

■ **COMPORTAMENTO SUICIDA EM ADOLESCENTES**

**MD. ANDRÉ BENDL
COORDENADOR MÉDICO SMS
PREFEITURA MUNICIPAL OSÓRIO**



Suicídio é todo caso de morte que resulta, direta ou indiretamente, de um ato executado pela própria vítima, e que ela sabia que deveria produzir esse resultado (WHO 2010).

Costuma-se definir “comportamento suicida” como todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão em si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato (WHO, 2014).

COMPORTAMENTO SUICIDA

SUICÍDIO

Morte autoprovocada com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas de que a pessoa pretendia / tinha intenção de morrer.

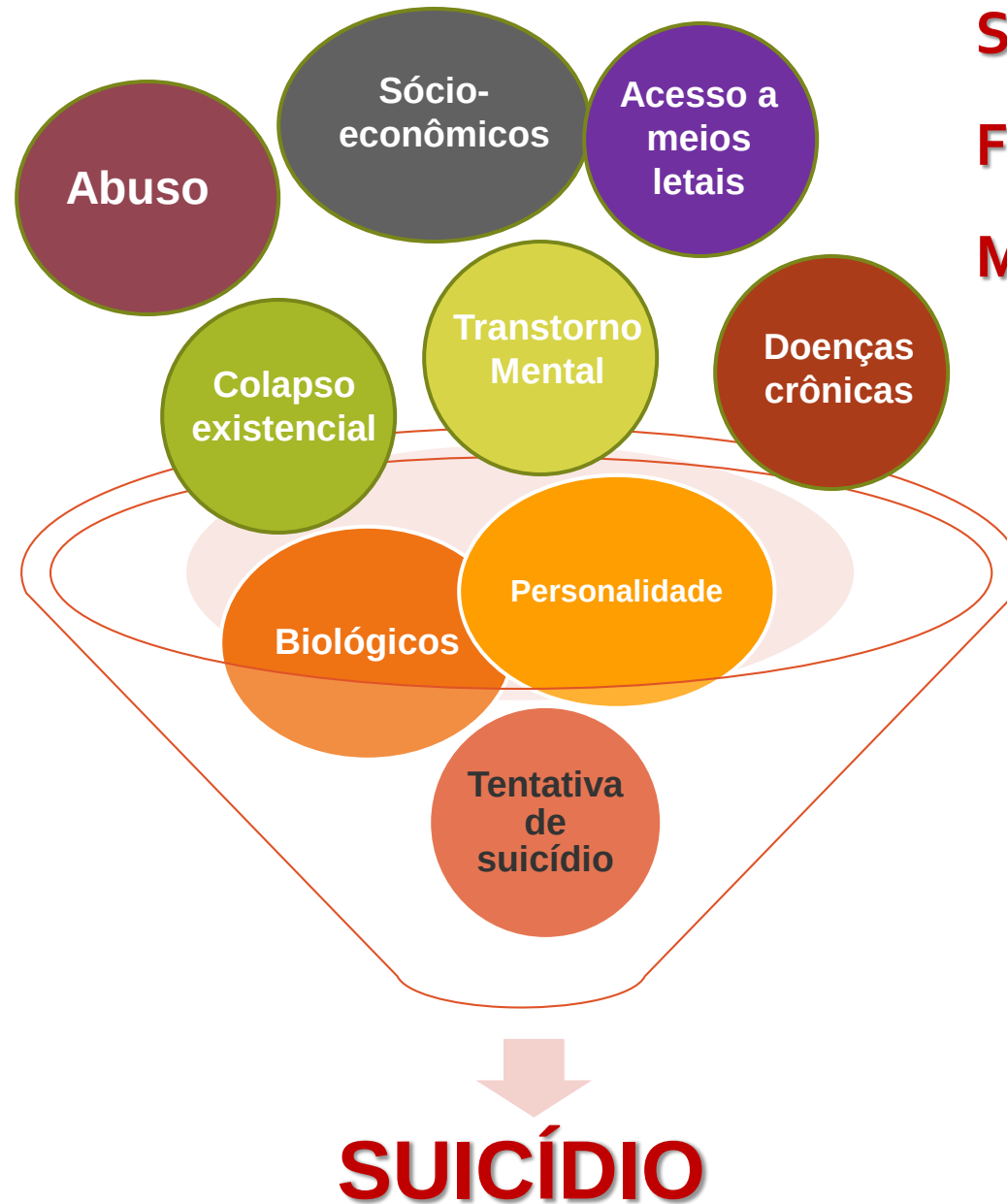
TENTATIVA DE SUICÍDIO

Definida como qualquer tipo de comportamento autolesivo não-fatal, com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas de que a pessoa tinha intenção de morrer. É importante atentar que nem toda violência autoprovocada caracteriza uma tentativa de suicídio. Estes atos podem ser formas de aliviar sofrimentos, sem que haja o objetivo de pôr fim à vida. Diferenciar os dois pode ser difícil na prática clínica e o cuidado em saúde mental precisa ser desenvolvido de qualquer maneira.

COMPORTAMENTO SUICIDA

Este termo se refere a um conjunto de atitudes que incluem: o pensamento de que uma ação autoinfligida resulte em sua morte (ideação suicida), o planejamento, a tentativa e o próprio suicídio

**SUICÍDIO É UM
FENÔMENO COMPLEXO,
MULTIDETERMINADO**



SUICÍDIO

COMPLEXO.

NÃO EXISTE UMA ÚNICA EXPLICAÇÃO.

VÁRIOS FATORES ASSOCIADOS.

Fatores psicológicos;

- **Fatores sociais;**
- **Fatores ambientais;**
- **Fatores familiares;**
- **Fatores culturais;**
- **Fatores genéticos.**
- **Fatores neurobiológicos**

COMPREENSÃO

**TEORIAS BIOLÓGICAS:
FUNÇÃO SEROTONONÉRGICA;
GENÉTICA E BIOLOGIA MOLECULAR;
EPIGENÉTICA**

TEORIA DA NEUROBIOLOGIA DO COMPORTAMENTO SUICIDA

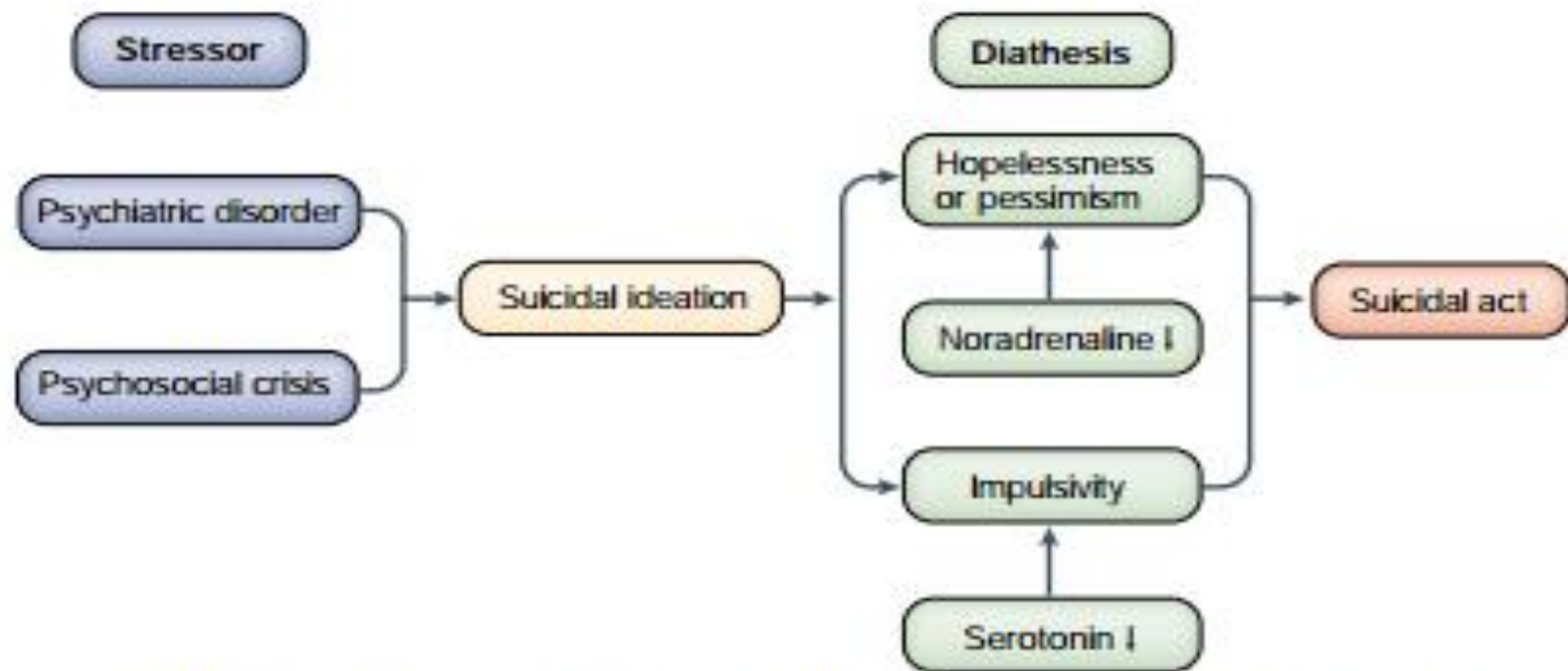


Figure 2 | **A stress–diathesis model of suicidal behaviour.** Components of the diathesis include pessimism and impulsivity, and biological correlates are hypothesized.

	Author	Basic premise
Cubic model of suicide	Shneidman (1985) ⁹	The combination of press (stress), pain (psychache), and perturbation result in suicide risk
Diathesis–stress–hopelessness model of suicidal behaviour	Schotte and Clum (1987) ¹⁰	Cognitive vulnerability (eg, social problem solving) accounts for the association between stress and suicide risk
Suicide as escape from self	Baumeister (1990) ¹¹	Main motivation of suicide is to escape from painful self-awareness
Clinical model of suicidal behaviour	Mann and colleagues (1999) ¹²	Stress–diathesis model, wherein suicide risk is caused not only by psychiatric disorder (stressor) but also by a diathesis (ie, tendency to experience more suicidal ideation or impulsivity)
Suicidal mode as cognitive behavioural model of suicidality	Rudd and colleagues (2001) ¹³	Based on the ten principles of cognitive theory, the model describes the cognitive, affective, behavioural, and physiological system characteristics associated with the development of suicide risk
Arrested flight model	Williams (2001) ¹⁴	Suicide risk is increased when feelings of defeat and entrapment are high and the potential for rescue (eg, social support) is low
Interpersonal-psychological model	Joiner (2005) ¹⁵	Suicidal desire is caused by high levels of burdensomeness, and thwarted belongingness; desire is probably translated into suicidal behaviour when capability is high
Schematic appraisal model of suicide	Johnson and colleagues (2008) ¹⁶	An appraisal model which proposes that risk is caused by the interplay between biases in information processing, schema, and appraisal systems
Cognitive model of suicidal behaviour	Wenzel and Beck (2008) ¹⁷	Diathesis–stress model with three main constructs: dispositional vulnerability factors, cognitive processes associated with psychiatric disturbance, and cognitive processes associated with suicidal acts
Differential activation theory of suicidality	Williams and colleagues (2008) ¹⁸	Associative network model, in which the experience of suicidal ideation or behaviour during a depressive episode increases the likelihood that it will re-emerge during subsequent episodes
Integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour	O'Connor (2011) ⁸	The model is a diathesis–stress model, which specifies the components of the premotivational, motivational (ideation and intent formation), and volitional (behavioural enaction) phases of suicidality
Table adapted from O'Connor ⁸ by permission of John Wiley & Sons.		
Table: Predominant models of suicidal behaviour		

Linha cognitivo-comportamental enfatiza como o comportamento suicida insere-se em esquemas cognitivos (distorcidos e restritivos) que interagem com forças sociais (algumas óbvias, outras sutis) e que visam a certos objetivos. O comportamento suicida é concebido como uma forma extrema de esquiva. A fim de cessar (interromper) uma situação de intensa dor, a pessoa é levada a tirar a própria vida.

A linha psicodinâmica refere-se a fantasias inconscientes subjacentes ao suicídio, nas quais nem sempre o que se procura é a morte. Alguns atos suicidas remetem à questão da irrepresentabilidade de um evento traumático, o que, em um mecanismo de descarga e, a princípio, sem significação, pode levar ao ato suicida.

K. MENNINGER: DESEJO DE MATAR, DESEJO DE SER MORTO, DESEJO DE MORRER

SIMBIOSE E INDIVIDUAÇÃO: FRACASSO DA PASSAGEM DE UMA FASE SIMBIÓTICA PARA FASE DE INDIVIDUAÇÃO E ISSO É MARCADA EM RELACIONAMENTOS ONDE HÁ TENTATIVA DE REDUZIR O OUTRO EM SI. DIFICULDADE DE TOLERAR SEPARAÇÕES E FRUSTRAÇÕES E ESVAZIAMENTO DO SER E DESAMPARO. DIFICULDADES DE APEGO.

ATO – DOR: EM SITUAÇÕES TRAUMÁTICAS, A CAPACIDADE DE RETENÇÃO DE MEMÓRIA É SUBSTITUIDA POR UMA CONDIÇÃO EM QUE O QUE SE PASSA NO PSQUIISMO NÃO É RETIDO, HÁ A AUSÊNCIA DA MEMÓRIA. A DOR NÃO CONSEGUE SER PROCESSADA EM SENTIMENTOS E PALAVRAS. O TRAUMÁTICA CORRESPONDE A UMA AUSÊNCIA DE ATRIBUIÇÃO DE SENTIDO. A IMPOSSIBILIDADE REPRESENTAR O OCORRIDO É O QUE TORNA PATOGÊNICO.

BOTEGA, N 2016; WERLANG B, 2004

Tentativa de Suicídio: O Traumático Via Ato-Dor¹

Mônica Medeiros Kother Macedo
Blanca Susana Guevara Werlang
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Os elementos centrais do funcionamento psíquico que caracterizam algumas tentativas de suicídio apóiam-se na ausência de recursos psíquicos, a fim de dar figurabilidade e contenção à dor psíquica. Propõe-se a expressão *ato-dor* para nomear a tentativa de suicídio decorrente do traumático, da dor psíquica e da passividade do Eu. É um ato decorrente de dor excessiva que anula investimentos de vida ao visar, como única “saída”, ao falso alívio da morte. O “tenta(dor)” de suicídio mostra, com seu ato de dar fim à própria vida, a força do traumático que o atordoa. Explicita-se assim a radicalidade de uma situação de dor psíquica. A ruptura de investimentos na vida, frente à força do traumático, encontra seu ponto máximo. A incapacidade de atribuir representação psíquica a esse excesso deixa o ato no domínio da cena psíquica.

