



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO:

Manual para Professores e Educadores

Este documento pertence a uma série de manuais destinados a grupos sociais e profissionais específicos, especialmente relevantes para a prevenção do suicídio.

Ele foi preparado como parte do SUPRE (*Suicide Prevention Program*), a iniciativa mundial da OMS para a prevenção do suicídio.

Palavras-chave: suicídio / prevenção / manuais / médicos clínicos gerais / treinamento / atenção básica à saúde

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

GENEVA

2000

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Prefácio..... | iv |
| Um problema subestimado..... | 7 |
| Fatores de proteção..... | 8 |
| Fatores e situações de risco..... | 9 |
| Como identificar estudantes em conflito e com possível risco de suicídio..... | 17 |
| Como se deve manejar os estudantes sob risco de suicídio?..... | 19 |
| Resumo das recomendações..... | 25 |
| Referências..... | 27 |

Prefácio

O suicídio é um fenômeno complexo que tem atraído a atenção de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e artistas através dos séculos; de acordo com um filósofo francês Albert Camus, em O Mito de Sisyphus, esta é a única séria questão filosófica.

Como um sério problema de saúde pública, este demanda nossa atenção, mas sua prevenção e controle, infelizmente, não são uma tarefa fácil. As melhores pesquisas indicam que a prevenção do suicídio, enquanto factível, envolve uma série completa de atividades, abrangendo desde a provisão das melhores condições possíveis para congregar nossas crianças e jovens através de um tratamento efetivo dos distúrbios mentais até um controle ambiental dos fatores de risco. Elementos essenciais para os programas prevenção do suicídio são o aumento da percepção e a disseminação de informação apropriada.

Em 1999 a OMS lançou o SUPRE, uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio. Este livreto é um de uma série de fontes preparadas como parte do SUPRE e destinadas a específicos grupos profissionais e sociais particularmente relevantes na prevenção do suicídio. Isto representa um elo numa longa e diversificada corrente envolvendo um largo espectro de pessoas e grupos, incluindo profissionais de saúde, educadores, agentes sociais, governantes, legisladores, comunicadores sociais, forças da lei, famílias e comunidades.

Somos especialmente devedores ao Professor Danuta Wasserman, Professor of Psychiatry and Sociology, and Dr. Veronique Narboni, do National Swedish and Stockholm Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Centro de Colaboração da OMS que preparou uma versão preliminar desse livreto. O texto foi posteriormente revisado pelos seguintes membros da Rede Internacional de Prevenção ao Suicídio da OMS, aos quais somos gratos:

Dr. Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, New Zealand

Professor Richard Ramsay, University of Calgary, Calgary, Canada

Professor Jean-Pierre Soubrier, Groupe Hospitalier Cochin, Paris, France

Dr. Shutao Zhai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, China

Nós também gostaríamos de agradecer aos seguintes especialistas pela colaboração:

Professor Britta Alin-Akerman, Department of Education, Stockholm University, Stockholm, Sweden

Professor Alan Apter, Geha Psychiatry Hospital, Petah Tiqwa, Israel

Professor David Brent, Western Psychiatry Institute and Clinic, Pittsburg, PA, USA

Dr. Paul Corcoran, National Suicide Research Foundation, Cork, Ireland

Dr. Agnes Hultén, National Swedish and Stockholm County Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Stockholm, Sweden

Dr. Margaret Kelleher, National Suicide Research Foundation, Cork, Ireland

Professor François Ladame, Unités pour adolescents et jeunes adultes, Université de Genève, Geneva, Switzerland

Dr. Gunilla Ljungman, Child and Adolescent Psychiatry Clinic, Västeras Central Hospital, Västeras, Sweden

Dr. Gunilla Olsson, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Uppsala University, Uppsala, Sweden

Professor Israel Orbach, Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Israel

Professor Xavier Pommereau, Centre Abadie, Bordeaux, France

Dr. Inga-Lill Ramberg, National Swedish and Stockholm County Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Stockholm, Sweden

Professor Per-Anders Rydelius, Division of Child and Adolescent Psychiatry, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Professor David Schaffer, Columbia University, New York, NY, USA

Professor Martina Tomori, University of Ljubljana, Slovenia

Professor Sam Tyano, Geha Psychiatry Hospital, Petah Tiqwa, Israel

Professor Kees van Heeringen, Unit for Suicide Research, Department of Psychiatry, University Hospital, Ghent, Belgium

Professor Anne-Liis von Knorring, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Uppsala University, Uppsala, Sweden

Professor Myrna Weissman Department of Child Psychiatry, Columbia University,
Neu York, NY, USA

Recursos como este estão agora sendo amplamente disseminados, na esperança que elas serão traduzidas e adaptadas às condições locais – um pré-requisito para sua eficácia. Comentários e requisições para permissão de tradução e adaptação serão então bem vindos.

