o corpo para tomada de atitude. Exigem da pessoa algum tipo de adaptação a tais eventos, o que é feito de maneira singular. Dificuldades nesse processo de ajustamento é que podem vir a acarretar um problema mental ou um transtorno mental (FEITLICH-BILYK et al., 2014).



(FEITLICH-BILYK et al., 2014)

“Em todo o mundo, estima-se que 10% a 20% dos adolescentes vivenciem problemas de saúde mental, mas permanecem diagnosticados e tratados de forma inadequada”.

(ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018)

O QUE SÃO TRANSTORNOS DEPRESSIVOS?

Uma série de transtornos pertencem a esse grupo, tais como: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, dentre outros. Existem características comuns entre esses diagnósticos, tais como humor triste ou irritável, bem como outras alterações cognitivas ou somáticas que acarretam prejuízo ao funcionamento do sujeito. O transtorno depressivo maior parece ser o mais comum desse grupo. Estima-se que, no primeiro ano da pandemia de COVID-19, houve aumento de 27,6% de casos de transtorno depressivo grave no mundo (WHO, 2022). Apresentamos, resumidamente, alguns critérios diagnósticos para fins de informação.

Critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior

No mínimo cinco dos seguintes sintomas aparecendo na maior parte do dia, quase todos os dias, por duas semanas, sendo o critério 1 ou 2 obrigatórios:

1. Humor deprimido (ou irritável em adolescentes)
2. Acentuada diminuição de interesse/prazer
3. Perda/ganho significativo de peso (sem dieta) ou redução/aumento no apetite
4. Insônia/hipersonia
5. Agitação/retardo psicomotor
6. Fadiga, perda de energia
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva/inapropriada
8. Capacidade diminuída para pensar/se concentrar, ou indecisão
9. Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio

(American Psychiatric Association, 2023)



- Ressalta-se a necessidade de avaliação por um profissional de saúde mental para a determinação do diagnóstico.
- “Em todo o mundo, a depressão é uma das principais causas de doença e incapacidade entre adolescentes” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018)
- Atitudes que conduzem a erro no diagnóstico e no tratamento do paciente deprimido:
 - “No lugar dele, eu também estaria deprimido.”
 - “Esta depressão é compreensível; não vou tratar.”
 - “Depressão só dá em quem tem fraqueza de caráter.”
 - “Você só está estressado...”
 - “Depressão é uma consequência natural do envelhecimento.”
 - “Só depende de você: força de vontade cura a depressão!”
 - “Antidepressivos são perigosos.”
 - “Primeiro vamos tentar algumas vitaminas para stress...”
 - “Retorne daqui a um ou dois meses, e então conversaremos mais longamente...”

O QUE SÃO TRANSTORNOS DE ANSIEDADE?

Os transtornos de ansiedade têm como característica o medo e a ansiedade em excesso, causando prejuízo significativo na vida do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023). Essas duas emoções fazem parte da experiência humana e, quando experimentadas esporádica, isoladamente, e em baixos níveis, não se constituem em doença; são normais e adaptativas, na medida em que preparam o organismo diante de ameaças (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Assim sendo, a intensidade e a duração auxiliam a determinar o que é normal e o que é patológico.

A ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura, em geral desconhecida, interna, conflituosa ou vaga. Comumente é acompanhada de sintomas como: sensação difusa e desagradável de apreensão, aperto no peito e palpitações, sudorese, inquietação, desconforto estomacal leve, dores de cabeça, diarreia, urgência urinária, tremores, dentre outros. Já o medo é uma reação frente a uma ameaça externa e conhecida, real ou percebida, que

se dá no momento presente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

Observou-se, durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19, um aumento da ordem de 25,6% nos casos de transtornos de ansiedade no mundo (WHO, 2022).

Os seguintes transtornos fazem parte desse grupo: transtorno de pânico, agorafobia, fobia específica, transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno de ansiedade generalizada, mutismo seletivo e transtorno de ansiedade de separação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023). A seguir, elencamos breves descrições e sintomas de cada um desses transtornos, não com objetivo de oferecer informações suficientes para diagnóstico por leigos, mas para subsidiar um olhar cuidadoso o que o conhecimento em saúde mental pode oferecer:

1. Transtorno de pânico – esse transtorno é caracterizado por ataques de pânico recorrentes e inesperados. Esses ataques são momentos de medo agudo no qual ocorrem ao menos quatro dos sintomas abaixo:

- Palpitações, coração acelerado, taquicardia
- Sudorese
- Tremores
- Sensação de falta de ar
- Sensação de asfixia
- Dor ou desconforto torácico
- Náusea ou desconforto abdominal
- Tonturas, desmaios
- Calafrios ou ondas de calor
- Anestésias ou formigamentos
- Sensação de irrealidade ou de estar distante de si mesmo
- Medo de perder o controle ou “enlouquecer”
- Medo de morrer

2. Agorafobia – esse termo se refere a um medo ou ansiedade de estar em lugares onde a fuga pode ser difícil ou de estar em locais onde não encontrariam auxílio no caso do surgimento de sintomas de pânico ou ainda sintomas incapacitantes ou constrangedores. O medo ou ansiedade aparece em, pelo menos, duas das situações abaixo:

- Uso de transporte público
- Permanência em espaços abertos
- Permanência em locais fechados
- Permanência em uma fila, ou ficar no meio de uma multidão
- Saída de casa sozinho.

3. Fobia específica – a palavra “fobia” se refere a um medo excessivo de algum objeto ou situação. Na fobia específica, o alvo do medo costuma ser evitado ou suportado apenas mediante intenso sofrimento. O medo ou ansiedade provocadas são, em geral, desproporcionais à situação. Temas fóbicos comumente relatados são animais (peçonhentos ou não), altura, sujeira ou germes e situacionais (aviões, elevadores etc.).

4. Transtorno de ansiedade social – esse transtorno envolve o medo de situações sociais, tais como reuniões, apresentações orais, encontro com pessoas desconhecidas. Pode ser particularmente difícil manter uma conversa com estranhos, ser observado (comendo ou bebendo, por exemplo) e em situações que envolvem exposição e desempenho. Há uma constante fuga dessas situações, causando prejuízo em áreas importantes da vida da pessoa, logo não pode ser confundida com a timidez que, por si só, é um traço de personalidade e não é patológica. Tal medo é desproporcional à ameaça real. Na fobia social, as situações só são suportadas mediante intenso sofrimento.

5. Transtorno de ansiedade generalizada – é um transtorno que envolve ansiedade e excesso de preocupação com diversos eventos ou atividades (desempenho acadêmico, por exemplo), na maior parte dos dias e durante, pelo menos, seis meses. A pessoa tem dificuldade em controlar sua aflição, o que causa prejuízo significativo em seu funcionamento em alguma área da vida. A preocupação e a ansiedade devem estar associadas a pelo menos três dos seguintes sintomas:

- Inquietação
- Fatigabilidade
- Dificuldades de concentração ou brancos
- Irritabilidade
- Tensão muscular
- Perturbações no sono

6. Mutismo seletivo – envolve um fracasso em falar em situações sociais específicas, apesar de fazê-lo em outras situações, com duração mínima de um mês (não limitada ao primeiro mês em espaços educacionais).

7. Transtorno de ansiedade de separação – medo ou ansiedade excessivos, em comparação com o esperado para o estágio do desenvolvimento, envolvendo a separação de figuras de apego (familiares, por exemplo). O sofrimento é persistente e excessivo e fica evidente diante de, pelo menos, três dos seguintes aspectos:

- Previsão de afastamento de casa ou das figuras de apego.

- Possível perda ou perigos (doenças, ferimentos, morte, entre outros) envolvendo figuras de apego.
- Evento indesejado (sequestro, acidente, dentre outros) que possa levar à separação de figura de apego.
- Sair de casa, ir para a escola ou qualquer outro lugar em virtude do medo da separação.
- Ficar sozinho/a ou sem as figuras de apego.
- Dormir longe de casa ou sem as figuras de apego.
- Pesadelos repetitivos com o tema da separação.
- Queixas somáticas (dores de cabeça, náusea, vômitos, entre outras) diante da separação de figuras de apego real ou prevista.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017

O QUE É O TRANSTORNO BIPOLAR?

Na linguagem popular, por vezes, o termo bipolar é usado para caracterizar alguém que muda de opinião de forma frequente ou que é indecisa, porém o transtorno bipolar (TB) é uma condição clínica grave caracterizada pela desregulação extrema do afeto, ou ainda por estados de humor que se alternam do extremamente baixo (episódio depressivo) ao extremamente alto (episódios maníaco ou hipomaniaco).

Para que uma pessoa receba esse diagnóstico, é necessário que tenha tido ao menos um episódio maníaco (TB tipo 1) ou um hipomaniaco e um depressivo (TB tipo 2) na vida. Um episódio maníaco deve ser diagnosticado por profissional competente, contudo, para fins de conhecimento, abaixo encontram-se alguns critérios diagnósticos que podem auxiliar na identificação desse quadro disfuncional:

1. É um período de humor anormal, predominantemente elevado (expansivo) ou irritável, com duração mínima de uma semana, presente na maior parte do dia e quase diariamente.
2. Três ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes de maneira grave, fora do padrão de comportamento habitual, gerando prejuízo no funcionamento social:
 - Autoestima inflada ou delírios de grandiosidade
 - Redução da necessidade de sono
 - Necessidade aumentada por falar (loquacidade)

- Fuga de ideias, aceleração do pensamento
- Dificuldade de concentração em atividades (distratibilidade)
- Realização de várias atividades de forma simultânea ou agitação psicomotora
- Envolvimento em situações de risco (por exemplo, gastos financeiros desenfreados, comportamento sexual inadequado, violação de leis).