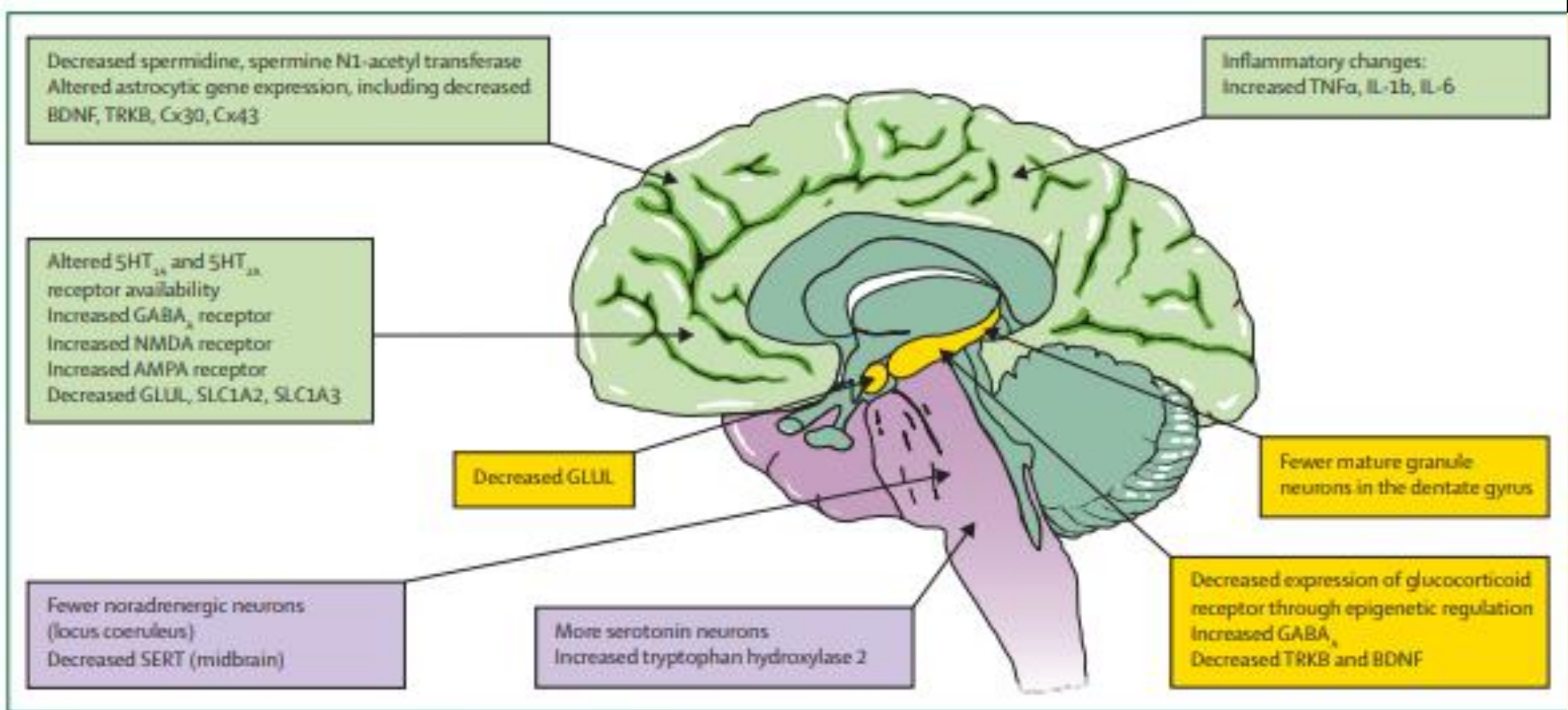


Figure 3: Biological changes in the brains of people with suicidal behaviours

SHT=5-hydroxytryptamine, or serotonin. AMPA= α -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic acid. BDNF=brain-derived neurotrophic factor. Cx=connexin. GABA= γ -aminobutyric acid. GLUL=glutamine synthetase. IL=interleukin. NMDA=N-methyl-D-aspartic acid. SERT=serotonin transporter. SLC=solute carrier family. TNF=tumour necrosis factor. TRKB=tropomyosin receptor kinase B.



Each suicidal drama occurs in the
mind of a unique individual.

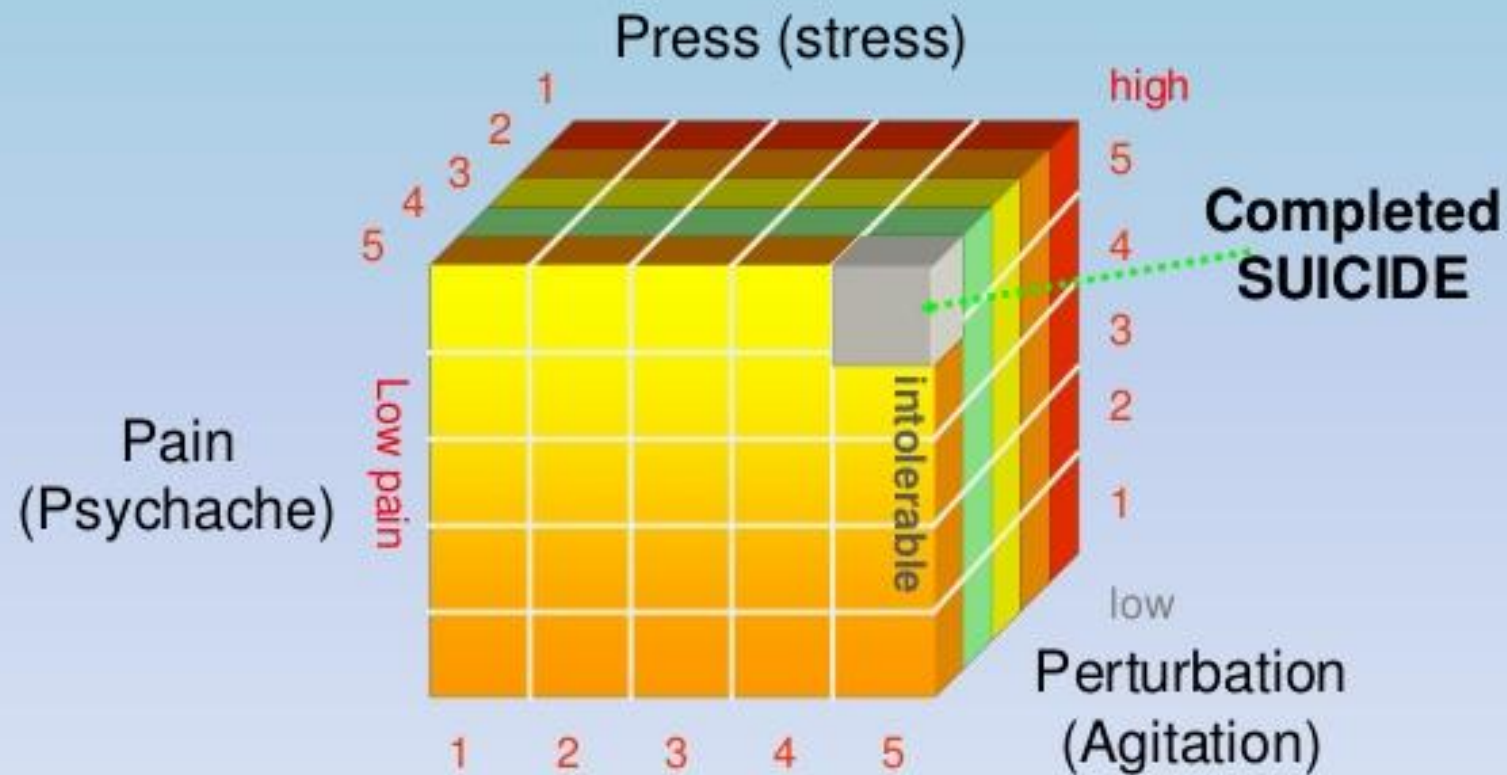
— *Edwin S. Shneidman* —

AZ QUOTES

CRISE SUICIDA

- 1.O PROPÓSITO COMUM É A BUSCA DE SOLUÇÃO PARA **DOR PSÍQUICA**;
- 2.O OBJETIVO COMUM É **CESSAR O FLUXO DA CONSCIÊNCIA**;
- 3.O ESTÍMULO COMUM É ELIMINAR A **DOR PSÍQUICA**;
- 4.O ESTRESSOR COMUM SÃO AS NECESSIDADES PSÍQUICAS FRUSTRADAS;
- 5.EMOÇÃO COMUM **DESESPERANÇA E DESAMPARO**;
- 6.O ESTADO AFETIVO COMUM É A **AMBIVALÊNCIA**;
- 7.O ESTADO COGNITIVO COMUM É DE **RIGIDEZ E CONSTRIÇÃO**;
- 8.A AÇÃO COMUM É A **FUGA**;

Shneidman's Cubic Model of Suicide



(Shneidman, 1987)



Mental Pain and Suicide: A Systematic Review of the Literature

Maria Cristina Verrocchio^{1*}, Danilo Carrozzino^{1,2}, Daniela Marchetti¹, Kate Andreasson², Mario Fulcheri¹ and Per Bech²

¹ Department of Psychological, Health, and Territorial Sciences, G. d'Annunzio University, Chieti, Italy, ² Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand, Copenhagen University Hospital, Hillerød, Denmark

Results: Initial search identified 1450 citations. A total of 42 research reports met the predefined inclusion criteria and were analyzed. Mental pain was found to be a significant predictive factor of suicide risk, even in the absence of a diagnosed mental disorder. Specifically, mental pain is a stronger factor of vulnerability of suicidal ideation than depression.

Conclusion: Mental pain is a core clinical factor for understanding suicide, both in the context of mood disorders and independently from depression. Health care professionals need to be aware of the higher suicidal risk in patients reporting mental pain. In this regard, psychological assessment should include a clinimetric evaluation of mental pain in order to further detect its contribution to suicidal tendency.

Keywords: mental pain, psychological pain, psychache, suicidal ideation, suicide attempt, suicidal behavior

Interação de fatores que levam ao comportamento suicida.

Fonte: Adaptada de Hawton e colaboradores." Trecho de: Neury José Botega. "Crise suicida".



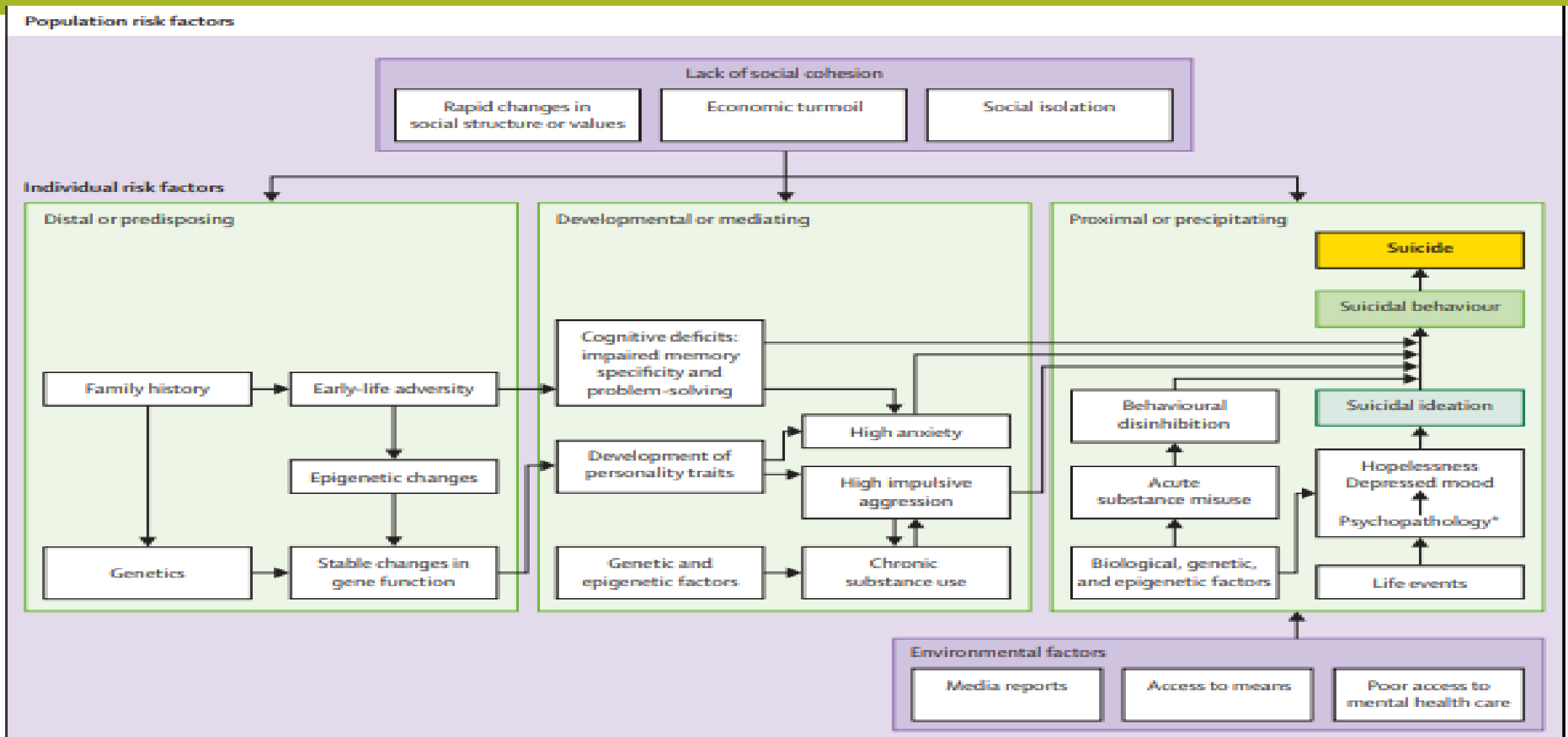


Figure 2: Model for suicide risk

Suicide risk is modulated by a range of factors both at the population and individual levels. Individual risk factors can be grouped into distal (or predisposing), developmental (or mediating), and proximal (or precipitating) factors, and many of these factors interact to contribute to the risk of developing suicidal behaviours. *Any single mental illness associated with suicide risk, or a combination of mental illnesses, including major depressive disorder, bipolar disorder, schizophrenia, and personality disorders; the presence of a depressive episode is often a sign of increased risk of suicide.