Dr. J. M. Bertolote
Coordinator, Mental and Behavioral Disorders
Department of Mental Health
Word Health Organization

Tradução para o Português:

SABRINA STEFANELLO E NEURY JOSE BOTEGA – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MÉDICA E PSIQUIATRIA – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS – UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE CAMPINAS – CAMPINAS – SP – BRASIL. CENTRO BRASILEIRO DO ESTUDO
MULTICÊNTRICO DE INTERVENÇÃO NO COMPORTAMENTO SUICIDA – SUPRE-MISS, DA
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

MANUAL PARA PROFESSORES E EDUCADORES

No mundo inteiro, o suicídio está entre as cinco maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 19 anos. Em vários países ele fica como primeira ou segunda causa de morte entre meninos e meninas nessa mesma faixa etária.

Sendo assim, a prevenção do suicídio entre crianças e adolescentes é de alta prioridade. Devido ao fato de em muitas regiões e países a maioria dos adolescentes dessa idade freqüentarem a escola, este parece ser um excelente local para desenvolvermos a prevenção.

Este documento foi primariamente desenvolvido para professores e outros trabalhadores de escolas, como orientadores educacionais, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e membros da diretoria da escola. Entretanto, profissionais da saúde pública e outros grupos interessados em programas de prevenção do suicídio encontrarão informações úteis. Este manual descreve brevemente a dimensão do problema em jovens, mostra os fatores mais importantes de proteção e de risco por trás dos comportamentos. Ensina como identificar e lidar com indivíduos em risco e também como agir em tentativas de suicídio ou o suicídio em si quando ocorre no meio escolar.

Atualmente, o suicídio entre crianças menores de 15 anos é incomum e raro até antes dos 12 anos. A maioria dos suicídios ocorre entre as crianças maiores de 14 anos, principalmente no início da adolescência. Porém, em alguns países está ocorrendo um aumento alarmante nos suicídios entre crianças menores de 15 anos, bem como na faixa etária dos 15 aos 19 anos.

Os métodos de suicídio variam entre países. Em alguns países, por exemplo, o uso de pesticidas é um método comum de suicídio, contudo, em outros, intoxicação com medicamentos e gases liberados por carros e o uso de armas são mais freqüentes. Meninos morrem muito mais de suicídio que as meninas; uma razão pode ser porque eles usam métodos violentos mais freqüentemente que as meninas para cometer suicídio, como enforcamento, armas de fogo e explosivos. Entretanto, em alguns países o suicídio é mais

freqüente entre meninas entre 15 e 19 anos que entre meninos da mesma idade. Nas últimas décadas a proporção de meninas usando métodos violentos tem aumentado.

Quando possível, a melhor abordagem para a prevenção do suicídio na escola é a elaboração de um trabalho em grupo que inclui professores, médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais da própria escola, trabalhando em conjunto com agentes da comunidade.

Ter pensamentos suicidas uma vez ou outra não é anormal. Eles são parte do processo de desenvolvimento normal da passagem da infância para a adolescência, à medida que se lida com problemas existenciais e se está tentando compreender a vida, a morte e o significado da existência. Estudos com questionários mostram que mais da metade dos estudantes do segundo grau já tiveram pensamentos de suicídio.¹ Os jovens precisam conversar sobre esses assuntos com adultos.²

Pensamentos suicidas se tornam anormais quando a realização desses pensamentos parece ser a única solução dos problemas para as crianças e os adolescentes. Temos então um sério risco de tentativa de suicídio ou suicídio.