O episódio hipomaníaco tem sintomas semelhantes, porém de duração mais curta e em menor grau. Devido a uma característica marcante de impulsividade nas pessoas com transtorno bipolar, há uma associação forte com tentativas de suicídio, sobretudo durante o episódio depressivo. Também há risco à vida durante o episódio maníaco, dependendo do tipo de comportamento a que a pessoa estiver engajada.

Cabe ainda afirmar que um episódio maníaco é distinto de uma simples euforia ou alegria pontuais e naturais, trata-se de uma situação que causa prejuízo no funcionamento social, podendo gerar inclusive a necessidade de internação como forma de proteção ao paciente e aos outros.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023; MIKLOWITZ, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; UNIVERSIDADE DE CAMPINAS, [s. d.]; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017

O QUE É O TRANSTORNO DA CONDUTA?

Esse transtorno envolve comportamentos, em crianças ou adolescentes, repetitivos e persistentes de violação de direitos de outrem, de normas ou regras sociais, manifestados em um período de doze meses (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). São quatro os principais agrupamentos de comportamentos disfuncionais: agressão a pessoas ou animais (por exemplo, envolvimento em prática de violência física ou crueldade, violência sexual, intimidação, roubo), destruição de propriedade (vandalismo, incêndio), falsidade ou furto (inclui invasão de domicílio e trapaça, por exemplo) e violação grave de regras (por exemplo, fugir de casa, faltar aulas e passar a noite fora de casa, em geral com início antes dos 13 anos de idade) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

É preciso destacar a importância dos aspectos culturais e do contexto em que tais situações ocorrem. Sem esse cuidado, o diagnóstico pode ser dado erroneamente, visto que há indivíduos que vivem em lugares onde o comportamento disruptivo é considerado normal ou incentivado. São exemplos os locais com alta incidência de crimes e violência (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

Valor

EIXO TEMÁTICO 2:

Quando o valor da vida é questionado



*"Eu vim para que todos tenham vida, e vida em
abundância"*

(Jo 10, 10).

02

A VIDA É POSTA EM QUESTÃO, COMO ENTENDER E COMO AJUDAR?

O comportamento suicida não é sintoma exclusivo do transtorno depressivo maior, contudo esse transtorno é um diagnóstico comum em suicídios consumados. Trata-se de uma forma de violência autoinfligida por meio da qual o sujeito atenta contra a própria vida. É um grave problema de saúde pública, sobretudo no Rio Grande do Sul (CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2018). Estima-se um aumento da taxa de suicídios entre adolescentes no país, visto que, no ano de 2000, a taxa de mortalidade era de 1,71 por 100.000 habitantes e, em 2015, 2,52, o que significa um aumento de 47% (CICOGNA; HILLESHEIM; HALLAL, 2019). O suicídio foi a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, após os acidentes de carro. Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, o suicídio foi a segunda principal causa de óbito entre meninas e a terceira principal causa em meninos (após lesões na estrada e violência interpessoal) (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2014).

Há um espectro de manifestações do comportamento suicida, composto pela autoleção (em alguns casos), ideação suicida, plano, tentativa e suicídio (CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2018).

O fenômeno tem um impacto social importante, sendo necessárias intervenções no nível da prevenção e da posvenção – voltada aos “sobreviventes”, familiares e demais integrantes à comunidade próxima de alguém que cometeu suicídio (FUKUMITSU, 2014).

Não há um único fator que explique um suicídio, tampouco uma única situação que seja a causa. Trata-se de um fenômeno multifatorial. Pode haver situações precipitadoras, mas é difícil atribuir a uma só causa (FUKUMITSU, 2014). Nesse sentido, o Núcleo de Apoio Psicossocial da PUCRS, que acolhe e apoia estudantes professores que também enfrentam essa questão, entende que o comportamento suicida é compreendido por múltiplas determinações, tais como:



Os múltiplos fatores que contribuem para a construção do comportamento suicida nos desafiam a entender que, quando o suicídio acontece, o foco é dado na consumação da morte, e corremos o risco de esquecer que o suicídio é também uma construção social da pessoa. Ele é resultado de uma morte social que, na maioria das vezes, é vivenciada na solidão e no abandono da dor de quem chegou às vias de fato.

Jovens e principalmente idosos/as vivem na intensidade do ser a experiência da morte social marcada pela invisibilidade, ausência de uma referência, abandono e solidão. E são esses os públicos que mais têm construído sentimentos de ideação e de comportamento suicida. O que nos inquieta é o fato de uma sociedade que promove a morte social às custas de milhares de vidas é incapaz de construir uma política pública de saúde mental para trabalhar o sofrimento psíquico.

COMO O MEIO SOCIAL EM QUE VIVEMOS PODE AJUDAR A PROMOVER MAIS VIDA JUVENIL?

Uma pessoa que busca o suicídio para eliminar a sua dor psíquica e existencial, elimina a sua totalidade sem se dar conta disso porque o próprio sofrimento muitas vezes não lhe permite esta constatação! Quando intervimos junto com uma pessoa que possui ideação suicida, precisamos, obrigatoriamente, saber trabalhar com acolhimento ao sofrimento existencial e a nova busca de sentidos de vida!

Independente do entendimento que possamos ter sobre o suicídio, de um deles, não podemos duvidar nunca: a pessoa com comportamento suicida está em profundo sofrimento. Prevenir o suicídio é apostar em novas possibilidades e sentidos existenciais, potencializando sempre “mais vida”, com o objetivo de transformar a morte em menos interessante do que a própria vida.

- **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. No caso de 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, 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.

Fonte: COMITÊ ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA VIDA E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2019

FATORES DE RISCO

São fatores que tendem a aumentar as chances de que um suicídio aconteça. Dentre os fatores de risco de suicídio na juventude, pode-se citar:

- Histórico de tentativas de suicídio
- Histórico de suicídios na família
- Presença de transtorno mental
- Histórico de autolesão não suicida
- Situações de luto
- Desemprego
- Nível socioeconômico baixo
- Dificuldade nos relacionamentos interpessoais
- Bullying (vítima ou perpetrador), cyberbullying
- Assédio moral e sexual
- Violência familiar
- Baixo rendimento escolar
- Dificuldades em relação à identidade e orientação sexual
- Abuso de álcool e drogas
- Autocrítica exacerbada e baixa autoestima

Fonte: BOTEGA, 2015a; MOREIRA; BASTOS, 2015

IMPORTANTE: Os fatores de risco já são pistas de intervenção. Se eles se fazem presentes em determinados contextos, podem ser foco de atenção de iniciativas e projetos que visem à redução de sua ocorrência e impacto.

SINAIS DE ALERTA

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Os sinais de alerta descritos abaixo não devem ser considerados isoladamente, um indivíduo em sofrimento pode dar certos sinais, que podem chamar a atenção de pessoas próximas. São esses:

- O aparecimento ou agravamento de problemas de conduta ou de manifestações verbais durante pelo menos duas semanas.
- Preocupação com sua própria morte ou falta de esperança.
- Expressão de ideias ou de intenções suicidas.
- Isolamento.
- Queda no rendimento escolar ou acadêmico.
- Perda de emprego.
- Discriminação por orientação sexual e identidade de gênero.
- Agressões psicológicas, e/ou físicas.
- Diminuição ou ausência de autocuidado.
- Conflitos familiares.
- Doenças crônicas, dolorosas e/ou incapacitantes.

Frases de alerta:



FATORES DE PROTEÇÃO

Os fatores de proteção, ao contrário dos de risco, tendem a fortalecer os aspectos saudáveis de um indivíduo (BRESSAN et al., 2014), de forma que as chances de um suicídio diminuam. Alguns fatores protetivos são:

Características pessoais:

- Autoestima elevada
- Autoeficácia elevada (crença de uma pessoa de que é capaz e resolver seus problemas)
- Bom repertório de habilidades sociais (classe de comportamentos que visam a resolver ou evitar conflitos, estabelecer e manter relações sociais)
- Espiritualidade

Apoio familiar:

- Bom relacionamento familiar
- Vínculos seguros
- Práticas parentais adequadas (tais como: limites estabelecidos de forma apropriada, proteção, comunicação)

Apoio social:

- Escola
- Amizades

Fonte: CARDOSO; CECCONELLO, 2019; PEREIRA et al., 2018

IMPORTANTE: Os fatores de proteção também já são pistas de intervenção. Eles podem ser reforçados ou desenvolvidos como forma de prevenção ao suicídio e também de promoção à saúde física e mental.

INTENCIONALIDADE SUICIDA

Geralmente, a intenção de atentar contra a própria vida vai aumentando antes da tentativa propriamente dita em um gradiente semelhante ao exposto abaixo:

1) **Ideias passivas de morte** – a pessoa não manifesta uma intenção ativa de tirar a própria vida, mas sim uma opinião de que seria melhor estar morto. Nesse momento, muitas pessoas dizem que não seriam capazes de cometer esse ato. Algumas frases comuns nesse momento são:

“Às vezes, tenho vontade de sumir para sempre”

“Seria melhor dormir e não acordar nunca mais”

“Tudo iria ficar bem se eu morresse logo”

2) **Ideação suicida** – o suicídio começa a ser pensado como alternativa diante do sofrimento, podendo haver aumento da frequência desses pensamentos até chegar a uma convicção cada vez maior pelo comportamento suicida.

3) **Planos suicidas** – a pessoa passa a desenvolver um plano sobre como cometeria tal ato. Isso pode envolver a pesquisa sobre formas e seu poder letal, a definição de meios e locais, o acesso a grupos e fóruns na internet sobre o tema, entre outros fatores.