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

NÚMERO DE VIDAS PERDIDAS POR
SUICÍDIO A CADA ANO NO MUNDO:
mais de

804 000

Um equivalente a

1
MORTE

a cada



SEGUNDOS

OCORRE EM TODAS AS REGIÕES DO MUNDO

75%

DAS MORTES
POR SUICÍDIO

EM 2012 OCORRERAM EM PAÍSES POBRES E EM
PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO



#2

*Maior causa de mortes entre
pessoas na faixa etária de*

15-29



O número
anual de
mortes por
suicídio

*Excede o número
de vidas perdidas
por homicídio e guerras juntos*



O que mata mais os jovens?

1,3 milhão

de jovens morrem no mundo
anualmente, vítimas de causas
evitáveis ou tratáveis

- 1. Trânsito:** Acidentes são a principal causa de morte – 11,6% do total
- 2. Suicídio** fica em segundo, responsável por 7,3% das mortes
- 3. HIV/Aids** e infecções respiratórias
- 4. Violência:** O Brasil é o 6º país do mundo com mais homicídios em que vítimas são jovens

OMS, CDC, UNICEF / 2012



Brasil

11 MIL

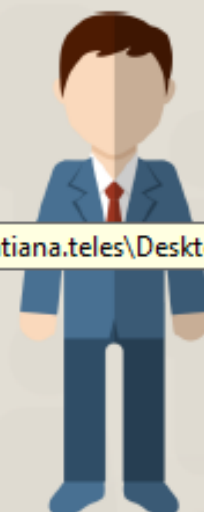
tiram a própria
vida, por ano,
em média

**QUARTA
MAIOR CAUSA**

de morte entre
15 a 29 anos*

***65,6% dos óbitos nessa faixa etária são por causas
externas (violências e acidentes)**

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2017



C:\Users\tatiana.teles\Desktop\suicidio-slide.jpg

HOMENS

terceira
maior causa

Entre 15 a 29 anos



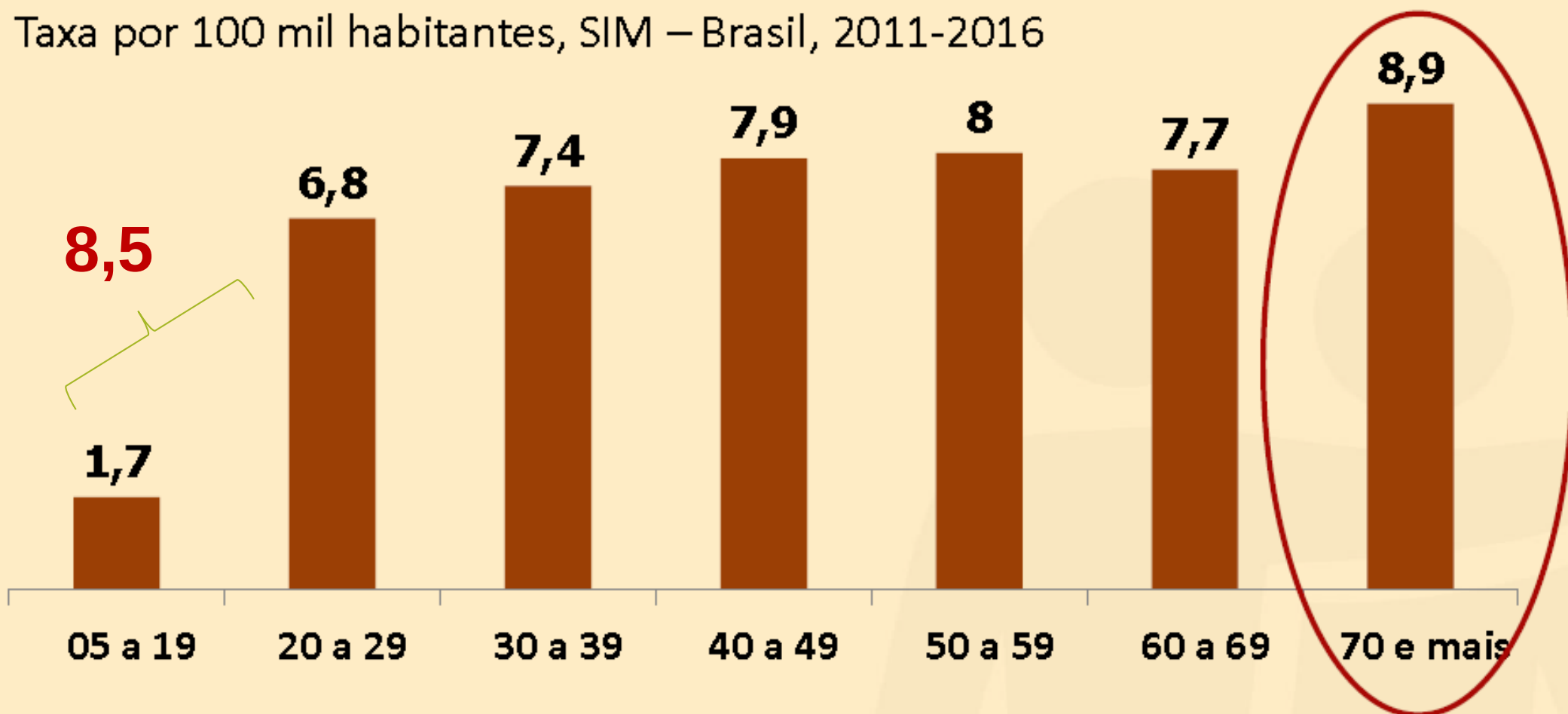
MULHERES

Oitava maior
causa

Entre 15 a 29 anos

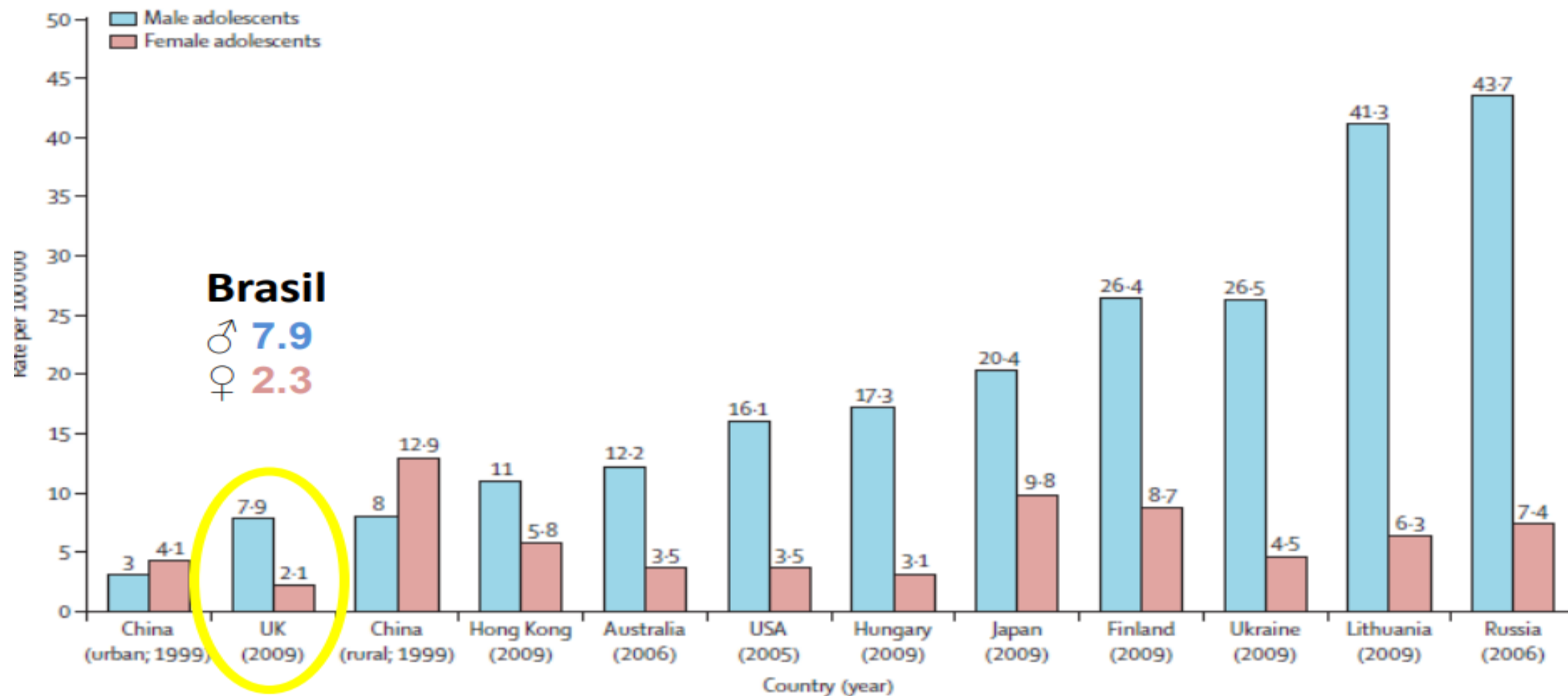
Mortalidade é mais prevalente em idosos com mais de 70 anos

Taxa por 100 mil habitantes, SIM – Brasil, 2011-2016



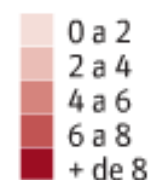
Coeficientes de Suicídio em Adolescentes

(15 a 24 anos)