Um Problema Subestimado

Em alguns casos, pode ser impossível determinar se a morte³, por exemplo, por acidente de carro, afogamento, queda e overdose por drogas ilícitas, foi intencional ou não. O comportamento suicida do adolescente é de modo geral pouco notificado, porque muitas das mortes desse tipo são incorretamente classificadas com não intencionais ou acidentais.

Estudos pós-morte de adolescentes que faleceram por causa violentas indicam que eles não constituem um grupo homogêneo. Eles mostram manifestações súbitas de autodestruição e tendências de risco⁴. Enquanto algumas das mortes podem ter sido causadas por atos não intencionais, outras são de atos intencionais resultantes da dor por estar vivendo.

Contribuindo para isso, a definição de tentativa de suicídio usada pelos estudantes difere da usada pelos psiquiatras. Resultados de entrevistas revelam que é duas vezes maior o número de tentativas de suicídio quando elas são realizadas por psiquiatras. A melhor explicação para isso é que pessoas jovens que respondem a questionamentos anônimos estão usando uma definição mais restrita de tentativa de suicídio que a usada por profissionais. Além do mais, só 50% dos adolescentes que referiram ter tentado suicídio procuraram auxílio médico. Portanto, o número de tentativas de suicídio tratadas em hospitais não é um indicador real do problema na comunidade.

Resumidamente, adolescentes meninos cometem suicídio mais freqüentemente que meninas. Todavia, a taxa de tentativas de suicídio é duas a três vezes maior entre meninas. Elas têm mais depressão que os meninos, porém acham mais fácil conversar sobre seus problemas e procurar ajuda, isso provavelmente ajuda a prevenir atos fatais. Os meninos freqüentemente são mais agressivos e impulsivos, e não é raro agirem sob o efeito de álcool e drogas ilícitas, o que provavelmente contribui para atos fatais.

Fatores de proteção

Fatores importantes que fornecem proteção contra o comportamento suicida são:

Padrões familiares

- bom relacionamento com familiares;
- apoio familiar.

Personalidade e estilo cognitivo

- boas habilidades/ relações sociais;
- confiança em si mesmo , em suas conquistas e sua situação atual;
- capacidade de procurar ajuda quando surgem dificuldades, ex. em trabalhos escolares;

- capacidade de procurar conselhos quando decisões importantes devem ser tomadas;
- estar aberto para os conselhos e as soluções de outras pessoas mais experientes;
- estar aberto ao conhecimento.

Fatores culturais e sócio-demográficos:

- integração social, ex. através de participação em esportes, igrejas, clubes e outras atividades;
- bom relacionamento com colegas de escola;
- bom relacionamento com professores e outros adultos;
- aceita a ajuda de pessoas relevantes.

Fatores e Situações de Risco

O comportamento suicida em certas situações particulares é mais comum em determinadas famílias que em outras, por fatores ambientais e genéticos. Estudos mostram que todos os fatores e situações descritas abaixo estão freqüentemente associados a tentativas de suicídio e suicídio entre crianças e adolescentes. Mas deve ser lembrado que eles não estão necessariamente presentes em todos os casos.

Deve-se recordar que os fatores e situações de risco descritas abaixo variam entre continentes e países, dependendo de fatores culturais, políticos e econômicos que diferem mesmo em países vizinhos.

Fatores culturais e sócio-demográficos

Baixo nível socioeconômico e/ou educacional, e desemprego na família são fatores de risco. A população indígena e a de imigrantes pode fazer parte deste grupo já que eles freqüentemente passam por dificuldades emocionais, lingüísticas, e possuem uma pobre rede de apoio social. Na maioria dos casos,

estes fatores estão combinados com o impacto psicológico de tortura, ferimentos de guerra e isolamento (mais no caso de refugiados).

Estes aspectos culturais estão relacionados com a pouca participação nas atividades sociais rotineiras, assim como com conflitos por diferentes valores. Conflitos estes, em especial, são importantes para garotas nascidas e criadas em um país novo e livre, mas que mantêm raízes fortes em suas culturas de origem, com pais mais conservadores ainda.

Cada pessoa individualmente é influenciada por tradições culturais coletivas. As crianças e os adolescentes que carecem de raízes culturais têm marcantes problemas de identidade e falta de modelo para a resolução dos conflitos. Em algumas situações estressantes, eles podem recorrer a um comportamento autodestrutivo, como tentativa de suicídio ou suicídio.