Fonte: BOTEGA, 2015a

AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

A avaliação de risco deve ser feita por um profissional de saúde capacitado. Caso você desconfie de que alguém pode estar em risco, peça ajuda para profissionais. Para fins de qualificação de um olhar cuidadoso para com essas situações, contudo, torna-se importante conhecer esse tópico específico. O quadro abaixo ilustra as gradações do risco:

BAIXO	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoa nunca tentou suicídio • As ideias de suicídio são passageiras • Não planeja se matar • Transtorno mental, se presente, com sintomas controlados (em tratamento) • Boa adesão ao tratamento • Tem vida social • Tem apoio social
MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> • Tentativa de suicídio prévia. • Presença de transtorno mental. • Ideias persistentes de suicídio entendidas como saída. • Não tem um plano de como cometer suicídio. • Não é impulsivo/a. • Não faz uso ou abusa de álcool ou drogas. • Tem apoio social.

ALTA

- Tentativa de suicídio prévia.
- Depressão grave, influência de delírios e/ou alucinações.
- Faz uso ou abusa de álcool ou drogas.
- Presença de desesperança, não vê outra saída.
- Tem um plano para cometer suicídio.
- Tem os meios para pôr o plano em prática.
- Já tomou providência para a realização do ato.
- Escreveu carta ou mensagem de adeus.
- Pouco ou nenhum apoio social.

Fonte: BOTEGA, 2015a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2000

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Para prevenir o suicídio, é necessário atuar no manejo de questões que geram estresse e sofrimento, promovendo qualidade de vida e bem-estar nos contextos educativos. É verdade que suprimir completamente o estresse e o sofrimento é algo inviável, todavia auxiliar adolescentes e jovens a enfrentá-los individual e coletivamente por meio de iniciativas e ações que desenvolvam autoestima, autoconfiança, empatia e qualidade nas relações interpessoais são maneiras de prevenção ao adoecimento mental e, em consequência, ao suicídio. Pode-se falar em prevenção em três níveis:

Prevenção universal – beneficia um grupo grande de pessoas, sem a preocupação de atingir apenas aquelas que estão em risco.

Exemplos: programas de aprendizagem socioemocional na escola, ações que estimulem a prática de exercícios físicos, de cuidado com a alimentação, de relações sociais positivas e de combate ao bullying e/ou cyberbullying. Cita-se também a importância de espaços em que os/as estudantes/educandos/as expressem suas formas específicas de conceber, de produzir e de legitimar as suas experiências e conhecimentos e que esses estejam constituídos com diferentes atividades de lazer e cultura (grupos de estudo, leitura, internacionalização, poesia, música, dança, teatro, dentre outros).

Prevenção seletiva – voltada para grupos de risco específicos.

Exemplo: promoção de atividades para manejo do estresse em estudantes universitários/as matriculados/as na disciplina de TCC, roda de diálogo com vestibulandos sobre temas relacionados às suas dúvidas e angústias nesse período; assembleias e/ou rodas de conversa sobre situações e/ou temas específicos envolvendo grupos de estudantes/

educandos/as; círculo restaurativo como instrumento de mediação dos conflitos nos ambientes escolares; tutorias entre iguais (estudantes/educandos/as, mediadores/as na sala de aula, intervalos, cantinas...); professores/as conselheiros/as (professores/as mediadores/as, referências da turma e/ou grupo).

Prevenção indicada – voltada para um grupo menor de pessoas com altíssimo risco.

Exemplos: acompanhamento sistemático, por profissionais dos espaços educativos (professores/as, orientadores/as, supervisores/as), de estudantes/educandos/as nos quais se identifica intenso sofrimento ou risco de suicídio, encaminhamento do/a jovem e da família para atendimento por profissional ou serviço de saúde; e notificação compulsória ao Conselho Tutelar dos casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada (BRASIL, 2019)¹.

Fontes: BOTEGA, 2015a; BRASIL, 2019; BRESSAN et al., 2014

- O suicídio é a **4º principal causa de morte** na faixa etária de **15 a 29 anos** no Brasil.
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2017
- Aproximadamente, **97%** das pessoas que cometem suicídio têm algum tipo de **diagnóstico psiquiátrico**.
Fonte: Bertolote & Fleischmann, 2002
- As tentativas de suicídio são de **10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si**.
Fonte: BOTEGA, 2015b
- Homens cometem mais suicídio, embora sejam as mulheres as que mais tentam.
Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b
- "(...) a pessoa que pensa no suicídio deseja eliminar o sofrimento, parte da existência, mas confunde a necessidade de aniquilar seu sofrimento com autoaniquilar-se, matando o todo".
Fonte: FUKUMITSU; SCAVACINI, 2013, p. 199

¹ Conforme Lei Nº 13.819, de 26 de abril de 2019 (Artigo 6º). A Lei Nº 13.819 institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada são de notificação compulsória pelos: I – estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias; II – estabelecimentos de ensino públicos e privados ao conselho tutelar.

sentimento

EIXO TEMÁTICO 3:

A dor que vem de dentro



"Podemos amar de maneira fria? Podemos amar por obrigação, por dever? Com certeza não! Existem pessoas aflitas para consolarmos..."

Papa Francisco
(12.02.2020)

03

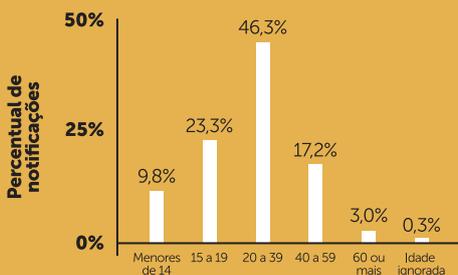
LESÕES AUTOPROVOCADAS: COMO AJUDAR?

A American Psychiatric Association propôs que a autolesão não suicida fosse considerada um diagnóstico independente, contudo a enquadrando numa categoria de transtornos que ainda carece de mais pesquisas e revisão de critérios diagnósticos. Comportamentos autolesivos se fazem presentes em outros transtornos. Caracterizam-se pela realização de ferimentos autoinfligidos (cortes e queimaduras, por exemplo) por meio dos quais a pessoa não pretende causar a própria morte. Esse comportamento intenciona aliviar sentimentos e sensações desagradáveis, como tristeza, vazio, tensão e ansiedade, sugerindo ser um mecanismo disfuncional de regulação emocional. Em alguns casos, a lesão é explicada como uma autopunição “merecida”. O quadro é mais frequente no sexo feminino e entre adolescentes.

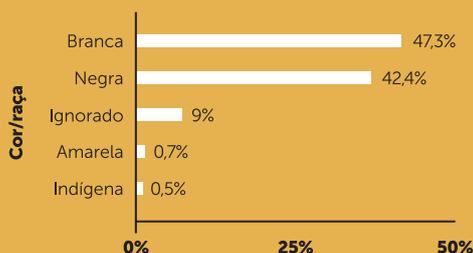
Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023; FONSECA et al., 2018

Levantamento das notificações de lesões autoprovocadas no Brasil (2021) considerando faixas etárias, cor/raça e sexo.

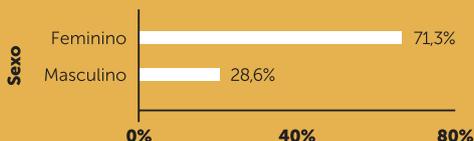
Distribuição das lesões autoprovocadas em brasileiros segundo a faixa etária



Distribuição das lesões autoprovocadas em brasileiros segundo cor/raça



Distribuição das lesões autoprovocadas em brasileiros segundo o sexo



Nota: Levantamento realizado pelo Observatório Juventudes PUCRS/Rede Marista com base nos dados públicos da publicação *Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil (2021)* disponibilizados pelo Ministério da Saúde do Brasil.

O QUE PODEMOS FAZER PARA AJUDAR?

- **PROTEJA** – no caso do risco de suicídio, é preciso afastar os meios letais (objetos cortantes, medicações etc.) e oferecer vigilância e apoio.
- **PERGUNTE** – procure questionar diretamente, com naturalidade, sensibilidade e cuidado (sobre ideação suicida, comportamento autolesivo ou outras dificuldades). Procure antes encontrar um local adequado e reservado, em um momento em que você tenha tempo disponível para conversar sem pressa.
- **OUÇA** – procure escutar de forma atenta, busque compreender empaticamente o que a pessoa sente e evite julgamentos.
- **VALIDE** – não menospreze a experiência emocional do outro, valide-a, ressaltando a dificuldade da pessoa de encontrar alternativas para lidar com seu sofrimento.
- **ORIENTE** – fale sobre a importância da ajuda profissional e de comunicar a um familiar adulto de confiança para que ele/ela possa ajudar e prestar apoio. Auxilie no aumento da construção de uma rede de apoio social. Lembre-se que nem sempre tudo se resolverá em uma única conversa.
- **DIVULGUE** – compartilhe com o familiar, ou adulto responsável pelo estudante/educando, indicações de profissionais, instituições e materiais que possam auxiliar a buscar ajuda e apoio. Dialogue também sobre o compromisso que os estabelecimentos de ensino têm para com a notificação compulsória ao Conselho Tutelar dos casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada (BRASIL, 2019).

Adaptado de: BRASIL, 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2000.

IMPORTANTE! Cabe lembrar que há pessoas que ocultam a intenção suicida quando perguntadas. Nessas circunstâncias, quando há uma suposição de que isso esteja acontecendo, o cuidado e a atenção devem ser redobrados. Vale investir na proposta de se colocar disponível, mesmo que a pessoa não queria falar sobre o assunto naquele momento: "Percebo que tu não estás disposto a falar comigo agora, mas quero que saiba que estarei aqui para te ouvir quando mudares de ideia" (BOTEGA, 2015a).