NO BRASIL

Taxas de suicídio por 100 mil pessoas, por ano



32

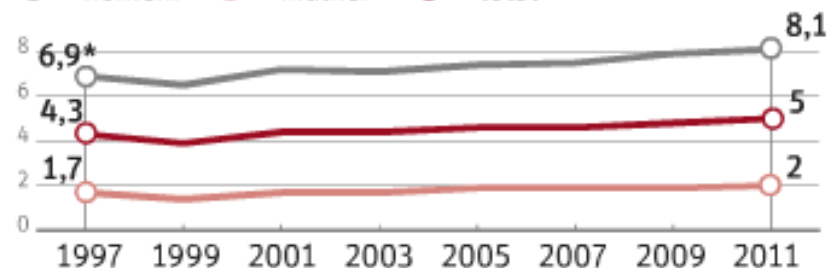
suicídios acontecem
por dia no Brasil

30%

foi o aumento no número
de suicídio no Brasil nos
últimos 25 anos

Crescimento no Brasil

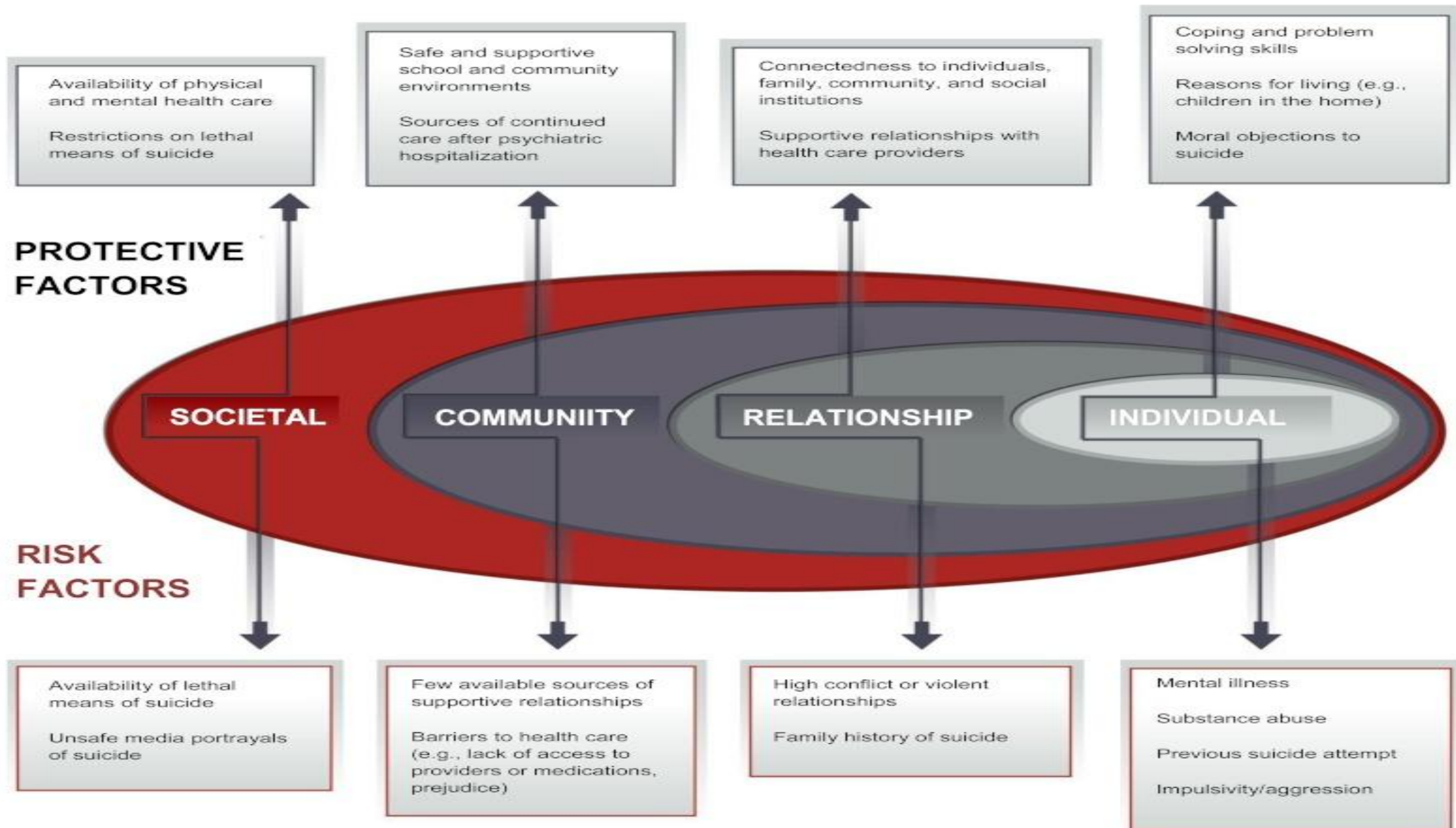
— homem — mulher — total



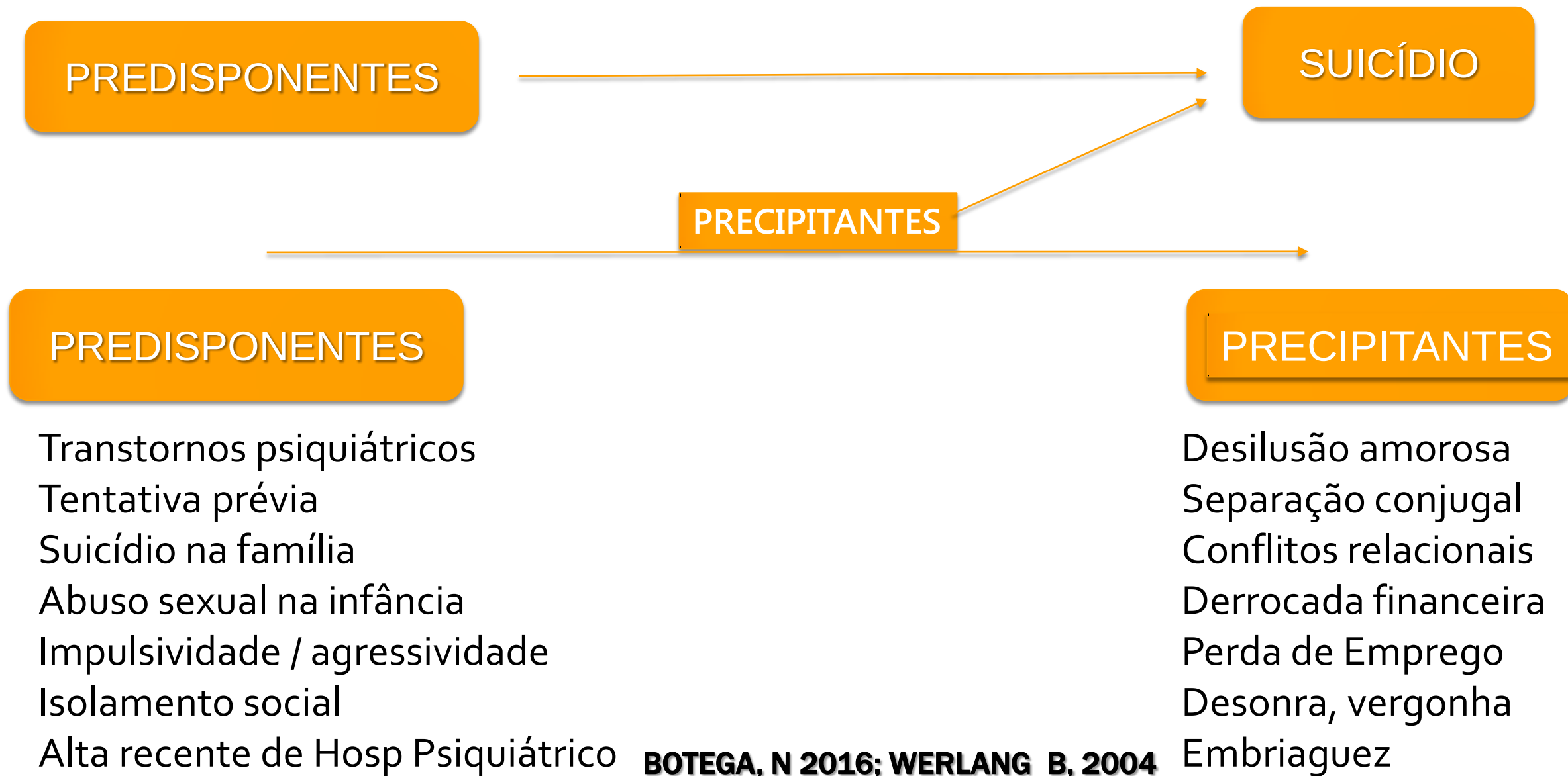
RANKING MUNDIAL

Posição	País	Taxa
1º	Lituânia	33,1*
2º	Rússia	30,1
3º	Bielorússia	27,4
4º	Cazaquistão	25,6
5º	Hungria	24,7
6º	Guiana	24
7º	Japão	24
8º	Letônia	23,3
9º	Coreia	22,2
10º	Ucrânia	20,5
11º	Eslovênia	20
12º	Finlândia	19,4
13º	Bélgica	19,2
14º	Kuwait	18,7
15º	Estônia	18,1
73º	BRASIL	5

*Taxas de suicídio por 100 mil pessoas
Fontes: Datasus (banco de dados do Sistema Único de Saúde); Whosis (sistema de informação estatística da Organização Mundial da Saúde); Organização das Nações Unidas; Neury Botega, psiquiatra da Unicamp



FATORES DE RISCO



BOTEGA, N 2016; WERLANG B, 2004

- **HISTÓRIA DE TENTATIVA PRÉVIA DE SUICÍDIO;**
- **AUTOLESÕES REPETIDAS;**
- **HISTÓRICO DE TRANSTORNOS MENTAIS;**
- **BULLYING E CYBERBULLYING;**
- **SITUAÇÃO ATUAL OU ANTERIOR DE VIOLÊNCIA FAMILIAR;**
- **SUICÍDIO(S) NA FAMÍLIA;**
- **BAIXA AUTOESTIMA;**
- **USO DE ÁLCOOL E DROGAS;**
- **POPULAÇÕES QUE ESTÃO MAIS VULNERÁVEIS A PRESSÕES SOCIAIS E DISCRIMINAÇÃO:**
- **LGBTI+, ÍNDIGENAS, NEGROS, SITUAÇÃO DE RUA, ETC.**

Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood

A Systematic Review and Meta-analysis

Gabriella Gobbi, MD, PhD; Tobias Atkin, BA; Tomasz Zytynski, MD; Shouao Wang, MSc; Sorayya Askari, PhD; Jill Boruff, MLIS; Mark Ware, MD, MSc; Naomi Marmorstein, PhD; Andrea Cipriani, MD, PhD; Nandini Dendukuri, PhD; Nancy Mayo, PhD

RESULTS After screening 3142 articles, 269 articles were selected for full-text review, 35 were selected for further review, and 11 studies comprising 23 317 individuals were included in the quantitative analysis. The OR of developing depression for cannabis users in young adulthood compared with nonusers was 1.37 (95% CI, 1.16-1.62; $I^2 = 0\%$). The pooled OR for anxiety was not statistically significant: 1.18 (95% CI, 0.84-1.67; $I^2 = 42\%$). The pooled OR for suicidal ideation was 1.50 (95% CI, 1.11-2.03; $I^2 = 0\%$), and for suicidal attempt was 3.46 (95% CI, 1.53-7.84, $I^2 = 61.3\%$).

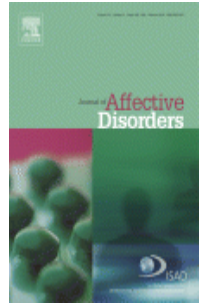
CONCLUSIONS AND RELEVANCE Although individual-level risk remains moderate to low and results from this study should be confirmed in future adequately powered prospective studies, the high prevalence of adolescents consuming cannabis generates a large number of young people who could develop depression and suicidality attributable to cannabis. This is an important public health problem and concern, which should be properly addressed by health care policy.

COMPORTAMENTO SUICIDA EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS: Estudo de caso-controle

Freitas, Gisleine Vaz Scavacini de
Orientador: Neury José Botega

Resultados: Prevalências para grávidas vs não-grávidas:

**ideação suicida (16,3% vs 9%);
tentativa de suicídio (20% vs 6,3%);
sintomas de depressão (26,3% vs 13,6%);
sintomas de ansiedade (43,6% vs 28%).**



Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: Social, obstetric and psychiatric correlates

Ricardo TavaresPinheiroFábio Monteiro da CunhaCoelhoRicardo Azevedoda SilvaLuciana de ÁvilaQuevedoLuciano Dias de MattosSouzaRochele DiasCastelliMariana Bonatide MatosKaren Amaral TavaresPinheiro

Resultados: 828 participantes.

Prevalência de Comportamento Suicida foi de 13.3%; sendo que 1,3% tinham tido tentativa de suicídio 30 dias antes do estudo.

Após ajustes, fora encontrado associações com comportamento suicida as meninas com 17 a 19 anos, baixo nível educacional, aborto prévio, depressão maior diagnosticada previamente e abuso físico nos ultimos 12 meses.

ALEXITIMIA

- **Incapacidade ou dificuldade de se expressar emocionalmente, reagir, ou sentir e externar afetos.**
- **Baixa Capacidade para perceber afetos ou emoções.**
- **Incapacidade para identificar ou entender as próprias emoções pode estar ligada à incapacidade para identificar e entender os sentimentos dos outros, ou seja, à capacidade de ser empático (Jonason & Krause, 2013).**
- **Não constitui uma doença diagnosticável, mas sim um aspecto clínico associado a algum problema médico.**



Review article

A systematic review and meta-analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behaviour

Laura Hemming^{a, b}  , Peter Taylor^{a, b}, Gillian Haddock^{a, b, c}, Jennifer Shaw^{a, b, c}, Daniel Pratt^{a, b, c}

 Show more

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.013>

[Get rights and content](#)

Under a Creative Commons license

[open access](#)

Results

Thirty-four studies were eligible for inclusion in this review. The review found a large effect size for the relationship between alexithymia and suicide ideation ($r=0.54$, 95% CI= 0.40–0.65) and a small effect size for the relationship between alexithymia and suicide behaviour ($r=0.25$, 95% CI=0.16–0.34).

Limitations

A high level of heterogeneity was found in the meta-analysis meaning that results should be interpreted with caution.

CONTÁGIO / IMITAÇÃO



Goethe (1749 -1832)



Efeito Werther

Indução de suicídios por imitação (modelagem) em decorrência de veiculação dramática de um caso de suicídio

Os sofrimentos do jovem Werther

1774



EFEITO WERTHER



Caráter “contagioso” do ato suicida

NETFLIX SHOW

"13 REASONS WHY"

CAUSED A 30% INCREASE IN

YOUNG ADULT SUICIDES



MENTAL HEALTH
AWARENESS MONTH

New Online

Views 24,418 | Citations 0 | Altmetric 647

Original Investigation

ONLINE FIRST

May 29, 2019

Association of Increased Youth Suicides in the United States With the Release of *13 Reasons Why*

Thomas Niederkrotenthaler, MD, PhD, MMSc¹; Steven Stack, PhD²; Benedikt Till, DSc¹; [et al](#)

[» Author Affiliations](#)

JAMA Psychiatry. Published online May 29, 2019. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0922

PROMOÇÃO

PREVENÇÃO

ATENDIMENTO

PÓS-VENÇÃO

Sinais de alerta para o comportamento suicida

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

O que eu posso fazer?



#1

Identificar

Estar atento aos sinais e comportamentos das pessoas próximas à você.



#2

Avaliar

Avaliar a gravidade da situação de forma cautelosa e sem julgamentos.



#3

Manejar

Tentar amenizar o sofrimento dando suporte e apoio para seguir os próximos passos



#4

Encaminhar

Conscientizar a pessoa sobre a importância de um acompanhamento profissional.



R ISCO

O UVIR

C ONDUZIR

ESTABELECIMENTO DE UMA REDE DE PROTEÇÃO

- # FAMILIA / RESPONSÁVEL;**
- # COLEGAS DE SERVIÇO OU COLEGAS DE ESCOLA;**
- # EQUIPE QUE INICIOU ATENDIMENTO;**
- # ASSISTENCIA SOCIAL**
- # AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**
- # IDEAL QUE TODOS OS NÓS DA REDE SEJAM PENSADOS, PLANEJADOS EM CONJUNTO**





MY3



MY SAFETY PLAN

Fill out **MY SAFETY PLAN** and reference it when you are feeling suicidal.

▼ 1. MY WARNING SIGNS

EDIT

▼ 2. MY COPING STRATEGIES

EDIT

▼ 3. MY DISTRACTIONS

EDIT

▼ 4. MY NETWORK

EDIT

▼ 5. KEEPING MYSELF SAFE

EDIT



centre for
suicide prevention



NATIONAL

SUICIDE
PREVENTION
LIFELINE™

1-800-273-TALK (8255)

suicidepreventionlifeline.org



Itens que compõem um plano de segurança a ser elaborado e trabalhado conjuntamente por terapeuta, paciente e, eventualmente, familiares

- Lista de situações (gatilhos) que costumam desencadear ideação suicida.
- Sugestões de como lidar com tais pensamentos e momentos de angústia.
- Lembrete para afastar meios que possam ser usados para se autoagredir.
- Registro de uma ou mais “boas razões para continuar vivo”.
- Sugestão de atividades que costumam baixar a ansiedade.
- Duas ou mais pessoas que normalmente dão apoio e como acessá-las rapidamente.
- Informações sobre como contatar o médico, o psicoterapeuta.
- Telefone de centros de crise (no Brasil: CVV), serviços médicos de emergência.

Fonte: Botega (2015).

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

O QUE FAZER?



PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

TIPOS DE INTERVENÇÃO

UNIVERSAL

Público em geral

- Conscientização
- Redução de acesso a meios letais

SELETIVA

Risco + elevado

- Detecção e tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais

INDICADA

Alto risco

- Seguimento intensivo de pacientes que tentaram suicídio

FORÇA DE EVIDENCIA DA EFICÁCIA PREVENÇÃO MUITO FORTE

- **REDUÇÃO DE ACESSO A MÉTODOS DE SUICÍDIO;**
- **TREINAMENTO E ATUALIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE GENERALISTAS;**
- **MELHORA DA REDE DE ATENDIMENTO**
- **CONTROLE DE BEBIDAS ALCOOLICAS**

FORÇA DE EVIDENCIA DA EFICÁCIA PREVENÇÃO FORTE

- ✓ **TRATAMENTO ADEQUADO DOS TRANSTORNOS MENTAIS**
- ✓ **APOIO ADEQUADO APÓS UMA TENTATIVA DE SUICIDIO**
- ✓ **COBERTURA DISCRETA E ADEQUADA DA IMPRENSA**
- ✓ **ADEQUADA IDENTIFICAÇÃO DE IDEAÇÃO E TENTATIVA POR PARTE DOS EQUIPES DE SAÚDE GENERALISTAS**
- ✓ **PROGRAMA ESCOLAR BASEADO NA PROMOÇÃO DA VIDA E DE HABILIDADES SOCIAIS A FAVOR DA VIDA**
- ✓ **CENTROS DE ACONSELHAMENTO EM CRISE SUICIDA**
- ✓ **APOIO TERAPEUTICO A FAMILIARES**
- ✓ **ADEQUADA DIVULGAÇÃO POR PARTE DA IMPRENSA**

FORÇA DE EVIDENCIA DA EFICÁCIA PREVENÇÃO BENÉFICO

- **EDUCAÇÃO DO PÚBLICO GERAL - SENSIBILIZAÇÃO**
- **PLANO COMUNITÁRIO PARA PROMOÇÃO DA VIDA E PREVENÇÃO A TENTATIVA DE SUICÍDIO E SUICÍDIO**

PREVENÇÃO PREJUDICIAL

- PROGRAMAS BASEADOS SÓ NO SUICÍDIO;
- DIVULGAÇÃO DE MITOS E FALSAS OPINIÕES;
- DIVULGAÇÃO INADEQUADA PELA IMPRENSA;
- NÃO FALAR ABERTAMENTE SOBRE SUICÍDIO;
- DIFICULDADE DE ACESSOS A ATENDIMENTO PROFISSIONAL;
- AUSÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO OU ACOMPANHAMENTO INADEQUADO DO CASO;
- NÃO HAVER NOS CURRÍCULOS DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, HABILIDADES E CONHECIMENTO PARA CRISE SUICIDA

PORTARIA 1.876 - 14/08/2006

Institui as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

EVENTO COMEMORATIVO EM **17 DE AGOSTO DE 2006** – PUCRS –
BLANCA SUZANA GUEVARA WERLANG

PUCRS notícias

Órgão de Divulgação Interna da Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul • Assessoria de Comunicação Social

Ano VI • Nº 194 • 16 a 22 de agosto de 2006

Palestra aborda

PUCRS sedia Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio

O Ministério da Saúde realizará nos dias 17 e 18/8, o 1º Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio. As professoras Blanca Guevara e Mônica Kother, da Faculdade de Psicologia, e Flávia Thiesen, da Faculdade de Farmácia, serão debatedoras no evento, que terá a participação de professores e autoridades de renomadas instituições brasileiras. O objetivo é mobilizar os profissionais de saúde e reduzir os

índices de suicídios, as tentativas para tanto e os danos associados com comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático causado nos meios familiar e social. Na ocasião, serão lançadas as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio. A PUCRS, a Universidade Estadual de Campinas e a Universidade de Brasília integram um grupo de trabalho que realiza estudos e sugere alternativas para as diretrizes.