Existe um risco aumentado de comportamento suicida entre a população indígena versus a não-indígena.

A inconformidade com os atributos de gênero e questões relacionadas à identidade e orientação sexual também são fatores de risco para o comportamento suicida. As crianças e os adolescentes que não são aceitos abertamente em sua cultura, pelos pais e familiares, ou na escola e outras instituições têm sérios problemas de aceitação e falta de modelos de identificação para um desenvolvimento adequado.

Padrão familiar e eventos de vida negativos durante a infância

Padrões familiares destrutivos e eventos traumáticos no início da infância afetam a vida posteriormente, principalmente se houve dificuldade em lidar com o trauma.

Aspectos da disfunção e instabilidade familiar e eventos de vida negativos descobertos em crianças e adolescentes suicidas são:

- psicopatologia dos pais, com presença de transtornos afetivos e outros transtornos psiquiátricos;
- abuso de álcool e outras substâncias, ou comportamento anti-social na família;
- história de suicídio ou tentativas na família;
- abuso e violência familiar (inclui abuso físico e sexual na infância);
- cuidado insuficiente provido pelos pais/guardiões, com pouca comunicação familiar;
- brigas freqüentes entre pais/guardiões, com tensão e agressão;
- divórcio, separação ou morte de pais/guardiões;
- autoridade excessiva ou inadequada de pais/guardiões;
- falta de tempo dos pais/guardiões para observar e lidar com estresse emocional das crianças, criando um ambiente emocional negativo de rejeição e negligência;
- rigidez familiar;
- família adotiva
-

Estes padrões familiares freqüentemente, mas não sempre, estão presentes em casos de crianças e adolescentes que tentam ou cometem suicídio. Evidências sugerem que pessoas jovens suicidas freqüentemente vêm de famílias com mais de um problema, sendo assim os riscos são cumulativos. Como eles são leais aos pais e às vezes não desejam, ou são proibidos de revelar segredos familiares, geralmente resistem em procurar ajuda fora da família.

Estilo de personalidade e cognitivo

Os traços de personalidade seguintes são freqüentemente observados durante a adolescência, estão também associados com o risco de tentativas de

suicídio e suicídio (mais freqüentemente concomitantes a transtornos mentais), portanto sua utilidade em predizer suicídio é limitada:

- humor instável;
- raiva e comportamento agressivo;
- comportamento anti-social;
- comportamento manipulativo
- alta impulsividade;
- irritabilidade;
- pensamento e padrões rígidos de enfrentamento de problemas
- pouca habilidade para resolver problemas;
- dificuldade em aceitar a realidade;
- tendência a viver num mundo ilusório;
- fantasias de grandeza alternando com sentimentos de menos valia;
- baixa tolerância a frustrações ;
- ansiedade, particularmente com sinais de sofrimento físico ou frustração leves;
- perfeccionismo;
- sentimentos de inferioridade e incerteza que podem estar mascarados por manifestações exageradas de superioridade, comportamento provocativo ou de rejeição a colegas e adultos, incluindo pais;
- incertezas em relação à identidade ou orientação sexual;
- relacionamentos ambivalentes com pais, outros adultos e amigos.

Enquanto há muito interesse nas correlações entre fatores cognitivos e de personalidade com o risco de comportamento suicida entre adolescentes, as pesquisas disponíveis mostram que qualquer traço cognitivo ou de personalidade específico é geralmente esparso e freqüentemente equivocado.

Transtornos psiquiátricos

O comportamento suicida é mais freqüente em crianças e adolescentes com os transtornos psiquiátricos seguintes.

Depressão

A combinação de sintomas depressivos e o comportamento anti-social têm sido descritos como o antecedente mais comum entre adolescentes suicidas.¹⁰⁻¹¹ Vários estudos têm demonstrado que mais de três quartos daqueles que eventualmente tiram suas próprias vidas apresentam um ou mais sintomas depressivos, a muitos sofrem de transtorno depressivo já estabelecido.

Estudantes que sofrem de depressão geralmente queixam-se de sintomas físicos quando procuram o médico.¹³ Estas queixas somáticas, como dor de cabeça, de estômago, nas pernas ou peito, são freqüentes.