Também é motivo de atenção especial aqueles jovens que assumem comportamentos altamente arriscados, embora não tenham uma intenção suicida consciente. Dirigir em alta velocidade, abusar de álcool e drogas, envolver-se em brigas e atividades violentas podem ser uma manifestação disso. Nesses casos, intervenções também são necessárias visando a reduzir riscos e danos (BOTEGA, 2015a).

ESCUTAR, PERGUNTAR, ENCORAJAR: ALGUMAS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO

Evite	Procure dizer
“Sei o que você está passando, já passei por coisa pior na vida...”	“Vejo que você está sofrendo muito. Eu estou aqui para o que precisar, pois você é importante para mim”
Falar de coisas que você já passou não costuma ajudar a pessoa em sofrimento a se sentir melhor, apenas traz mais aspectos negativos para a experiência presente. Além disso, carrega um juízo de valor sobre o sofrimento alheio, de este não ser tão grande assim, comparado ao seu e que a pessoa em sofrimento está sendo “fraca”.	

Evite	Procure dizer
“Você precisa dar um jeito na sua vida, reaja! ”	“O que eu poderia fazer agora para te ajudar? ”
Não raras as vezes a pessoa deprimida pode se mostrar repetitiva em suas queixas, o que pode gerar certo cansaço e perda de paciência da parte de quem escuta, contudo partir para reações mais imperativas e enérgicas, mesmo que com boa intenção, não transmite ânimo ou energia para quem sofre. O que comunica é uma ideia de que é “só” querer para mudar. Mudar, no entanto, está sendo difícil para a pessoa em questão.	

Evite	Procure dizer
“Vou te dar um conselho...”	“Pode falar, estou aqui para te escutar.”
O problema não é dar conselhos, mas dá-los quando não são solicitados. Talvez a pessoa em sofrimento esteja apenas precisando de alguém que a escute e não esteja pedindo, necessariamente, uma solução. Aliás, pode ser que você não tenha a solução para oferecer.	

Evite	Procure dizer
"O que você quer que eu faça? Não sou eu quem pode mudar a sua situação."	"Estou à disposição para te ajudar no que eu conseguir."
Às vezes, só estar perto, mesmo com suas limitações, já significa muito para quem está em sofrimento.	

Evite	Procure dizer
"É só olhar as coisas pelo lado positivo e pronto!"	"Parece que você não está conseguindo ver nada de bom na sua vida agora. Isso acontece às vezes."
Dar soluções simplistas pode ser uma espécie de tentação, na ânsia de ajudar. Experimente acolher e entender a dificuldade do outro como parte de um momento da vida.	

O QUE É MITO? O QUE É VERDADE?

#1 Mito: "Quem quer se matar não fica ameaçando."

Verdade: A ambivalência é muito presente nas pessoas que pensam em cometer suicídio. Isso significa que essas pessoas ora querem viver, ora querem morrer. A comunicação dessa vontade de morrer é um pedido de ajuda que não pode ser negligenciado, deve ser escutado.

#2 Mito: "A crise passou, a pessoa já está em acompanhamento por um profissional, então o risco de suicídio acabou."

Verdade: Os momentos de melhora, logo após uma crise, também necessitam apoio e cuidado. Muitos suicídios ocorrem nesse período, quando a pessoa retoma a energia que não tinha e então pode transformar pensamentos desesperados em ação autodestrutiva.

#3 Mito: "Suicídio é um ato de covardia ou de coragem."

Verdade: Suicídio é um ato de desespero de alguém que não consegue encontrar saídas sozinho diante do sofrimento.

#4 Mito: "Uma pessoa que tentou suicídio sempre vai voltar a tentar."

Verdade: A ideiação ou a tentativa de suicídio podem retornar, mas não são necessaria-

mente permanentes. Algumas pessoas podem nunca mais pensar no assunto se receberem o cuidado adequado.

#5 Mito: “Falar sobre suicídio pode incentivar a pessoa a cometê-lo.”

Verdade: A maioria das pessoas que pensam em cometer suicídio vivem um desespero silencioso, pois, devido ao estigma e medo em torno do assunto, não encontram pessoas disponíveis para conversar. Nesse sentido, não falar sobre o assunto pode contribuir para o aumento da angústia de quem está em sofrimento.

#6 Mito: “Apenas pessoas com transtornos mentais têm comportamento suicida.”

Verdade: 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.

#7 Mito: “O suicídio é uma decisão individual, já que cada um tem pleno direito a exercitar o seu livre arbítrio.”

Verdade: 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.

Fonte: COMITÊ ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA VIDA E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2000



EIXO TEMÁTICO 4:

**É preciso
ser parte e
construir
redes de apoio**



"A interdependência, mais que o isolamento ou a independência, deve ser a nova normalidade para nós"

XXII Capítulo Geral do Instituto dos Irmãos Maristas

04

COMO PODEMOS FORMAR RELAÇÕES EM REDES DE APOIO E CUIDADO?

Quando pensamos na concepção de redes, partimos do pressuposto do entendimento articulado onde tudo se move em busca da construção do pertencimento social. Todas as redes de apoio possuem as suas origens na rede primária e secundária. A rede primária se constitui como a primeira instância de referência relacional que é composta pela família e suas configurações sociais. Ali se constrói o primeiro sentimento de pertencimento social com o desejo natural de querermos fazer parte de algo e termos nesta rede primária a nossa referência.

Na dimensão social mais ampla e extensiva da rede primária, passa a existir a rede secundária que se compõe de todas as instâncias sociais que existem além da família, sejam vizinhos/as, amigos/as, escola, igreja, trabalho, instituições sociais que promovem acesso a direitos sociais, entre outros.

Nesse sentido, quando falamos em rede primária e rede secundária, falamos também em sujeito individual e sujeito coletivo. Seja na rede primária ou na rede secundária, quando buscamos o suprimento de nossas necessidades individuais, a rede sempre nos acolhe com o significado de sujeito coletivo. Assim, podemos afirmar que o humano se constitui como elemento mais importante na configuração social da rede primária e também da rede secundária.

É na rede primária que construímos as nossas primeiras noções de aprendizado relacional que se estendem para os grupos sociais mais amplos que chamamos de rede secundária. Essa socialização não se dará a partir de uma relação causa x efeito, ela irá se estabelecer a partir das representações dos grupos e dos seus significados para o sujeito: significados de pertencer, significados de uma relação de igual para igual, no estabelecimento das diferenças sociais.

Neste contexto, o sujeito é constituído através da experiência social histórica que se define pelas teias de relações e pela construção do pertencimento social, que se constrói a partir de significados: pertença ou pretendo pertencer a algo a partir do que aquilo representa para mim, e se constitui a partir de vivências e experiências que se tornam significativas na história de vida do sujeito.

O pertencimento provoca segurança, garantia, afeto, referência. Ele pode ser visto como um produto de competência relacional, mas também pode ser visto como um elemento de construção social.

Quando buscamos a construção do pertencimento a partir de nós com o outro, executamos uma importante tarefa, a de ir ao encontro de nós mesmos através do outro e da mesma forma, ir ao encontro do outro através de nós. Desta forma, percebe-se o papel fundamental das redes de apoio na construção do sujeito e ao longo de sua vida.

QUAIS RECURSOS DE UMA REDE SOCIAL DE APOIO?

FAMÍLIA



O grupo familiar cumpre um papel e um lugar muito importante no tratamento e reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico. Entende-se que a família é uma aliada, uma parceira no processo de reabilitação da pessoa em sofrimento.

Geralmente, a família busca o serviço de saúde quando já esgotou suas tentativas de acerto e de êxito, o que gera sentimentos diversos como medo, culpa, vergonha, impotência e, muitas vezes, esgotamento. A sobrecarga da família que convive com um indivíduo em sofrimento psíquico é imensa e causa desgaste físico, mental e emocional. Nesse sentido, o serviço/profissional de saúde mental deve estar atento às dificuldades da família e deve oferecer suporte e apoio na execução de tarefas e decisões importantes para o cuidado com seu familiar. Busca-se fortalecer as relações que podem produzir saúde, confiança e comprometimento, no entanto a família precisa de apoio e orientação para que se envolva no cuidado com seu familiar adoecido. Compreensão é a chave do processo de recuperação de uma pessoa em sofrimento.

Segundo dados da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA), para cada vítima há, em média, de 5 a 10 familiares e pessoas mais próximas que sofrem as consequências emocionais, sociais e econômicas atreladas à morte precoce daquele indivíduo. A realidade é que, muitas vezes, o fato passa despercebido sobre o quanto afeta outras pessoas ao redor.

Ouvir atentamente, entender os sentimentos da pessoa, expressar respeito por suas opiniões, não julgar e mostrar preocupação e cuidado, são formas de promover uma conversa aberta, saudável e que proporcione um ambiente seguro.

Entretanto, não basta só conversar, é preciso, também, agir! Os pais, e/ou responsáveis, e/ou as pessoas de confiança da família precisam encorajar a pessoa (adolescente e jovem) na busca por auxílio médico, indicar apoio emocional especializado, fortalecer a rede de apoio dessa pessoa e, principalmente, restringir acesso a métodos possíveis de suicídio são as principais formas de ação.

Existem centros, instituições e profissionais da área da saúde que podem ser um grande suporte nessa busca por fortalecimento, tanto das vítimas como das pessoas ao seu redor.