1983 – 86 – SUÉCIA - ESTUDO GOTLAND



EDUCAÇÃO A TODOS MÉDICOS GENERALISTA PARA DEPRESSÃO

REDUÇÃO DE 60% NA TAXA DE SUICÍDIO

CUSTO BAIXO

SAÍDA DOS MÉDICOS, 50%, 4 ANOS DEPOIS



World Health
Organization

ESTUDO DE ASELTINE – 2007 - SOS

SIGNS OF SUICIDE

**PREVENÇÃO DE SUICÍDIO PARA ADOLESCENTES
SUICÍDIO ESTÁ RELACIONADO A TRANSTORNOS MENTAIS,
DEPRESSÃO NÃO É UMA REAÇÃO NORMAL AO STRESS OU A
PROBLEMAS EMOCIONAIS.**

GRUPO INTERVENÇÃO APRESENTOU 3,5X MENOS SUICÍDIO



World Health
Organization

AUSTRÁLIA - 1996

APÓS PORT ARTUR – ATIRADOR

**RESTRIÇÃO ÀS ARMAS DE FOGO –
70% DO SUICÍDIOS ERAM COM ARMAS DE FOGO;
REDUÇÃO EM MAIS DE 50% DOS CASOS DE SUICÍDIO NOS ANOS
SEGUINTE**



World Health
Organization

ALCOHOL CONSUMPTION

↓ 1 litre of alcohol consumption

↓ in suicide rate

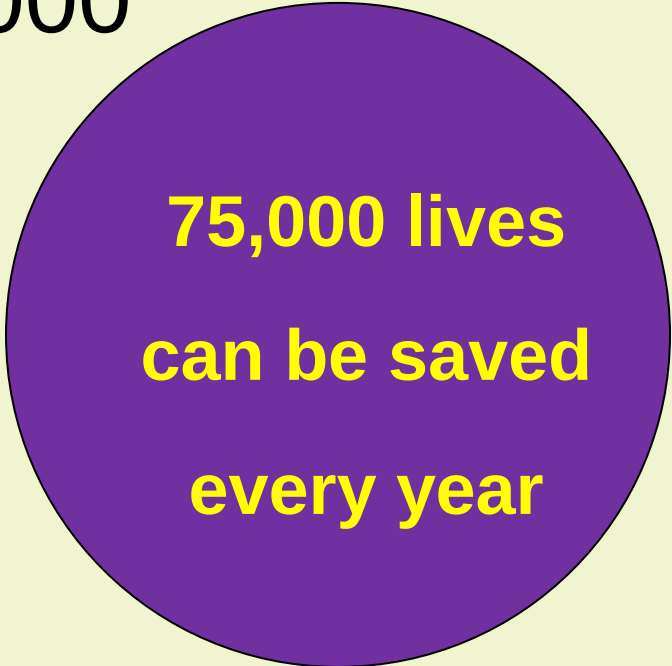
- | | |
|---------------------|-----|
| • Sweden | 13% |
| • Hungary | 5% |
| • USA & Canada | 4% |
| • France & Portugal | 3% |



WHO, 2012

VIDAS SALVAS

- 15% ↓ in pesticide suicide 45,000
- 1 litre ↓ in alcohol 30,000



**75,000 lives
can be saved
every year**

WHO, 2012

Suicide Prevention Strategies

A Systematic Review

J. John Mann, MD

Alan Apter, MD

Jose Bertolote, MD

Annette Beautrais, PhD

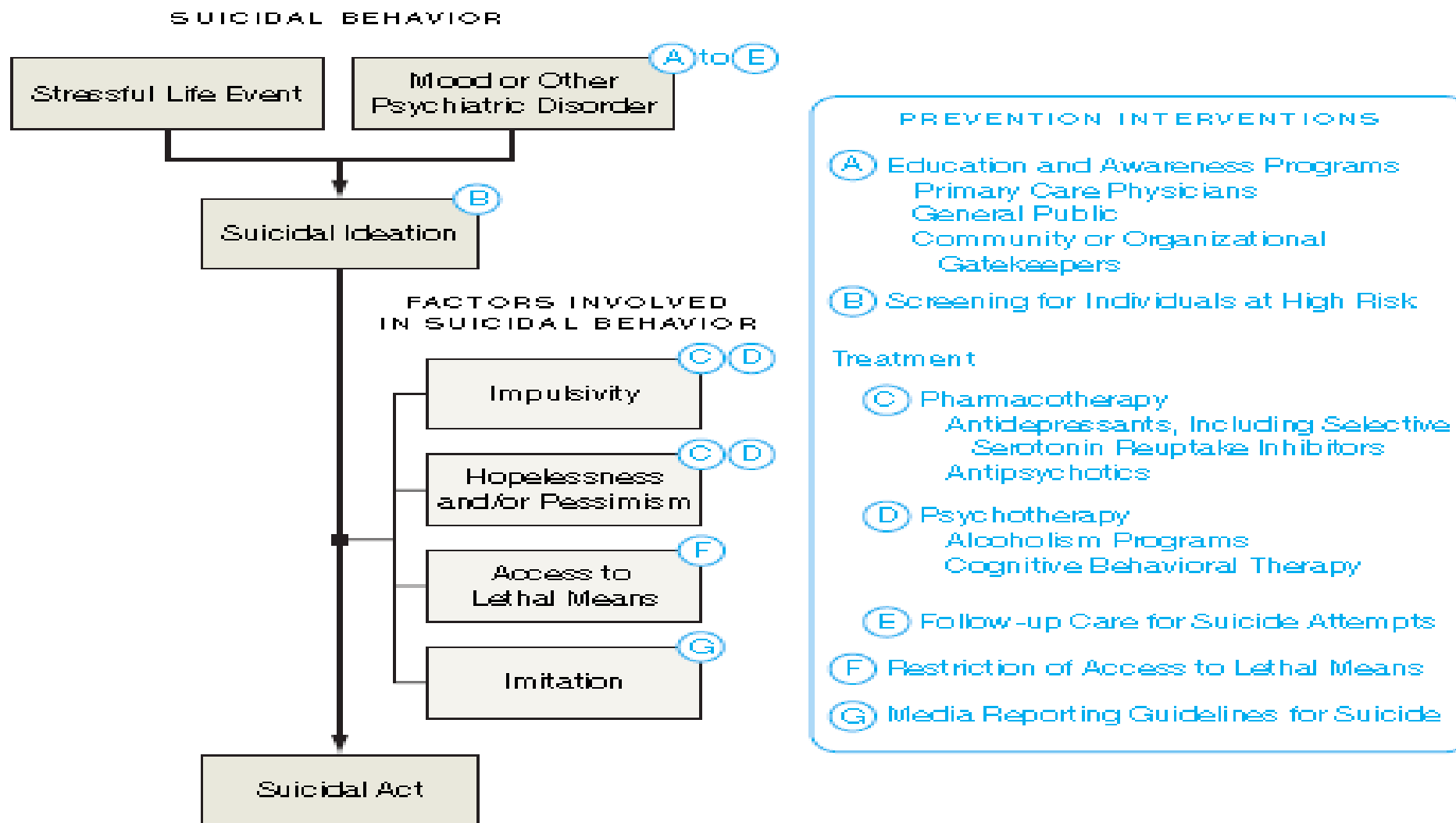
Dianne Currier, PhD

Ann Haas, PhD

Context In 2002, an estimated 877 000 lives were lost worldwide through suicide. Some developed nations have implemented national suicide prevention plans. Although these plans generally propose multiple interventions, their effectiveness is rarely evaluated.

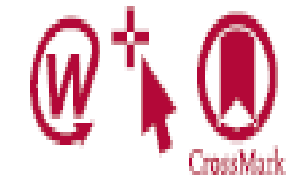
Objectives To examine evidence for the effectiveness of specific suicide-preventive interventions and to make recommendations for future prevention programs and research.

Figure. Targets of Suicide Prevention Interventions



Circled letters refer to relevant prevention interventions listed on right.

Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review



Gil Zalsman, Keith Hawton, Danuta Wasserman, Kees van Heeringen, Ella Arensman, Marco Sarchiapone, Vladimir Carli, Gyrf Höschl, Ran Barzilay, Judit Balazs, György Purebl, Jean Pierre Kahn, Pilar Alejandra Sáiz, Cendrine Bursztein Lipsicas, Julio Bobes, Doina Cozman, Ulrich Hegerl, Joseph Zohar

Findings We identified 1797 studies, including 23 systematic reviews, 12 meta-analyses, 40 randomised controlled trials (RCTs), 67 cohort trials, and 22 ecological or population-based investigations. Evidence for restricting access to lethal means in prevention of suicide has strengthened since 2005, especially with regard to control of analgesics (overall decrease of 43% since 2005) and hot-spots for suicide by jumping (reduction of 86% since 2005, 79% to 91%). School-based awareness programmes have been shown to reduce suicide attempts (odds ratio [OR] 0.45, 95% CI 0.24–0.85; $p=0.014$) and suicidal ideation (0.5, 0.27–0.92; $p=0.025$). The anti-suicidal effects of clozapine and lithium have been substantiated, but might be less specific than previously thought. Effective pharmacological and psychological treatments of depression are important in prevention.

FATORES DE PROTEÇÃO

MUITO IMPORTANTE CONTEXTUALIZAR

PERSONALIDADE E ESTILO COGNITIVO

- **FLIXIBILIDADE COGNITIVA**
- **DISPOSIÇÃO PARA ACONSELHAR-SE EM CASO DE DECISÕES IMPORTANTES**
- **DISPOSIÇÃO PARA BUSCAR AJUDA**
- **ABERTURA EXPERIÊNCIA DO OUTRO**
- **HABILIDADE DE SE COMUNICAR**
- **CAPACIDADE PARA FAZER UMA BOA AVALIAÇÃO DA REALIDADE**
- **HABILIDADE PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS**
- **HABILIDADES PARA TOMADAS DE DECISÕES**
- **RISILIÊNCIA**
- **SER GENTIL / AGIR COM GENTILEZA**



ESTRUTURA FAMILIAR

- **BOM RELACIONAMENTO INTERPESSOAL FAMILIAR;**
- **SENSO DE RESPONSABILIDADE EM RELAÇÃO À FAMÍLIA**
- **CRIANÇAS PEQUENAS EM CASA;**
- **PAIS ATENCIOSOS E CONSISTENTES**
- **RESILIÊNCIA PARENTAL**
- **APOIO EM SITUAÇÕES DE NECESSIDADE**



FATORES SOCIOCULTURAIS

- **INTEGRAÇÃO E BONS RELACIONAMENTOS SOCIAIS**
- **ADESÃO A VALORES E NORMAS SOCIALMENTE COMPARTILHADAS**
- **PRÁTICAS SOCIAIS DE REUNIÕES COLETIVAS (RELIGIOSAS OU ESPORTIVAS OU FESTAS)**
- **REDE SOCIAL QUE PROPICIA APOIO PRÁTICO E EMOCIONAL**
- **ESTAR EMPREGADO**
- **DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**
- **TREINAMENTO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM SOFRIMENTO EMOCIONAL**



OUTROS

- **GRAVIDEZ, PUERPÉRIO**
- **BOA QUALIDADE DE VIDA**
- **REGULARIDADE DO SONO**
- **BOA RELAÇÃO TERAPEUTICA**
- **RECONHECIMENTO EMOCIONAL DE SI MESMO E DO OUTRO**



Módulo 1 – Sentimentos

As crianças começam analisando sentimentos – tristeza, alegria, raiva, ciúme e nervosismo. Elas praticam dizer como se sentem em diferentes situações e buscam maneiras de se sentir melhor.



Módulo 2 – Comunicação

Este módulo ensina as crianças a se comunicarem de maneira eficaz: elas aprendem a ouvir os outros e também a pedir ajuda e dizer o que desejam dizer, mesmo em situações difíceis. Crianças caladas geralmente “se abrem” nessas sessões e aprendem a se expressar de modo mais livre.



Módulo 3 – Começando e interrompendo relacionamentos

Aqui as crianças aprendem sobre amizade: como fazer e conservar amigos e como lidar com solidão e rejeição. Exercitam pedidos de desculpas com um amigo depois de uma briga.



Módulo 4 – Resolução de conflitos

Neste módulo as crianças aprendem maneiras de resolver conflitos. O módulo aborda, em particular, a questão de intimidação e ameaças (*bullying*) e o que devem fazer quando elas ou outras crianças são ameaçadas. Os professores comentam que as crianças tornam-se rapidamente muito mais capacitadas a resolver suas diferenças à medida que vivenciam as atividades deste módulo.



Módulo 5 – Lidando com mudanças e perdas

Este módulo trata de como lidar com mudanças, tanto grandes quanto pequenas. A maior mudança de todas é quando alguém morre. Embora os adultos constantemente achem a morte um assunto muito difícil de ser discutido, isso raramente acontece entre crianças pequenas. Elas recebem muito bem a oportunidade de falar abertamente a respeito de um tópico que se tornou tabu para muitos adultos.