As garotas deprimidas têm tendências fortes de abandono, se tornam quietas, sem esperanças e inativas. Já os garotos deprimidos tendem a apresentar comportamento agressivo e inadequado, acabam demandando mais atenção de seus pais e professores. A agressividade pode levar à solidão, que é isoladamente um fator de risco para o comportamento suicida.

Apesar de sintomas depressivos ou transtornos depressivos serem comuns em crianças suicidas, eles não são necessariamente concomitantes aos pensamentos suicidas ou tentativas de suicídio.¹⁴ Os adolescentes podem se matar sem estarem deprimidos, e podem estar deprimidos e não se matarem.

Transtornos de ansiedade

Estudos têm verificado uma relação consistente entre transtornos de ansiedade e tentativas de suicídio entre homens, existe uma associação mais fraca entre as mulheres. Traços de ansiedade parecem afetar o risco de comportamento suicida de forma relativamente independente à depressão. Isto sugere que o grau de ansiedade dos adolescentes deve ser avaliado e tratado. Sintomas psicossomáticos também estão freqüentemente presentes em pessoas atormentadas com pensamentos suicidas.

Abuso de álcool e drogas

História de abuso de álcool e drogas está presente entre muitas crianças e adolescentes que cometem suicídio. Neste grupo etário tem sido encontrado que um em cada quatro paciente suicida consumiu álcool ou droga antes do ato.

Transtornos alimentares

Por causa da insatisfação com seus corpos, muitas crianças e adolescentes tentam perder peso e ficam preocupados com o que devem ou não comer. Cerca de 1 a 2% das adolescentes femininas sofrem de anorexia ou bulimia. Meninas anoréticas muito freqüentemente também sofrem de depressão. O risco de suicídio entre meninas anoréticas é em geral 20 vezes maior que da população jovem. Descobertas recentes mostram que meninos também podem sofrer de anorexia e bulimia.^{13,17}

Transtornos psicóticos

Apesar de poucas crianças e adolescentes apresentarem uma forma severa de transtorno psiquiátrico, como esquizofrenia ou transtorno afetivo bipolar, o risco de suicídio é muito alto entre os afetados. A maioria dos jovens psicóticos é

caracterizada por apresentar vários fatores de risco , como problemas com bebida, fumo excessivo e abuso de drogas.

Prévias tentativas de suicídio

História de uma única tentativa de suicídio ou tentativas recorrentes, com ou sem os transtornos psiquiátricos mencionados acima, é um importante fator de risco para o comportamento suicida.

Presença de eventos de vida negativos como desencadeadores de comportamento suicida

Maior susceptibilidade ao estresse, estilo cognitivo e traços de personalidade mencionados anteriormente (decorrentes de fatores genéticos, padrões familiares e eventos de vida estressantes no início do desenvolvimento), são geralmente observados em crianças e adolescentes suicidas. ¹⁶ Esta susceptibilidade torna difícil lidar com eventos de vida negativos, o comportamento suicida é, portanto precedido de eventos estressantes. Eles desencadeiam sentimentos de abandono e desesperança, isto pode trazer à tona pensamentos de suicídio e levar à tentativa de suicídio ou suicídio.

Situações de risco e eventos que podem desencadear tentativas de suicídio ou suicídio são:

- sensações que podem ser vividas como prejudiciais (sem necessariamente serem quando avaliadas objetivamente): crianças e adolescentes vulneráveis podem perceber situações triviais como sendo profundamente danosas e reagem com comportamento ansioso e caótico, enquanto jovens suicidas percebem tais situações como ameaças diretas contra sua auto-imagem e sofrem como se houvesse uma ferida na dignidade pessoal.
- problemas familiares;
- separação de amigos, namorado(a), colegas de classe, etc,;

- morte de pessoa amada e/ou significativa;
- término de relacionamento amoroso;
- conflitos ou perdas interpessoais;
- problemas legais ou disciplinares;
- opressão pelo seu grupo de identificação ou comportamento auto-destrutivo para aceitação no grupo;
- opressão e vitimização;
- decepção com resultados escolares e falência nos estudos;
- demandas altas na escola durante época de provas;
- desemprego e dificuldades financeiras;
- gravidez indesejada, aborto;
- infecção por HIV ou outra doença sexualmente transmissível;
- doença física grave;
- desastres naturais.