Abaixo, algumas dicas para a família ajudar seu familiar:

- 1) Tenha uma postura de escuta, seja presença e oportunize ambientes e interações acolhedoras
- 2) Tenha calma e paciência, reconheça que a pessoa está em sofrimento e não espere que melhore de forma repentina.
- 3) Demonstre afeição, ofereça palavras reconfortantes e faça elogios.
- 4) Não critique, atormente ou censure a pessoa por seu comportamento deprimido.
- 5) Procure informar-se sobre a doença, pois quanto mais conhecimentos você tiver, melhores condições terão para ajudar e compreender o que está acontecendo.
- 6) Ajude a pessoa a sentir-se útil e importante.
- 7) Tenha cuidado com as palavras e atitudes depreciativas.
- 8) Procure não deixar a pessoa sozinha.
- 9) Leve a sério qualquer conversa sobre suicídio e notifique o fato imediatamente ao médico ou ao profissional responsável.
- 10) Oportunize ambiente e interações acolhedoras e suportivas.

- 11) Evite que a pessoa tenha acesso a meios para provocar a própria morte (armas de fogo, medicamentos, corda, medicamentos).
- 12) Coloque-se à disposição para ouvir com uma atitude compreensiva e não acusatória.
- 13) Identifique fatores de risco: perdas recentes, datas importantes, reações de aniversário.
- 14) Limite o acesso a conteúdos relacionados ao suicídio na mídia.
- 15) Ofereça-se para acompanhar a pessoa a um serviço da saúde mental.
- 16) Não espere a doença piorar para pedir ajuda médica e de confiança. Se for o caso, seja incisivo: "Eu já liguei para o médico e eu mesmo te levarei à consulta".
- 17) Entenda que a pessoa não está neste estado porque escolheu e sim porque está doente.
- 18) Incentive a pessoa a fazer alguma atividade, mas, caso ela recuse, respeite este momento, ou seja condescendente: "Tudo bem, se você não quer sair, nós podemos ficar em casa juntos".
- 19) Faça atividades regulares com eles (atividades escolares, culturais e de lazer).
- 20) Conheça os amigos do(a) seu/sua filho/a.
- 21) Fique atento aos sinais de mudança repentina de comportamento (em casa e na escola).
- 22) Ouça suas queixas e aprenda a separar o que são expectativas de adolescentes daquilo que são reivindicações reais.
- 23) Não faça interpretações como "suicídio é um ato para chamar atenção, manipular, de fraqueza, de covardia, de coragem, de falta de fé ou de amor".
- 24) Evite rótulos como "pessoa fraca" ou "doente".
- 25) Não compare problemas ou sofrimentos dele/a com os de outras pessoas: "tem gente em situação muito pior", "veja só o que seu irmão está passando";
- 26) Sem invadir sua privacidade, acompanhe o que seu/sua filho/a posta e o que postam sobre ele nas redes sociais.
- 27) Faça questão de conversar com todos os/as professores/as e entender sobre o percurso de ensino e aprendizagem do seu/sua filha/a (aprendizagens desenvolvidas e as aprendizagens a desenvolver).
- 28) Não deixe de cuidar de si. Só assim você terá condições de atender ao outro. O adoecimento mental do cuidador é algo bastante comum. Busque ajuda de profissionais da saúde caso você esteja passando por uma situação difícil com algum familiar

PROFISSIONAIS DA SAÚDE



Os profissionais da saúde formam uma rede especializada e ampliada de apoio, que podem ser encontrados em instituições públicas e privadas, como hospitais, clínicas, unidades de saúde e de apoio social e comunitário, ou ainda como profissionais autônomos. Dentre esses profissionais estão médicos/as, psiquiatras, psicólogos/as, enfermeiros/as e assistentes sociais.

Psicólogo/a clínico/a – a psicologia clínica é uma especialidade da psicologia. O/A psicólogo/a clínico/a trabalha com psicoterapia, um método fundamentado em abordagens psicológicas e baseado no diálogo. Nesse sentido, difere de uma conversa com um/a amigo/a, um familiar ou outros interlocutores. Vale lembrar que o trabalho do/a psicólogo/a, clínico/a envolve a escuta e a intervenção com diversas situações, não apenas em caso de adoecimento mental já estabelecido. Assim, esse/a profissional também promove com suas intervenções, o autoconhecimento, o apoio em situações de crise, mudança e tomada de decisão etc.

Psiquiatra – a psiquiatria é uma especialidade médica, trabalha primordialmente com diagnóstico e tratamento medicamentoso de patologias mentais. O principal objetivo da medicação é a redução de sintomas e a melhora da qualidade de vida do/a paciente. A psiquiatria e a psicologia podem e devem trabalhar juntas em muitos casos em que se faz necessária a atuação de ambas as categorias profissionais.

**“A vida é dom e compromisso;
é presente amoroso de Deus, que
devemos continuamente cuidar”**

Papa Francisco

INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO BÁSICA



Muitos suicídios, tentativas de suicídio e até mesmo ideações estão relacionados a diversas formas de violência e humilhação, não só aquelas explícitas como o bullying e/ou cyberbullying, como também a discriminação presente em discursos e “brincadeiras” perpetuados por colegas, professores/as e outros profissionais envolvidos no processo educativo. Outro ponto importante é o sentimento de inferioridade frente a colegas, por não ter a mesma produtividade ou capacidade de acompanhar o conteúdo, assim como a pressão pelo alto rendimento escolar, por vezes acompanhado de ameaças e perseguições.

Diante do desafio de desempenhar um papel tão central na vida dos/as estudantes, o que a escola pode fazer? Ferramentas como o projeto educativo da escola, as rotinas e os momentos pedagógicos e a atenção da direção, coordenações e professores/as na identificação de sinais de alerta se tornam importantes aliados na prevenção à saúde mental. Outras sugestões de políticas e práticas de prevenção aos centros educativos:

- A identidade da escola (valores, crenças e princípios) expressar compromisso com direitos humanos, diversidade, equidade e participação.
- O compromisso com a promoção e proteção ao direito individual à vida (BRASIL, 1988) estar claramente assegurado no Projeto Político Pedagógico.
- O compromisso com a promoção e proteção à vida ser percebida nas iniciativas e ações cotidianas do ambiente educativo.
- A criação de parcerias com outros setores e entidades como universidades e serviços de saúde da região para construir projetos voltados à realidade do território de forma conjunta.
- O desenvolvimento de ações voltadas à cultura da paz, respeito à diversidade e não discriminação, assim como ações de educação em saúde para toda a comunidade escolar ou acadêmica.
- A criação de espaços de diálogo seguros com os/as estudantes/educandos/as e pro-

fissionais enfatizando a expressão dos sentimentos e a escuta compreensiva.

- A garantia de que os espaços de escuta e diálogo ofertados aos jovens sejam propositivos, de forma a construir, com eles, ações para agir sobre as situações pontuadas. Zelar por um efetivo protagonismo é muito importante. Escutar sem propor alternativas pode desengajar o jovem de iniciativas futuras similares
- A implementação de ações e iniciativas permanentes (psicoeducativas e lúdicas) sobre saúde mental e suicídio - falar é importante!
- A implementação de ações e iniciativas permanentes de prevenção ao bullying e ao cyberbullying. Elaborar e implementar políticas de prevenção à violência física, moral e sexual nos centros educativos é um grande acerto.
- A elaboração e implementação de protocolos de ação obrigatória em situações, tais como preconceito, discriminação e violência física, moral e/ou sexual.
- O desenvolvimento de um ambiente saudável, que favoreça o diálogo, as relações positivas e a aprendizagem.
- A priorização de fatores estruturais e materiais do espaço educativo, de forma que este possa ser um ambiente agradável e acolhedor para estudantes/educandos/as e educadores/as.
- A promoção da participação dos/das estudantes/educandos/as e o fomento ao desenvolvimento e o acompanhamento às lideranças estudantis.
- O desenvolvimento de ações e iniciativas de saúde e bem-estar em uma perspectiva integral, para todos/todas os que convivem no ambiente escolar.
- O conhecimento e parceria com os serviços de saúde que possam ter interface com a escola, bem como os de garantia de direitos (Conselho Tutelar, Ministério Público, Assistência Social, entre outros) e, na medida do possível, buscar articulação e inserção nesses espaços deliberativos.
- Participação e/ou organização de campanhas educativas sobre prevenção ao suicídio, saúde mental e bem-estar.
- Formação de uma comissão de saúde mental na escola, composta de pais, professores/as, gestores/as e estudantes, capaz de debater procedimentos e buscar informações mais adequadas.
- Organização de eventos escolares que tenham a arte e a cultura como modo de expressividade de experiências e conhecimentos dos estudantes/educandos(as) sobre a prevenção à saúde mental, ao bullying e/ou cyberbullying e ao suicídio (vídeos, músicas, teatro, poesias, pesquisa científica, jogos de tabuleiro, aplicativos...).
- Diálogos, seminários, oficinas, workshop com os/as educadores/as e famílias, e/ou responsáveis pelos estudantes/educandos/as com vistas a auxiliar a buscar ajuda e apoio, divulgar normativas vigentes e informar o compromisso que os estabelecimentos de ensino têm de notificar à rede de proteção as situações de violação de direitos

de adolescentes, bem como ao Conselho Tutelar, em específico, dos casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada.

- Atentar à saúde mental dos professores e do restante da comunidade escolar. Não é possível construir ambientes saudáveis olhando apenas para uma parte dos atores que vivem o espaço.
- Divulgar e desenvolver iniciativas com o Centro Marista de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. A atuação do Centro é focada no desenvolvimento de estudos na prevenção e combate à violência sexual, em alternativas pedagógicas para a inclusão de estudantes com transtorno de comportamento e para trabalhar a violência escolar, nos impactos do ambiente familiar e da realidade social na formação da personalidade, além de questões que interfiram na dignidade da vida.