Módulo 6 – Nós sabemos lidar com as dificuldades

O módulo final desenvolve o discernimento para reconhecer se situações podem ou não ser mudadas e reforça tudo o que as crianças aprenderam, ampliando as possibilidades de enfrentar situações difíceis, de ajudar os outros e de se adaptar a novas condições.





Projeto Antibullying

PASSO

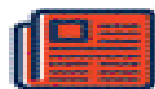
01

Mudar a cara da escola

Convergência de ideias advindas de grupos heterogêneos: dar uma identidade à escola.

PASSO

03



Regras de convivência

Em comum acordo. Despertar o sentimento de pertencimento.

PASSO

05

Parcerias

Envolver outras instituições, como o Ministério Público, o Conselho Tutelar e a Delegacia de Polícia que poderão dar os suportes legais às ações pedagógicas.

PASSO

02



Poder da palavra

Confrontar diferentes pontos de vista, aprofundar ideias e revelar sentimentos.

PASSO

04



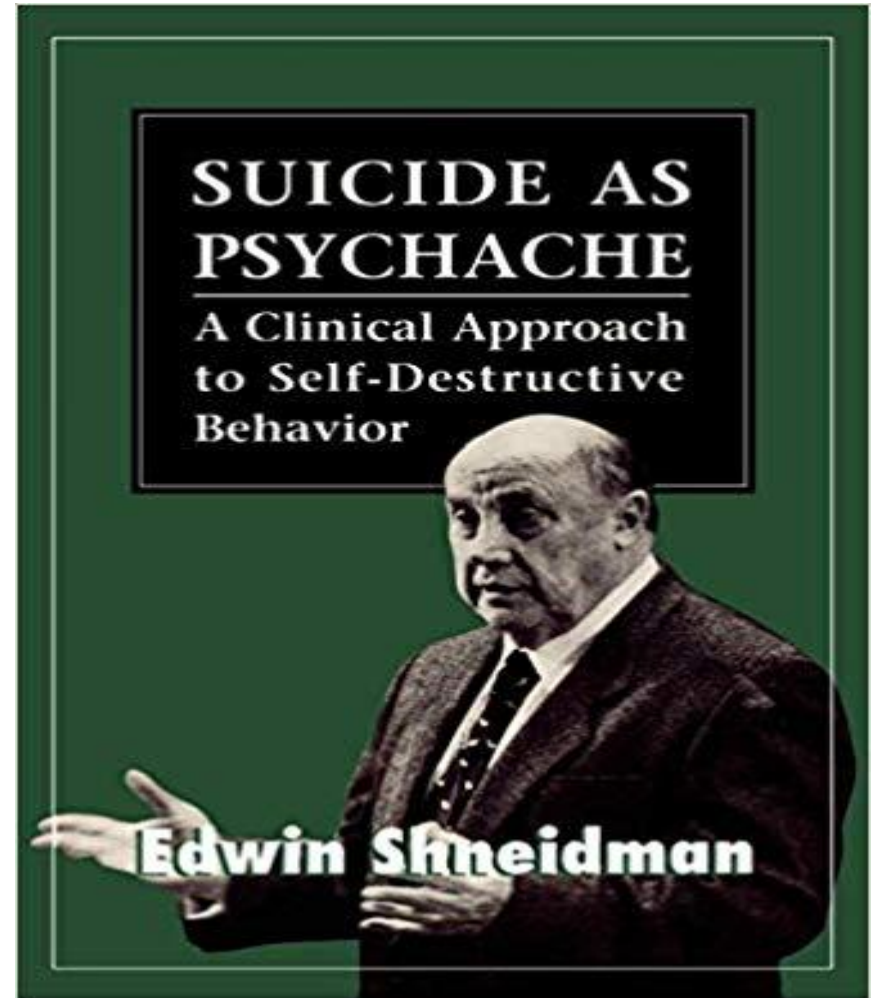
Registro de ocorrências

Permitir o monitoramento dos comportamentos antissociais e garantir que os incidentes não serão negligenciados.

Luciano Luz Gonzaga
Denise Lannes.

POSVENÇÃO

A posvenção inclui as habilidades e estratégias para cuidar de si mesmo ou ajudar outra pessoa a se curar após a experiência de pensamentos suicidas, tentativas ou morte. Deste modo, o próprio paciente e a família devem ser acompanhados para evitar novas tentativas, bem como ajudar no processo do luto em caso de suicídio ocorrido.



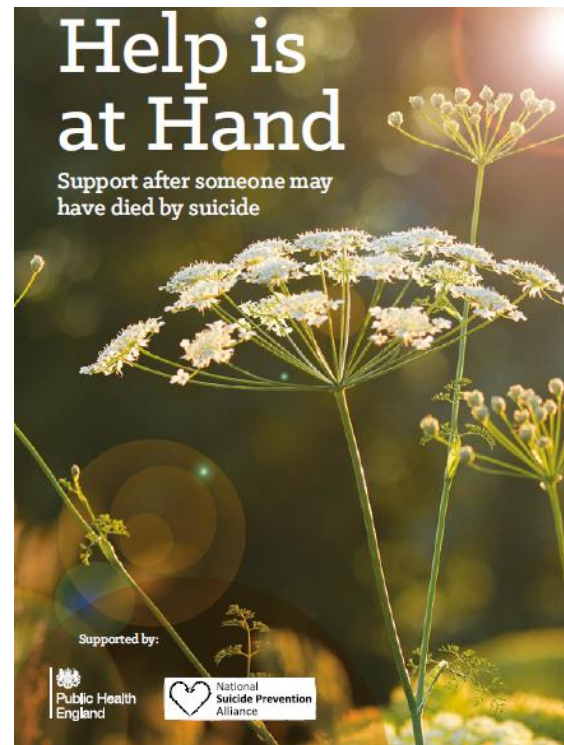
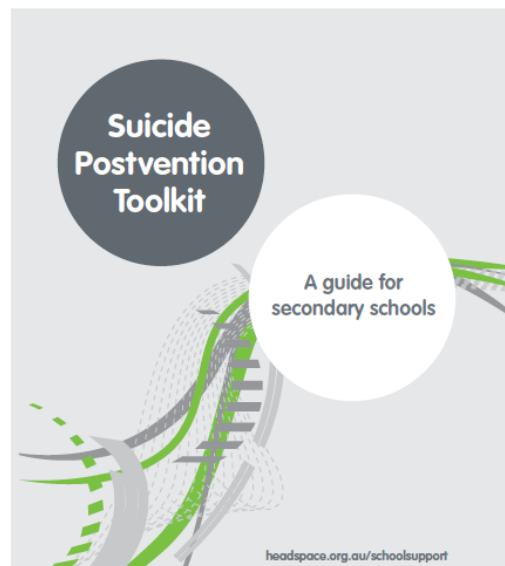
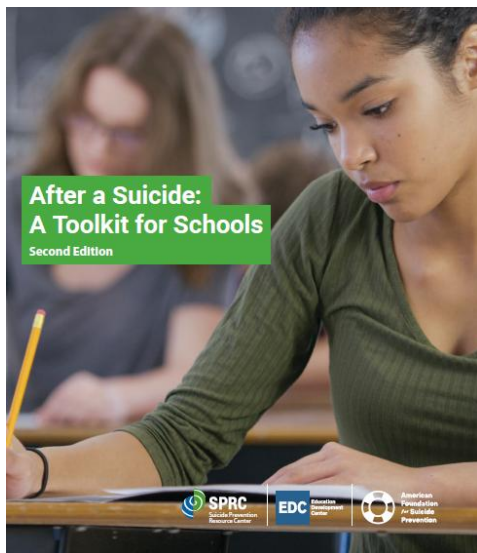
EM CASOS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO

**DESCONHECIMENTO SOBRE O QUE OCORRE;
TENTATIVA DE RESOLVER DENTRO DO LENÇOL DO LAR;
DIFICULDADES AFETIVAS EM LIDAR COM SOFRIMENTO;
DESAJUSTES NA DINÂMICA INTERNA;
VERGONHA E RAIVA
SENTIMENTO DE CULPA**



**LUTO DO SUICÍDIO É
COM MUITO
SOFRIMENTO E EM
MAIS DE 95% DOS
CASOS, um
LUTO COMPLICADO**

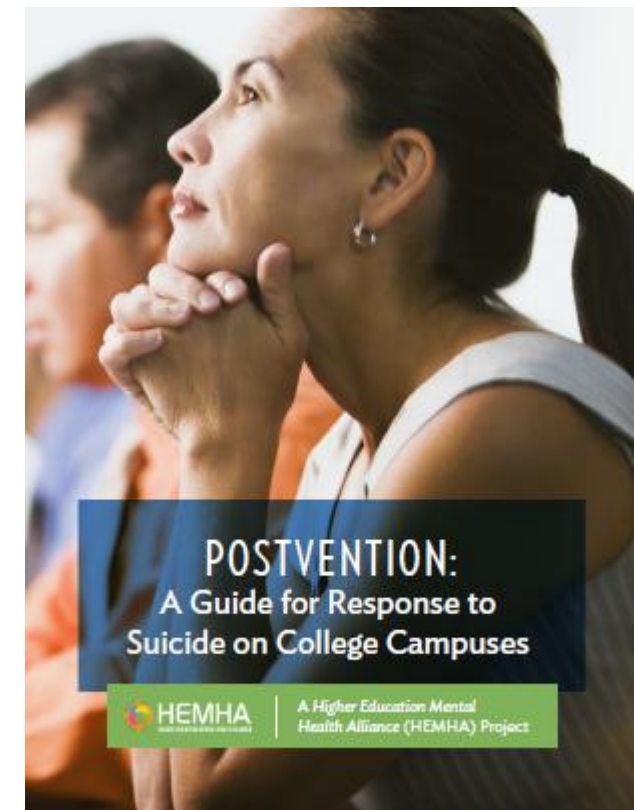
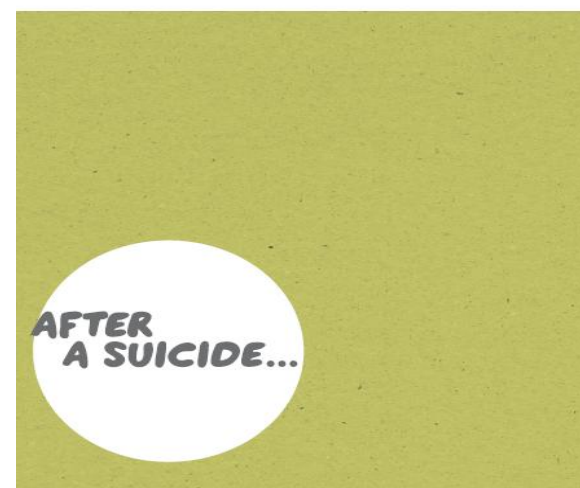
(KRÜGER e WERLANG, 2010; CÂNDIDO, 2012)



YOUTH SUICIDE PREVENTION, INTERVENTION & POSTVENTION GUIDELINES

A Resource for School Personnel

Developed by
The Maine Youth Suicide Prevention Program
an initiative of the Maine Children's Cabinet, led by the
Maine Center for Disease Control and Prevention,
Maine Injury Prevention Program,
Department of Health and Human Services,
Fourth Edition ~ 2009



Lidando com o luto por suicídio

Guia breve adaptado para pós-venção em escolas



Preparação de conteúdo

Julia Luiza Schäfer

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento
Seção de Afetos Negativos e Processos Sociais, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Revisão técnica

Giovanni Abrahão Salum Júnior, Loiva Leite, Sara Jane Escouto dos Santos, Gabriel Mazzini, Cristiane Borsato Stracke, Juliana Pfeil, Diane Moreira do Nascimento, Thiago Frank, Natan Katz, Pablo de Lannoy Sturmer
Coordenação de Atenção à Saúde Mental, Diretoria Geral de Atenção Primária à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Porto Alegre

Comitê Estadual da Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, Secretaria Estadual de Saúde

Apoio

Inglacir Delavedova, Danielle
Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul

- 1. Organizar o grupo de profissionais**
- 2. Acione a rede de saúde local**
- 3. Busque os fatos e contate a família**
- 4. Compartilhe a notícia com a comunidade escolar**
- 5. Converse com os alunos em pequenos grupos**
- 6. Informe sobre estratégias de enfrentamento**
- 7. Contate os demais pais, ou responsáveis**

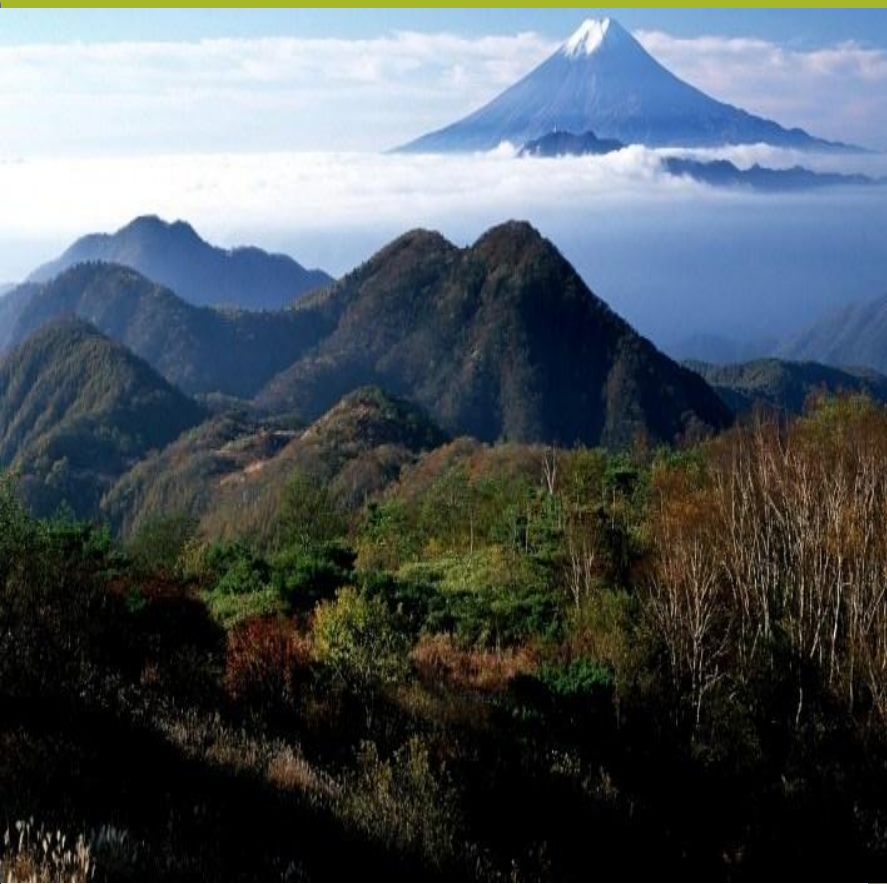
O que evitar

- 1. Evite romantizar ou glorificar o suicídio;**
- 2. Não dê detalhes excessivos sobre como o evento ocorreu;**
- 3. Não descreva o ato como corajoso, ou racional;**
- 4. Não criar espaços de homenagens ao aluno;**
- 5. Reconheça a perda e as dificuldades, mas evite mudar a rotina escolar o máximo possível;**
- 6. Evite grandes reuniões em massa focando no aluno;**
- 7. Não faça dedicatórias ao aluno.**

CIRCUNSTÂNCIAS DE ALTA INTENÇÃO SUICIDA

- **COMUNICAÇÃO PRÉVIA DE QUE IRIA SE MATAR;**
- **MENSAGEM OU CARTA DE ADEUS;**
- **PROVIDÊNCIAS FINAIS;**
- **PLANEJAMENTO DETALHADO;**
- **PRECAUÇÕES PARA QUE O ATO NÃO SEJA DESCOBERTO;**
- **AUSÊNCIAS DE PESSOAS QUE POSSAM SOCORRER;**
- **NÃO PROCUROU AJUDA APÓS A TENTATIVA DE SUICÍDIO;**
- **MÉTODO VIOLENTO OU USO DE DROGAS MAIS PERIGOSAS;**
- **CRENÇA QUE O ATO SERIA IRREVERSÍVEL E LETAL;**
- **AFIRMAÇÃO CLARA DE QUE QUER MORRER;**
- **ARREPENDIMENTO POR TER SOBREVIVIDO**





■ **COMPORTAMENTO SUICIDA EM CRIANÇAS**

**MD. ANDRÉ BENDL
COORDENADOR MÉDICO SMS
PREFEITURA MUNICIPAL OSÓRIO**



**PESQUISADORES SUGEREM QUE A LIMITADA
APTIDÃO DAS CRIANÇAS E PRÉ-ADOLESCENTES
PARA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS PODE
AUMENTAR O RISCO DE SUICÍDIO DEVIDO A
FALTA DE ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS EM
SITUAÇÕES DE ESTRESSE;**

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO CONDUZIDO EM 101
PAÍSES NO PERÍODO DE 2000 A 2009
CONSTATOU QUE 14,7% DOS SUICÍDIOS
OCORRERAM EM CRIANÇAS DE 10 A 14 ANOS.**

48 a 90% POR ENFORCAMENTO;

14 A 22% ARMA DE FOGO

4 A 7% ENVENENAMENTO

2 A 4% POR AFOGAMENTO

**NO BRASIL, DADOS DO MAPA DA
VIOLÊNCIA, MOSTRAM QUE, DE 2002 A
2012, O NÚMERO DE SUICÍDIOS ENTRE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES
DE 10 A 14 ANOS AUMENTOU 40%.**

ESTUDO NA NORUEGA, CONSTATOU QUE APENAS 29% DAS CRIANÇAS HAVIAM EXPRESSADO VERBALMENTE A IDEIAÇÃO SUICIDA OU ESCRITO BILHETE; MAS QUANDO VERBALIZAM PROCURAM MAIS PROFESSORES E COLEGAS DO QUE FAMILIARES;

NOS MESES QUE ANTECEDERAM SUICIDIO, AS CRIANÇAS TORNAM-SE MAIS CALADAS E QUIETAS, EVITARAM SAIR DE CASA E NOS DIAS QUE PRECEDERAM O SUICÍDIO NÃO FORAM À ESCOLA.

ESTUDO COM BILHETES SUICIDAS DEIXADOS POR MENORES DE 14 ANOS RELATOU QUE 61% ESCREVERAM BILHETES NOS DIAS OU SEMANAS ANTERIORES AO SUICÍDIO.

CRIANÇAS QUE MORRERAM POR SUICÍDIO APRESENTARAM MAIORES PROBLEMAS DE DESEMPENHO ESCOLAR E DIFICULDADES ACADÊMICAS. SABE-SE QUE SENTIMENTOS DEPRESSIVOS PODEM INFLUENCIAR NO DESEMPENHO ESCOLAR, NA MEDIDA QUE A CRIANÇA PERDE A ESPERANÇA NA CAPACIDADE DE SUPERAR ADVERSIDADES.

NUMEROSOS ESTUDOS SOBRE SUICÍDIO EM CRIANÇAS, EVIDENCIAM QUE INTENSOS CONFLITOS FAMILIARES, AUSÊNCIA DE DIÁLOGO DOS PAIS COM A CRIANÇA, EXPOSIÇÃO À NEGLIGÊNCIA DOS PAIS E FALTA DE SUORTE PARA LIDAR COM MOMENTOS DIFICEIS EM SUAS VIDAS AUMENTAM AS CHANCES DE UM SUICIDIO. A GRANDE MAIORIA DAS CRIANÇAS QUE MORREM POR SUICIDIO ESTAVAM SOZINHAS (EM SOLIDÃO), ISOLADAS E DESAMPARADAS.

PRESENÇA DE VIOLÊNCIA TEM SIDO OUTRA GRANDE FATOR: ABUSO SEXUAL OU FÍSICO OU EMOCIONAL RESULTAM EM INTENSO SOFRIMENTO PSÍQUICO, BEM COMO, AO SUICIDIO.

FATORES PREDISPONENTES:

- **PROBLEMAS ESCOLARES: BULLYING E RENDIMENTO ESCOLAR;**
- **HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA FÍSICA E SEXUAL E CONFLITOS FAMILIARES**
- **RIGIDEZ DAS RELAÇÕES SÃO BARREIRAS PARA COMUNICAÇÃO E PARA RELACIONAMENTO HARMONIOSO ENTRE PAIS E FILHOS;**
- **A MORTE DE FAMILIAR POR SUICÍDIO;**
- **50 % DAS CRIANÇAS ASSOCIAM-SE A ALGUM TRANSTORNO MENTAL: TDAH, DEPRESSÃO, ANSIEDADE**
- **AS CRIANÇAS DÃO MENOS PISTAS VERBAIS DO SEU DESEJO DE MORRER**
- **MAIS IMPULSIVAS**
- **DIMINUIÇÃO DE PRAZER EM ATIVIDADES HABITUAIS;**
- **ISOLAMENTO SOCIAL**
- **ABSTENÇÃO ESCOLAR**
- **RESPOSTAS MAL ADAPTATIVAS A SITUAÇÕES DE ESTRESSE**

EU SO MINHA DEPRESSÃO

EU SO' QUERIA SABER O PORQUE QUE
EU EXISTO, EU SOU UM FRACASSO MEUS PAIS NAO SE
PREOCUPAM COMIGO TIPO: SE EU ME ATIRAR DE
UM EDIFICIO ELES VAO CHORAR NA PERDA E DEPOIS
DIZER "GLORIA ELA SE FOI E NAO VAI VOLTAR" EU JA
FUI NUMA PSICOLOGIA MAS NAO ADIANTOU MUITO
EU FALAVA UMA COISA MAS O QUE REALMENTE ACON-
TECIA E NAO FALAVA PQ EU QUERO ME MATAR DE
UMA VEZ SO QUE EU NAO VOU PQ TEM GENTE
QUE ME AMA NESSA MERDA DE VIDA Q E



Momentos em que a
depressão nos leva!



AUTOLESÃO

AUTOMUTILAÇÃO
AUTOLESÃO DELIBERADA
AUTOLESÃO NÃO SUICIDA

DEFINIÇÃO

qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao próprio corpo sem intenção consciente de suicídio e não socialmente aceita dentro de sua própria cultura e nem para exibição.

DEFINIÇÃO

DELIBERATE SELF HARM – QUE NÃO DIFEENCIA SE O COMPORTAMENTO É OU NÃO UMA TENTATIVA DE SUICIDIO, INCLUI TODOS OS MÉTODOS DE AUTOLESÃO, POR EXEMPLO OVERDOSES OU CORTES SUPERFICIAIS, EVITANDO A INTENCIONALIDADE (OU FALTA DESTA), RECONHECENDO A DIFICULDADE DA MEDIÇÃO DA MESMA.

NON SUICIDAL SELF-INJURY – QUE SE REFERE APENAS À DESTRUÇÃO DO TECIDO CORPORAL DO PRÓPRIO NA AUSÊNCIA DE INTENCIONALIDADE SUICIDA DE MORRER, INCLUSINDA APENAS CORTES, E OUTROS COMPORTAMENTOS ASSOCIADOS.

DEFINIÇÃO

EM REVISÃO DA LITERATURA,
MUELHEMKAMP JJ ET AL 2012,
VERIFICOU-SE QUE A PREVALÊNCIA
DE AMBOS É COMPARÁVEL NÍVEL
INTERNACIONAL, SUGERINDO QUE ESTÃO A
MEDIR FENÔMENOS ALTAMENTE ASSOCIADOS E
GLOBALMENTE PREVALENTES.

DEFINIÇÃO

SEÇÃO III DO DSM V – 5ª. EDIÇÃO (DSM-5),
DE DUAS CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS
QUE NECESSITAM DE MAIORES ESTUDOS:

TRANSTORNO COMPORTAMENTO SUICIDA:

TRANSTORNO DA AUTOLESÃO NÃO
SUICIDA:

TRANSTORNO DA AUTOLESÃO NÃO SUICIDA

CRITÉRIOS DSM V

Indivíduos que no último ano, por 5 ou mais dias, engajaram-se em episódios de autolesão sem intenção suicida (critério A); apresentaram expectativa de, ou obter alívio para um estado emocional ou resolver dificuldades interpessoais, ou induzir estado sentimental positivo (critério B); no período anterior à autolesão, estiveram associados à dificuldades interpessoais, sentimentos/pensamentos negativos, preocupações a respeito de ações difíceis de controlar ou pensamentos recorrentes (critério C); além disso, o comportamento não é socialmente aprovado, não está restrito a arrancar casca de feridas (Critério D); causa sofrimento significativo (Critério E) e não é melhor explicado por outro transtorno mental.

TRANSTORNO DA AUTOLESÃO NÃO SUICIDA

CRITÉRIOS DSM V

B. O indivíduo se engaja em comportamentos de autolesão com uma ou mais das seguintes expectativas:

- 1. Obter alívio de um estado de sentimento ou de cognição negativos.**
- 2. Resolver uma dificuldade interpessoal.**
- 3. Induzir um estado de sentimento positivo.**

Nota: O alívio ou resposta desejado são experimentados durante ou logo após a autolesão, e o indivíduo pode exibir padrões de comportamento que sugerem uma dependência em repetidamente se envolver neles.

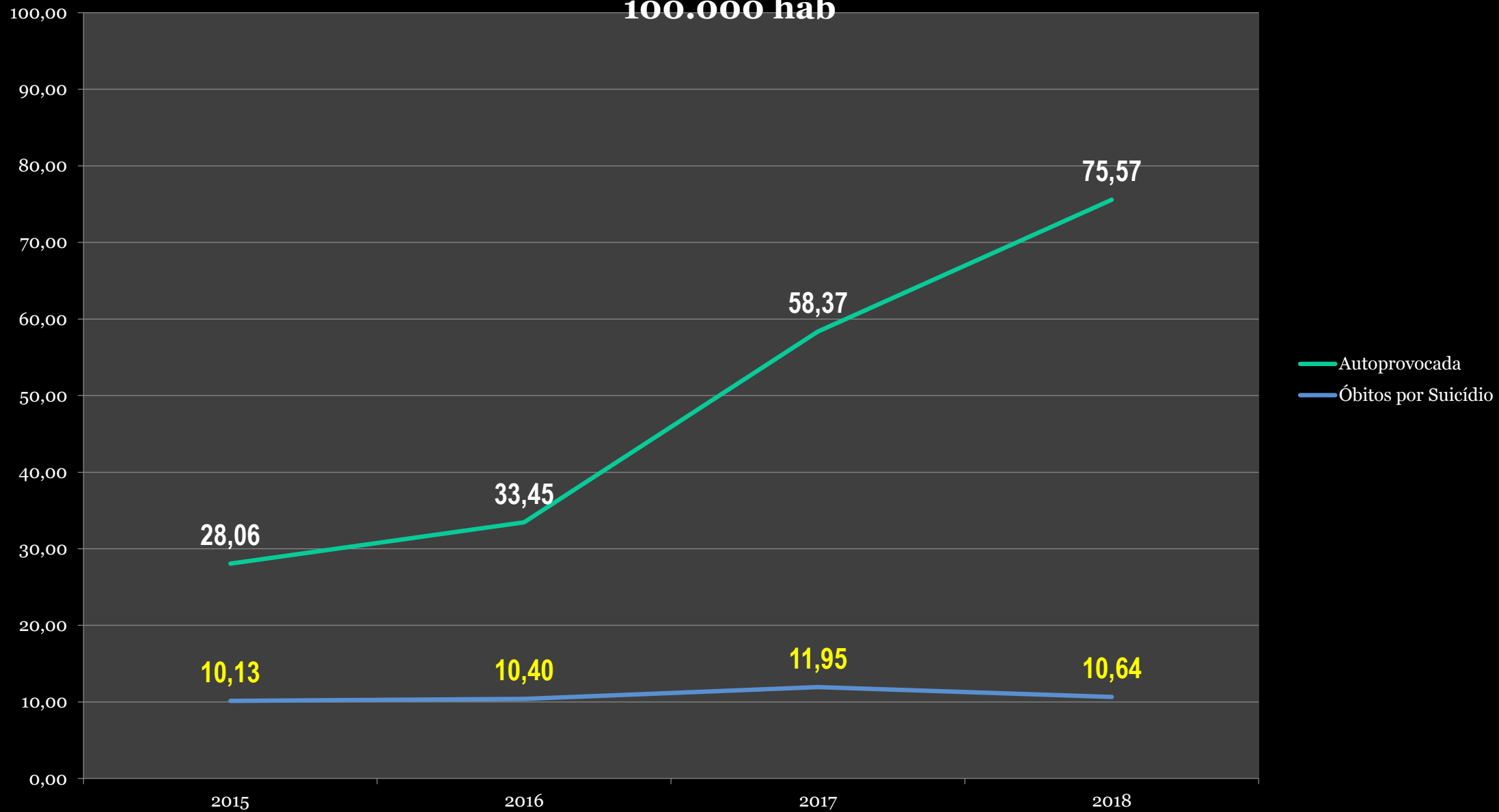
Most common methods of self-harm



(CSP, 2014; Klonsky, 2011)