Fonte: VIEIRA et al., 2014

PROFESSORES/AS



- Comprometer-se com a promoção e proteção à vida ser percebida no planejamento, na metodologia e nas práticas pedagógicas propostas pelos/as professores/as.
- Contribuir para um clima escolar saudável, priorizando o diálogo, a mediação de conflitos e a cultura de paz.
- Valorizar o vínculo de confiança com os estudantes/educandos/as, sendo presença atenta e significativa.
- Discutir abertamente temas relacionados à saúde mental, visando à desestigmatização do tema entre estudantes/educandos/as. Não deixar que o assunto seja tratado de forma banal ou com ironia na sala de aula.
- Debater com colegas sobre situações identificadas junto aos estudantes/educandos/as (violência, isolamento social, violação de regras, ideação suicida, entre outras) de forma a promover ações conjuntas e ampliar a rede no espaço educativo.
- Manter atenção para situações que possam indicar necessidade de intervenção e/ou encaminhamento de estudantes/educandos para ajuda de profissional especializado.

- Atuar de maneira direta e imediata em situações de risco, tais como preconceito, discriminação e violência nos diferentes ambientes escolares.
- Ficar atento a sinais de *bullying* ou *ciberbullying* e/ou assédio sexual. O que diferencia as situações é que o primeiro normalmente tem uma plateia para assistir à humilhação. O segundo pode ter apenas o abusador e o abusado.
- Ficar atento a sinais de isolamento nos intervalos e não participação em sala de aula.
- Ficar ligado em sinais de automutilação, de ansiedade/desespero ou de falta de sentido de vida.
- Ficar atento a grandes alterações de comportamento e/ou queda significativa do desempenho escolar.
- Ao perceber alguns sinais de alerta, tentar conversar com o/a estudante. Dizer que observou mudanças no comportamento dele/a. Ouvir sem julgar.
- Se a conversa não funcionar, seja porque o/a estudante/educando/a não se abriu, seja porque ele/ela não se sentiu melhor, procurar a Direção, o Serviço de Orientação Educacional, e/ou os pais, e/ou responsáveis.
- Se, na conversa, o/a estudante/educando/a falar claramente em suicídio, procurar ajuda imediata.
- Ter atenção especial com público-alvo de educação especial, adolescentes e jovens que se diferenciam em etnias, gênero, situação socioeconômica, realidade cultural ... Eles/ Elas são vítimas mais frequentes de abusos.
- Se o/a estudante/educando/a começar a faltar muito, sem motivo aparente, avisar a Direção, o Serviço de Orientação Educacional e/ou os pais, e/ou responsáveis.

Os Colégios e Centros Sociais devem ser ambientes que despertem nos/as estudantes/educandos/as o desejo pela vida e o interesse pelo mundo externo. Além disso, devem estar prontas para acolher os/as estudantes/educandos que estão no processo de construção de seu projeto de vida.

Fontes: CVV, [s. d.]; UNIÃO MARISTA DO BRASIL, 2010; VIEIRA et al., 2014

É importante aceitar que você não é “superpoderoso/a”. Um provérbio africano diz que “é preciso uma aldeia inteira para educar uma criança”. **Para cuidar de um/a jovem em crise também é necessário acionar um grupo, uma rede.** Embora sua presença e escuta possam ser muito significativas, ativar uma rede de cuidado e apoio, constituída por outras pessoas (familiares, professores/as, amigos/as, profissionais de saúde, dentre outros) e instituições (escola, serviços de saúde, instituição religiosa, instituição comunitária, conselho tutelar) é fundamental.

INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR



Cada vez torna-se mais importante reconhecer o ambiente acadêmico como um espaço que promova a formação integral da pessoa. Estimular o desenvolvimento socioemocional, propondo ações de cuidado e autocuidado, visando a favorecer relações solidárias, potencializar locais de convivência, promover estudos cooperativos e dialógicos, possibilitar o apreço da arte e cultura, propiciar rodas de diálogo, manter locais de cultivo da espiritualidade, haver proximidade com a vida natural, potencializar práticas esportivas, proporcionar orientações objetivas com fluxos claros, notabilizar os valores e missão institucional, como elementos que deem estabilidade e segurança aos estudantes e humanizadores nas Instituições de Ensino Superior.

Jovens universitários/as nem sempre pedem ajuda diante de seus desconfortos e podem ficar invisibilizados em ambientes estritos à capacitação profissional. Muitos, além de estudantes, são trabalhadores/as, pais/mães, vivem responsabilidades e instabilidades econômicas, incertezas profissionais e tantos outros fatores externos e internos que acabam por gerar dores silenciosas, aumentando a sensação de solidão no meio acadêmico.

A realidade de pandemia acabou por gerar espaços de teleatendimento, cartilhas de redução ao estresse, *webnários*, aulas abertas que contribuíram para a reflexão do tema. Foram iniciativas importantes com as quais a universidade desenvolveu o importante papel junto à comunidade. Além disso, diferentes Instituições de Ensino Superior, aliadas aos serviços de saúde, mantêm núcleos de apoio, escritórios de saúde mental entre outras iniciativas de cuidado e acolhimento.

Na PUCRS, existe o *Núcleo de Apoio Psicossocial*, criado em 2006 sendo originalmente denominado Centro de Apoio Psicossocial com a finalidade de atender às necessidades de estudantes que apresentavam algumas dificuldades indicadoras de sofrimento psíquico e que impactavam diretamente nos processos de ensino e aprendizagem. Para tal, foi consti-

tuída uma equipe multidisciplinar a partir das áreas da Psicologia, Serviço Social, Pedagogia e Psiquiatria que construíram e implantaram uma proposta de trabalho que passou a atuar diretamente com os estudantes e professores/as da nossa Universidade.

Atualmente, o *Núcleo de Apoio Psicossocial* composto por uma equipe multidisciplinar de Psicólogos, Assistente Social, Psiquiatra e Psicopedagogo, vincula-se ao Centro de Apoio Discente e integra a rede de serviços da Universidade, constituindo-se num espaço de escuta sem ônus financeiro, em que são realizados acolhimentos, apoio e encaminhamentos, quando necessário.

Constitui-se, desta forma, um trabalho que se impõe como uma necessidade atual para a Universidade que busca a excelência acadêmica com o olhar voltado ao humano. Legitima-se como espaço de escuta, intervenção e mediação frente às dificuldades decorrentes dos processos de ensino e aprendizagem e demais questões que envolvem a condição humana, em que estudantes, professores/as e gestores/as têm apoio para trabalhar:

- Auxílio no enfrentamento das dificuldades que possam interferir no processo de ensino e aprendizagem.
- Ações que auxiliam o/a estudante a construir a sua maturidade, atitudes e habilidades para além da construção do conhecimento teórico.
- Ações que contribuem em soluções para as questões e/ou dificuldades enfrentadas.
- Mediação de conflitos.
- Ampliação da rede social de apoio do/a estudante para atendimento de suas necessidades e demandas.
- Identificação do sofrimento psíquico, mediações em busca da construção e reconstrução dos sentidos de vida e indicações de tratamento especializado quando necessário.
- Mediação das relações com professor/a e aluno/a com vistas a contribuir o bom relacionamento entre ambos com impactos nos processos de ensino e aprendizagem.

Quando necessário, o *Núcleo de Apoio Psicossocial* faz encaminhamentos para atendimento psicoterápico ou psiquiátrico para: o Ambulatório de Psicoterapia Analítica do Hospital São Lucas (AMPA), que realiza assistência médica e psicoterápica de baixo custo (com ou sem o uso de medicação) para estudantes, funcionários/as, ou professores/as da PUCRS; o Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP) do curso de Psicologia da PUCRS, que realiza avaliações psicodiagnósticas e psicoterapia; e para a rede externa de apoio que conta com instituições públicas e privadas.

Além disso, também são atendidas situações referentes à Universidade e ao domínio docente, principalmente de questões relacionais. Os/As professores/as assumem importância estratégica nessa proposta, pois o processo de ensino-aprendizagem é dinâmico, contínuo e relacional, envolvendo alunos/as e docentes em permanente diálogo para busca de excelência na formação pessoal e profissional.

Neste sentido, o trabalho do *Núcleo de Apoio Psicossocial* dedica-se à prevenção e promoção em saúde mental no contexto acadêmico e está voltado ao cuidado humano, especificamente em defesa da vida, bem como do impacto deste cuidado na formação integral dos nossos estudantes, potencializando, desta forma, a construção e reconstrução do sentimento de pertencimento e, conseqüentemente, ter a Universidade como uma importante referência na construção de sua trajetória de vida.

Núcleo de Apoio Psicossocial

Av. Ipiranga, 6681, Prédio 15 – sala 301

Porto Alegre/RS - CEP 90619-900

Telefone: (51) 3320-3703

E-mail: apoio.psicossocial@pucrs.br

ONDE PODEMOS OBTER AJUDA?

CAPS: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde da rede SUS, de caráter aberto, comunitário e ambulatorial. Esses serviços vieram em substituição ao modelo asilar, sendo constituídos por equipes multiprofissionais que buscam a realização de um trabalho interdisciplinar em saúde mental. Municípios com mais de 15.000 habitantes podem ter um CAPS em seu território. A atenção básica em saúde é responsável pelo cuidado em saúde mental nos municípios que não têm CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Urgência e emergência em saúde mental: casos urgentes são avaliados em espaços de urgência e emergência. Realizam acolhimento, classificação de risco, atendimento, internação ou encaminhamento. Na cidade de Porto Alegre, o atendimento é feito em dois locais:

- Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) - Rua Prof. Manoel Lobato, 151 (Atendimento 24h)
- Plantão de Emergência em Saúde Mental IAPI - Rua Três de Abril, 90 - Passo d'Areia (Atendimento 24 h).
- SAMU 192

Fonte: (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2019)

CVV: o Centro de Valorização da Vida (CVV) realiza apoio emocional e prevenção do suicídio por voluntários/as capacitados/as. Atende de forma gratuita todas as pessoas que necessitam, por telefone, e-mail e chat, 24h, todos os dias da semana. O atendimento é sigiloso e pode ser realizado pelo número 188.

Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio:

cevs.rs.gov.br/suicidio

E-mail: comitesuicidio@saude.rs.gov.br

Telefone: (51) 3901-1070

Ministério Público do Estado do RS: entrar em contato com a Promotoria da Infância e Juventude mais próxima

www.mprs.mp.br

**Seção de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas / Departamento de Ações em Saúde /
Secretaria de Estado da Saúde do RS**

E-mail: saudemental@saude.rs.gov.br

Telefone: (51) 3288-5908 / 3288-5909

**Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis / Centro Estadual de Vigilância
em Saúde / Secretaria de Estado da Saúde do RS**

E-mail: dant@saude.rs.gov.br

Telefone: (51) 3901-1070

Fonte: COMITÊ ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA VIDA E PREVENÇÃO
DO SUICÍDIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2019

SERVIÇOS NA PUCRS

Núcleo de Atenção Psicossocial: é um espaço de escuta e atenção às dificuldades decorrentes do processo de ensino-aprendizagem e demais questões que envolvem a condição humana. Destina-se à comunidade acadêmica da PUCRS. Quando necessário, faz encaminhamentos para atendimento psicoterápico ou psiquiátrico no Ambulatório de Psicoterapia Analítica do Hospital São Lucas (AMPA).

<http://www.pucrs.br/apoiodiscente/nucleo-de-apoio-psicossocial/>

SAPP: o Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia oferece triagem/acolhimento de pacientes, avaliação psicológica, avaliação neuropsicológica, psicoterapia individual, grupal e familiar, orientação profissional e reorientação de carreira.

Av. Ipiranga 6681

Prédio 11 – sala 209

Porto Alegre/RS

Telefone: (51) 3320.3561

<http://www.pucrs.br/saude/servico-de-atendimento-e-pesquisa-em-psicologia-sapp/>

Eu, como parte da rede de apoio

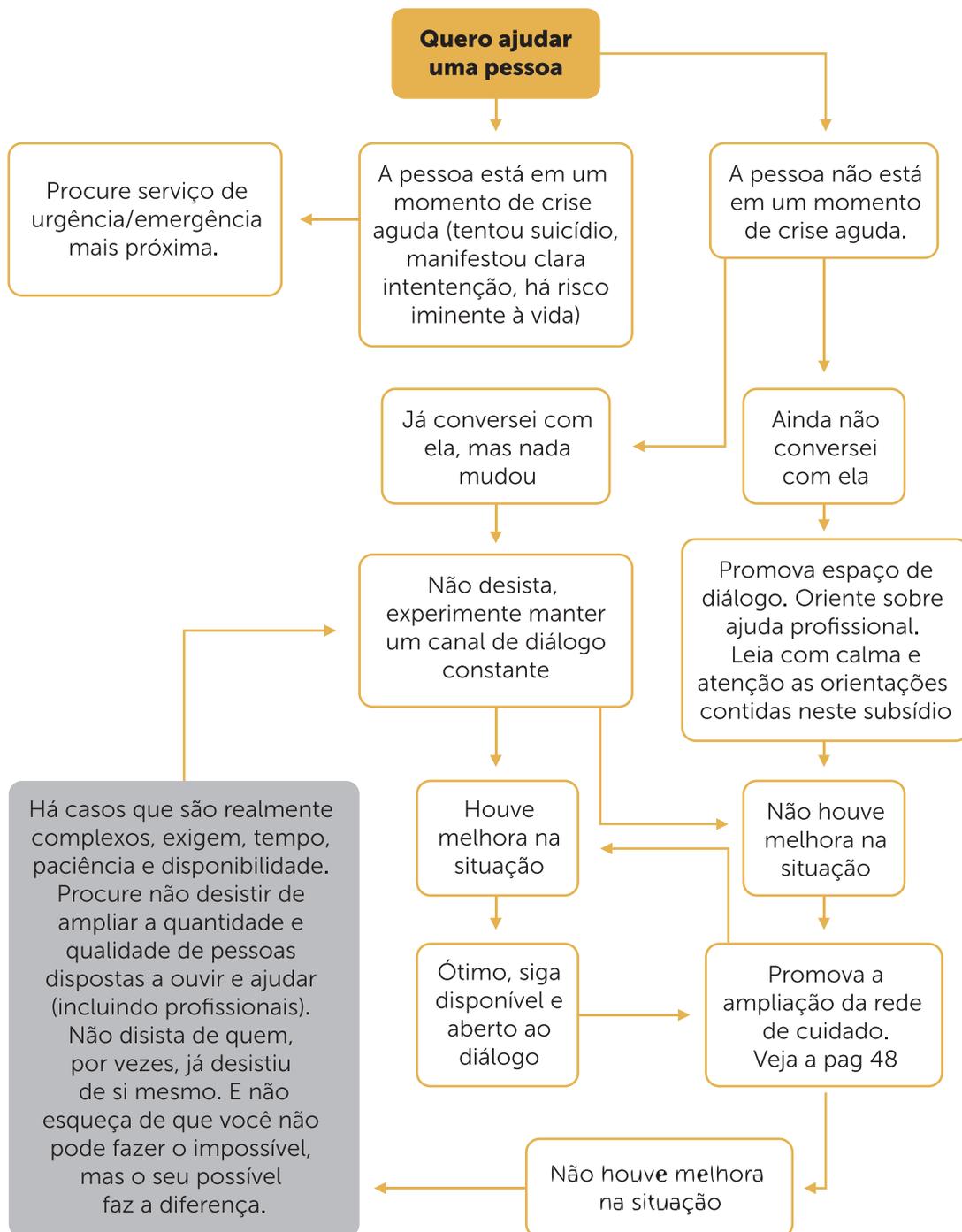
"O importante a salvaguardar é que, como comunidade, nos encontremos unidos em torno à atualização dos valores humanos essenciais e capazes de lutar por eles"

Cardeal José Tolentino de Mendonça (10.06.2020)

apo

TRILHA DA AJUDA

Com este esquema, pretendemos auxiliar na tomada de decisão de quem quer ajudar uma pessoa em sofrimento. Ele certamente não esgota todas as possibilidades. Encorajamos que você possa incluir aquilo que acha importante no processo de cuidar de quem precisa.





Quer conhecer uma história real que nos inspira a dar valor à vida?

Neste livro o médico Viktor Frankl narra suas experiências de busca de sentido para a vida durante sua prisão em campos de concentração nazistas durante a II Guerra Mundial. Esta “edição para jovens leitores” traz complementos à versão original e textos inéditos. Excelente dica para quem quer começar a ler Frankl (e tem interesse em se aprofundar em sua psicoterapia) ou mesmo para quem apenas quer conhecer uma passagem importante e inspiradora de sua biografia.



No que você pensa quanto está triste ou ansioso?

Escrito por duas referências mundiais no tratamento de transtornos de ansiedade e depressão, este livro auxilia a lidar com o aspecto cognitivo relacionado a essas doenças e seu impacto na potencialização de emoções. Não dispensa o acompanhamento profissional, mas é um recurso valioso de psicoeducação. Em tempos em que as redes sociais formam opiniões em saúde mental, vale a leitura.



Precisamos falar sobre posvenção

Com consultoria de Karina O. Fukumitsu, psicóloga e uma das maiores referências do país em suicídio e posvenção, este documentário está disponível na Globoplay. Trata da vida após a perda de um familiar, dos sofrimentos e dos enfrentamentos possíveis na experiência de diferentes famílias. É uma obra densa e triste, porém costurada de esperanças.

ASSUMINDO O COMPROMISSO COM A VIDA E DIGNIDADE DOS ADOLESCENTES E JOVENS

Com base em tudo que você leu neste subsídio, gostaríamos de convidá-lo a tomar nota daquilo que você acha que deve fazer daqui para frente, ou seja, seus próximos passos. Seja para você ter maior qualidade de vida, seja para auxiliar alguém que está em sofrimento. Com o que você se compromete?

Uma dica: procure descrever o que, quando, como, onde e por que está se comprometendo com cada um desses passos

Passo 1

Passo 2

Passo 3

OUTROS RECURSOS DE APOIO

Abaixo, sugerimos alguns sites, livros e conteúdo multimídia sobre temas relacionados a este subsídio.

Sites:

- **Centro de Valorização da Vida (CVV)**

<https://www.cvv.org.br/>

- Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos

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

- Projeto Cuca Legal

<http://cucalegal.org.br/>

- Movimento Setembro Amarelo

<https://www.setembroamarelo.org.br/>

- Ministério de saúde - informações

<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio>

Vídeos:

- Entrevista com a psicóloga Karina Fukumitsu e com o psiquiatra Daniel Martins de Barros.

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=a94D30gc3dQ>

- Canal do CVV

<https://www.youtube.com/user/CVVdivulgacao/videos>

- Play aberto: filmes bons para dias difíceis

Instituto Alana: <https://www.videocamp.com/pt>

- Toda luz que não podemos ver

Disponível em: <https://www.netflix.com>

Publicações científicas

Impacto da COVID-19 na saúde mental da população: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)

Livros e cartilhas:

- Saúde na escola: o que os educadores devem saber

Organizadores: Gustavo M. Estanislau, e Rodrigo A. Bressan

Editora: Artmed.