Taxa de Óbitos por suicídio e Lesões Autoprovacadas no RS 2015 a 2018

100.000 hab



FATORES DE RISCO

- **CARACTERÍSTICAS PESSOAIS**
- **TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS**
- **PROBLEMAS RELACIONADOS A INFANCIA**
- **SOCIAL**
- **FAMÍLIA**

FATORES DE RISCO – CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

- FALTA DE MECANISMOS DE ADAPTAÇÃO;
- PESSIMISMO;
- INSEGURANÇA;
- DISTORÇÃO DA IMAGEM CORPORAL;
- BAIXA AUTOESTIMA;
- INSTABILIDADE EMOCIONAL;
- IMPULSIVIDADE;
- AUTODEPRECIAÇÃO;
- NEUROTICISMO

FATORES DE RISCO – TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

- **TRANSTORNO PERSONALIDADE LIMITROFE**
- **ANSIEDADE;**
- **DEPRESSÃO;**
- **TRANSTORNOS ALIMENTARES;**
- **TRANSTORNO DO USO DE SUBSTÂNCIAS;**
- **OUTROS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE;**

FATORES DE RISCO – RELACIONADOS A INFANCIA

- **NEGLIGÊNCIA;**
- **ABUSOS (SEXUAL, FÍSICO, EMOCIONAL)**
- **DIFICULDADES DE APEGO**
- **DOENÇA GRAVE OU CIRURGIAS NA INFANCIA**
- **ESTRESSE EMOCIONAL PRECOCE**

FATORES DE RISCO – FAMÍLIA

- **ALCOOLISMO;**
- **AUSENCIA DE ALGUM DOS PAIS;**
- **SEPARAÇÃO PRECOCE DOS PAIS;**
- **DESVALORIZAÇÃO POR PARTE DA FAMÍLIA;**
- **VIOLENCIA FAMILIAR: FISICA, PSICOLOGICA, SEXUAL;**
- **RELAÇÃO FAMILIAR DISFUNCIONAL;**
- **DEPRESSÃO/ANSIEDADE DE ALGUM DOS PAIS (MÃE);**
- **AUTOMUTILAÇÃO DE IRMÃOS / PRIMOS;**

FATORES DE RISCO – SOCIAL

- **BULLYING;**
- **INFORMAÇÕES INADEQUADAS SOBRE AUTOMUTILAÇÃO INTERNET, TV;**
- **COLEGAS QUE SE AUTOMUTILAM;**
- **DIFICULDADES DE RELACIONAMENTOS SAUDÁVEIS**
- **PRECONCEITO SOCIAL;**
- **FALTA DE COMPREENSÃO SOCIAL SOBRE SOFRIMENTO EMOCIONAL PSÍQUICO NA INFANCIA**
- **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR E NA ESCOLA**
- **EMBOTAMENTO SOCIAL SOBRE AFETIVIDADE**

MODELO TEÓRICO SOBRE ASIS

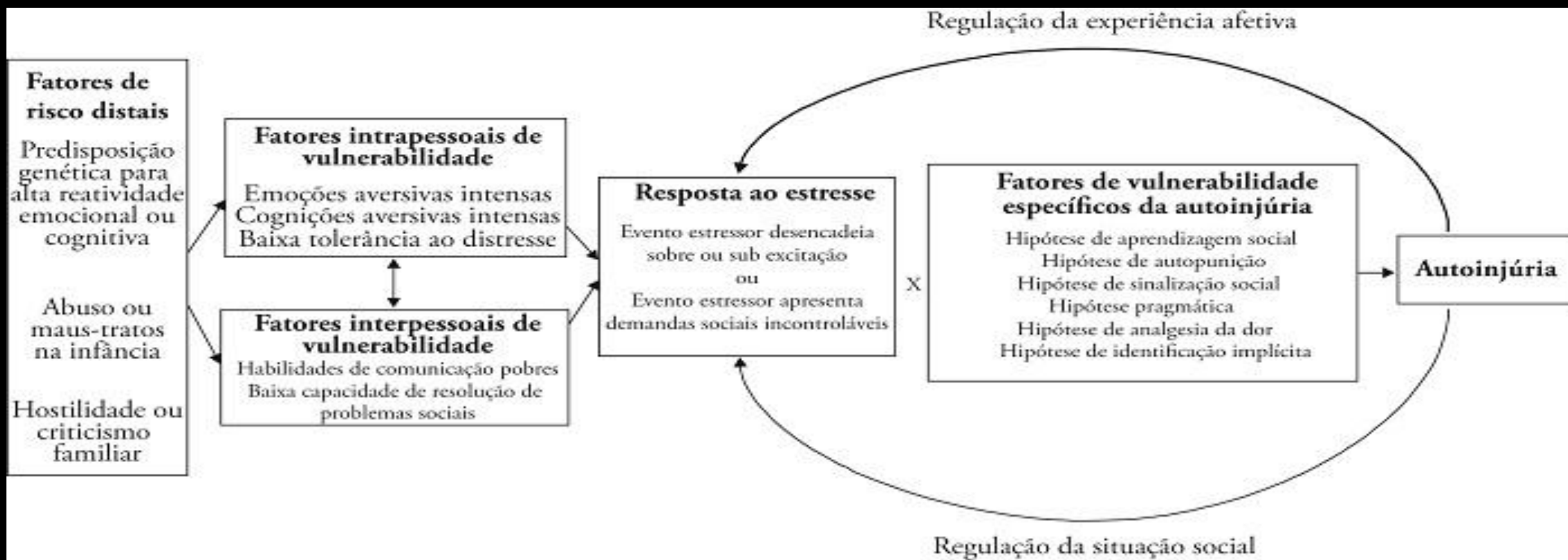


Figura 1

Modelo integrativo de Nock traduzido (autorizado pelo autor).

Fonte: Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into nature and functions of self-injury. Current Directions in Psychological Science, 18, p. 2.

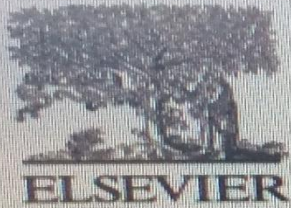
FATORES DE PERSONALIDADE

- **Estado emocional:** pessoas que se automutilam experienciam emoções negativas com maior frequência e intensidade, com mais dificuldades em regular essas emoções.
- **Autodepreciação:** alto nível de autodepreciação e autopunição podem levar à ASIS. O indivíduo direciona a raiva para o *self*, o que pode ter origem em episódios de abuso emocional ou longos períodos em que sofreu críticas.
- **Impulsividade:** estudos mostram que indivíduos que se automutilam tem maiores níveis de impulsividade.

PIORA COM ASSOCIAÇÃO DE

- FALTA DE ESPERANÇA
- INCAPACIDADE PARA CONSEGUIR UM SENTIDO PARA:
LIDAR COM AS EMOÇÕES,
- ORGANIZAR UM SENTIDO DE SE PERTENCER;
- E MANTER UM SENTIMENTO SUSTENTADO DE BEM
ESTAR.

ASIS COMO FATOR DE RISCO AO SUICÍDIO



JOURNAL OF
ADOLESCENT
HEALTH
www.jahonline.org

Original article

Nonsuicidal Self-injury as a Gateway to Suicide in Young Adults

Janis Whitlock, M.P.H., Ph.D.^{a,b,*}, Jennifer Muehlenkamp, Ph.D.^c, John Eckenrode, Ph.D.^{a,b},
Amanda Purington, M.P.S.^a, Gina Baral Abrams, M.P.H., M.S.W.^d, Paul Barreira, M.D.^e, and
Victoria Kress, Ph.D.^f

^a Bronfenbrenner Center for Translational Research, Cornell University, Ithaca, New York

^b Department of Human Development, Cornell University, Ithaca, New York

^c Department of Psychology, University of Wisconsin-Eau Claire, Eau Claire, Wisconsin

^d Princeton University, Princeton, New Jersey

^e Harvard University Health Services, Cambridge, Massachusetts

^f Youngstown State University, Youngstown, Ohio

Article history: Received May 8, 2012; Accepted September 18, 2012

Keywords: Nonsuicidal self-injury; Suicide thoughts and behaviors; Young adults; Mental health

ABSTRACT

Purpose: To investigate the extent to which nonsuicidal self-injury (NSSI) contributes to later suicide thoughts and behaviors (STB) independent of shared risk factors.
Methods: One thousand four hundred and sixty-six students at five U.S. colleges participated in a longitudinal study of the relationship between NSSI and suicide. NSSI, suicide history, and STB were assessed at baseline and 12 months later. Analyses tested the

IMPLICATIONS AND CONTRIBUTION

This longitudinal study of the relationship between NSSI and suicide finds NSSI precedes or co-occurs with

É importante destacar que a ASIS está associada a dois importantes fatores de risco para o suicídio:

- 1) a experiência de sofrimento emocional, e**
- 2) a experiência de infligir dor e lesão em si mesmo. a presença de ASIS aumenta a probabilidade de alguém poder considerar ou tentar suicídio, e ASIS deve ser considerado como um importante fator de risco para o suicídio.**

ACADEMIA AMERICANA DE PSICOLOGIA

**TODA CRIANÇA E ADOLESCENTE QUE SE
AUTOMUTILOU DEVE SER AVALIADA POR
RISCO DE REPETIÇÃO E
RISCO DE SUICÍDIO**

EFEITO CONTÁGIO / IMITAÇÃO / WERTHER

- **Evidências de que a automutilação é socialmente motivada.**
- **Pessoas que se automutilam estão mais propensas a se relacionar com outras com comportamento igual do que com aquelas que nunca se automutilaram.**
- **(2009): Mais de 18% de adolescentes e adultos jovens reportaram fazer episódios de automutilação na presença de outros, ou iniciaram o comportamento após saberem de episódios de conhecidos.**
- **Terapeuta: perguntar sobre o uso da internet.**

**“Quando eu me
mutilo, eu estou...”**

- 1.REGULAÇÃO DE AFETOS –LIDANDO COM ANGÚSTIA**
- 2.LIMITES INTEREPSSOAIS**
- 3.AUTO-PUNIÇÃO**
- 4.BUSCAR SENSações**
- 5.ANTI-SUICÍDIO**
- 6.VINCULAÇÃO AOS PARES**
- 7.INFLUENCIA INTERPESSOAL**
- 8.TESTANDO LIMITES PESSOAIS**
- 9.VINGANÇA**
- 10.MOSTRAR AUTONOMIA**

SINAIS IMPORTANTES

ALTERAÇÃO COMPORTAMENTAL;

AGRESSIVIDADE;

IRRITABILIDADE

**MUDANÇA NO DESEMPENHO
ESCOLAR**

ISOLAMENTO SOCIAL

AGITAÇÃO PSICOMOTORA

OPOSIÇÃO

ALTERAÇÃO APETITE

SONOLENCIA

DESATENÇÃO

- **UM SINAL SOMENTE NÃO INDICA RISCO DE COMPORTAMENTO AUTOLESIVO, MAS VÁRIOS SINAIS PODEM AJUDAR A PENSAR A VULNERABILIDADE EMOCIONAL DESSA CRIANÇA / ADOLESCENTE**

O QUE FAZER?

1. **Converse com a pessoa de forma calma e tranquila.**
2. **Mesmo não aceitando ou compreendendo seu comportamento, mostre que se você se importa com ele(a) e deseja ajudá-lo(a).**
3. **Mostre que há pessoas que se importam com ele(a).**
4. **Entenda que essa é uma forma que a pessoa encontrou para lidar com o sofrimento emocional.**
5. **Não julgue o comportamento da pessoa.**
6. **Mantenha uma postura acolhedora, com escuta atenta e respeitosa.**

(Adaptado de Toste, 2010)

O QUE NÃO FAZER?

1. **NÃO** reaja exageradamente, pois isso pode afastar o jovem e dificultar a formação de um vínculo.
2. **NÃO** responda com pânico, repulsa, surpresa ou espanto.
3. **NÃO** tente coibir o comportamento com ameaças.
4. **NÃO** demonstre excessivo interesse pela automutilação (mas um pouco de interesse será necessário para manter uma postura acolhedora e entender a gravidade do problema).
5. **NÃO** permita que o paciente reviva os episódios de automutilação com detalhes, uma vez que isso pode desencadear novos episódios.
6. **NÃO** expor o jovem falando publicamente de seu comportamento.
7. **NÃO** prometa que não irá contar a ninguém sobre a mutilação, pois será necessário procurar por ajuda.

(Adaptado de Toste, 2010)

NÃO TENHA VERGONHA DE
PROCURAR
AJUDA PROFISSIONAL



🟡 setembro amarelo 🟡



TERMINANDO....

ENCERRAMENTO



Morte
Vida
Deverina

**O meu nome é Severino,
não tenho outro de pia.
Como há muitos Severinos,
que é santo de romaria,
deram então de me chamar
Severino de Maria;
como há muitos Severinos
com mães chamadas Maria,
fiquei sendo o da Maria
do finado Zacarias.**

Severino, retirante, deixe agora que lhe diga: eu não sei bem a resposta da pergunta que fazia, se não vale mais saltar fora da ponte e da vida; nem conheço essa resposta, se quer mesmo que lhe diga é difícil defender, só com palavras, a vida, ainda mais quando ela é esta que vê, Severina mas se responder não pude à pergunta que fazia, ela, a vida, a respondeu com sua presença viva.

**"...E não há melhor resposta
que o espetáculo da vida:
vê-la desfiar seu fio,
que também se chama vida,
ver a fábrica que ela mesma,
teimosamente, se fabrica,
vê-la brotar como há pouco
em nova vida explodida;
mesmo quando é assim pequena
a explosão, como a ocorrida;
mesmo quando é uma explosão
como a de há pouco, franzina;
mesmo quando é a explosão
de uma vida severina."
(Morte e Vida Severina)**

João Cabral de Melo Neto



MD. ANDRÉ L. BENDL

- **MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**
- **CONSULTOR TÉCNICO COMITE DE PROMOÇÃO A VIDA E PREVENÇÃO AO SUICIDIO - SES-RS**
- **MESTRE EM SAUDE E DESENVOLVIMENTO HUMANO - UNILASSALE**
- **MEDICAL TRAINING MENTAL HEALTH GAP ACTION PROGRAM – WHO – 2016**
- **PÓS-GRADUAÇÃO EM SUICIDOLOGIA – SP – 2016**
- **PÓS-GRADUAÇÃO EM COMPORTAMENTO AUTOLESIVO – SP 2017**
- **COORDENADOR MÉDICO DA SMS – OSÓRIO**
- **INTEGRANTE DO COMITÊ MUNICIPAL DE PROMOÇÃO À VIDA, PREVENÇÃO E POSVENÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA E AUTOLESIVO – OSÓRIO RS**

bendlandre@gmail.com