- Guia para pais e educadores.
Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/guia_CVV_pais_educadores_DIGITAL.pdf
- Falando abertamente sobre suicídio (folheto para jovens e adolescentes).
Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Falando-Abertamente-CVV-2017.pdf>
- Lidando com o luto por suicídio: guia breve adaptado para pós-venção em escolas.
Disponível em: [file:///C:/Users/10087278/Downloads/Lidando%20com%20o%20luto%20por%20suici%CC%81dio_Po%CC%81svenc%CC%A7a%CC%83o_Escolas.%202019%20\(1\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/10087278/Downloads/Lidando%20com%20o%20luto%20por%20suici%CC%81dio_Po%CC%81svenc%CC%A7a%CC%83o_Escolas.%202019%20(1)%20(1).pdf)
- Guia Intersetorial de Prevenção do Comportamento Suicida em Crianças e Adolescentes.
Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190837/26173730-guia-intersetorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf>
- Saúde Mental na Escola: Material Psicoeducativo para Professores.
Disponível em: [file:///C:/Users/10087278/Downloads/Sa%C3%BAde%20Mental%20na%20Escola%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/10087278/Downloads/Sa%C3%BAde%20Mental%20na%20Escola%20(1).pdf)
- Informações importantes sobre doenças mentais e suicídio
Disponível: https://a0e38812-554e-49f8-abbd-a0342f167fe7.filesusr.com/ugd/c37608_0a79cf7a1db34fc2abb723d197035b3f.pdf

“Que Deus lhe conceda a coragem e a saúde de que necessita para levar a cabo tão boa obra”.

São Marcelino Champagnat
(Carta 174, ao Irmão Francisco, 24/02/1838)

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª Ed). Porto Alegre: Artmed, 2023.

AVANCI et al, Comportamento suicida e autolesão na infância e na adolescência: conversando com profissionais sobre formas de prevenção. Rio de Janeiro: Faperj, 2023

BERTOLETE, José Manoel; FLEISCHMANN, Alexandra. Suicide and psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, v. 1, p. 181–185, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>. Acesso em: 29 jun. 2020.

BOTEGA, Neury José et al. Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, v. 37, n. 3, p. 213–220, 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442>. Acesso em: 29 jun. 2020.

BOTEGA, Neury José. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015 a. E book.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, v. 25, n. 3, p. 231–236, 2015 b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564d20140004>. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. Constituição da república federativa do brasil. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. Lei no 13.819, de 26 de abril de 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-no-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, v. 52, n. 33. Brasília, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio em adolescentes no Brasil, 2016 a 2021. *Boletim Epidemiológico*, v. 53, n. 37. Brasília, 2022.

BRESSAN, Rodrigo Affonseca et al. Promoção da saúde mental e prevenção de transtornos mentais no contexto escolar. In: ESTANISLAU, Gustavo; BRESSAN, Rodrigo Affonseca (org.). Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 37–48.

CARDOSO, Alessandra Soares; CECCONELLO, Alessandra Marques. Fatores de risco e proteção para o suicídio na adolescência: uma revisão de literatura. *Revista perspectiva: ciência e saúde*, v. 4, n. 1, p. 75–84, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.37333/00332909126178>. Acesso em: 29 jun. 2020.

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativa de Suicídio. Porto Alegre: [s. n.], 2018. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

COMITÊ ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA VIDA E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Guia Intersectorial de Prevenção do Comportamento. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190837/26173730-guia-intersectorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

CVV – Centro de Valorização da Vida. Guia para pais e educadores. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/guia_CVV_pais_educadores_DIGITAL.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

FEITLICH-BILYK, Bacy et al. Saúde e transtornos mentais. In: ESTANISLAU, Gustavo M.; BRESSAN, Rodrigo Affonseca (org.). Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 25–38.

FONSECA, Paulo Henrique Nogueira da et al. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 70, n. 3, p. 246–258, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017. Acesso em: 29 jun. 2020.

FUKUMITSU, Karina Okajima. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*, v. 25, n. 3, p. 270–275, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-psup-25-03-0270.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

FUKUMITSU, Karina Okajima; SCAVACINI, Karen. Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma abordagem gestáltica. *Revista da abordagem gestáltica*, v. 19, n. 2, p. 198–204, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200007. Acesso em: 29 jun. 2020.

FUNDAÇÃO DORINA NOWILL. Setembro amarelo: o papel da família na prevenção do suicídio. Disponível em: <https://www.fundacaodorina.org.br/blog/prevencao-suicidio/>. Acesso em: 29 jun. 2020.

FURET, J.B. et al. Guia das Escolas para uso nas casas dos Pequenos Irmãos de Maria: Documento do 2º Capítulo geral do Instituto Marista, 1932. Tradução João José Sagin; Virgílio Josué Balestro – Brasília: UMBRASIL, 2009.

GONÇALVES, Marta; MOLEIRO, Carla. Resultados de um programa piloto de desestigmatização da saúde mental juvenil. *Revista portuguesa de saúde pública*, v. 4, n. 3, p. 276–282, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n3/v34n3a09.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

GREIST, John H.; JEFFERSON, James W. A depressão e o apoio da família. Disponível em: https://www.psiquiatriageral.com.br/enfermagem/depresao_apoio1.htm. Acesso em: 29 jun. 2020.

HAWTON, Keith et al. Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012. *Journal of Affective Disorders*, v. 175, p. 147–151, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>. Acesso em: 29 jun. 2020.

INSTITUTO DOS IRMÃOS MARISTAS. Mensagem do XXII Capítulo Geral. 8 de setembro a 20 de outubro de 2017, Rio Negro, Colômbia.

LEÃO, Thiago Marques; IANNI, Zöllner Aurea Maria; GOTO, Carine Sayuri. Individualização e sofrimento psíquico na universidade: entre a clínica e a empresa de si. *Revista humanidades e inovação*, v. 6, n. 9, p. 131–143, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1250>. Acesso em: 29 jun. 2020.

LÉPORE, Paulo Eduardo; RAMIDOFF, Mário Luiz; ROSSATO, Luciano Alves. Estatuto da juventude comentado: lei n. 12.852/13. São Paulo: Saraiva, 2014.

LUNA, Ivania Jann; MORÉ, Carmen Ojeda. Narrativas e processo de reconstrução do significado no luto. *Revista M*, v. 2, n. 3, p. 152–172, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/8154>. Acesso em: 29 jun. 2020.

MIKLOWITZ, David J. Transtorno bipolar. In: BARLOW, David H. Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 461–500.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção do suicídio: sinais para saber e agir. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio>. Acesso em: 29 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro de atenção psicossocial (CAPS), 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>. Acesso em: 29 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; UNIVERSIDADE DE CAMPINAS. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

MONTADON, Cléopâtre. Sociologia da infância: balanço dos trabalhos em língua inglesa. Cadernos de pesquisa, v. 112, p. 33–60, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cp/n112/16100.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. Psicologia Escolar e Educacional, v. 19, n. 3, p. 445–453, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>. Acesso em: 29 jun. 2020.

OMAIS, Sálua. Manual de psicologia positiva. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: [s. n.], 2000. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Folha informativa - saúde mental dos adolescentes, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839. Acesso em: 29 jun. 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención del suicidio: un imperativo global. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=FD111B2FB73E8487F-93CD0F8530F3DBB?sequence=1. Acesso em: 29 jun. 2020.

PARKES, C. Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações. São Paulo: Summus, 2009.

PEREIRA, Anderson Siqueira et al. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência e saúde coletiva*, v. 23, n. 11, p. 3767–3778, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311>. Acesso em: 29 jun. 2020.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. Urgência e emergência - saúde mental, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/urgencia-e-emergencia-saude-mental>. Acesso em: 29 jun. 2020.

ROBERTS, Robert E.; CLIFFORD ATTKISSON, C.; ROSENBLATT, Abram. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, v. 155, n. 6, p. 715–725, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/ajp.155.6.715>. Acesso em: 29 jun. 2020.

ROSA, Amorim; LOUREIRO, Luís; SEQUEIRA, Carlos. Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, v. 1, n. spe1, p. 125–132, 2014. Acesso em: 29 jun. 2020.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SELIGMAN, Martin E. P. *Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, Shane J. *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOARES, Amanda Gonçalves Simões et al. Percepção de professores de escola pública sobre saúde mental. *Revista de Saude Publica*, v. 48, n. 6, p. 940–948, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004696>. Acesso em: 29 jun. 2020.

STROEBE, Margaret; SCHUT, Henk. The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, v. 23, n. 3, p. 197–224, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/074811899201046>. Acesso em: 29 jun. 2020.

UNIÃO MARISTA DO BRASIL. *Cartas de Marcelino J.B. Champagnat*. Brasil: UMBRASIL, 2019. E-book. Disponível em: http://www.umbrasil.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Cartas-de-Marcelino-Champagnat_WEB_FINAL.pdf. Acesso em 30 set. 2020.

UNIÃO MARISTA DO BRASIL. Projeto educativo do Brasil Marista : nosso jeito de conceber a Educação Básica. Brasília: UMBRASIL, 2010. E-book. Disponível em: <https://colegiosmaristas.com.br/wp-content/uploads/2018/03/Projeto-Educativo-do-Brasil-Marista-1.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

VIEIRA, Marlene A. et al. Saúde mental na escola. In: Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 13–23.

WORDEN, W. J. Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health: strengthening our response, 2018a. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acesso em: 13 jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics, 2018b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 29 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health report: transforming mental health for all. Geneva, 2022.