COMO IDENTIFICAR ESTUDANTES EM CONFLITO E COM POSSÍVEL RISCO DE SUICÍDIO

Identificação do sofrimento

Qualquer mudança súbita ou dramática que afete o desempenho, a capacidade de prestar atenção ou o comportamento de crianças ou adolescentes deve ser levado seriamente,¹⁸ como:

- falta de interesse nas atividades habituais;
- declínio geral nas notas;
- diminuição no esforço/interesse;
- má conduta na sala de aula;
- faltas não explicadas e/ou repetidas, ficar “matando aula”;
- consumo excessivo de cigarros (tabaco) ou de bebida alcoólica, ou abuso de drogas (incluindo maconha);
- incidentes envolvendo a polícia e o estudante violento.

Estes fatores ajudam a identificar estudantes em risco para sofrimento mental e social que podem apresentar pensamentos de suicídio que em último caso levar ao comportamento suicida.¹⁹

Se algum desses sinais for identificado por um professor ou orientador escolar, o grupo coordenador da escola deve ser alertado e medidas devem ser tomadas para se obter uma avaliação abrangente do estudante, desde que ele indique sofrimento severo em que o resultado, em alguns casos, pode ser o comportamento suicida.

Avaliação do risco de suicídio

Quando se avalia o risco de suicídio, a equipe escolar deve estar atenta ao fato de que problemas são sempre multidimensionais.

Tentativas prévias de suicídio

Ter história de tentativas prévias de suicídio é um dos fatores mais significativos de risco. Pessoas jovens em sofrimento tendem a repetir seus atos.

Depressão

Outro fator de risco importante é a depressão. O diagnóstico de depressão deve ser feito pelo médico ou pelo psiquiatra de crianças e adolescentes, porém os professores e coordenadores da escola devem estar atentos para a variedade de sintomas²⁰ que fazem parte da síndrome depressiva.

A dificuldade para se avaliar a depressão está ligada ao fato de que estágios normais do desenvolvimento do adolescente compartilham algumas características com a depressão.

O adolescente em seu estado normal, e durante curso da adolescência pode apresentar baixa auto-estima, desesperança, problemas de concentração e de sono. Estes são alguns fatores comuns ao transtorno depressivo, mas não há motivo para alarme, exceto se eles estiverem persistindo ou aumentando sua severidade. Em comparação aos adultos, os mais jovens tendem a agir impulsivamente, comer e dormir mais.

Pensamentos depressivos podem estar normalmente presentes na adolescência, quando o jovem se preocupa com assuntos existenciais, e refletem o processo normal de desenvolvimento. A intensidade dos pensamentos suicidas, sua profundidade e duração, o contexto no qual eles surgem e a impossibilidade de mudar o foco de atenção das crianças ou adolescentes desses pensamentos (por exemplo, sua persistência) é o que distingue um jovem normal daquele que está em conflito diante de uma crise suicida.

Situações de risco

Outra tarefa importante é identificar situações ambientais negativas e eventos de vida negativos, como destacados anteriormente, que ativam pensamentos suicidas e aumentam o risco de suicídio.

COMO SE DEVE MANEJAR OS ESTUDANTES SOB RISCO DE SUICÍDIO?

Reconhecer uma pessoa jovem em sofrimento, que precisa de ajuda, normalmente não é o problema. Saber como reagir e responder frente a crianças e adolescentes suicidas é muito mais difícil.

Alguns funcionários de escolas têm aprendido a lidar com o sofrimento e com os estudantes suicidas através da sensibilidade e do respeito, enquanto outros não. As habilidades deste último grupo devem ser aprimoradas. O equilíbrio a ser alcançado no contato com o estudante suicida está em algum ponto entre a distância e a proximidade, e entre empatia e respeito.

O reconhecimento e o manejo de uma crise suicida em estudantes pode desencadear conflitos entre professores e outros funcionários da escola, já que eles têm pouco treinamento específico para lidar com a situação, pouco tempo, ou temem enfrentar seus próprios problemas psicológicos.

Prevenção geral: antes e depois que o ato suicida acontece

O aspecto mais importante para qualquer prevenção de suicídio é o reconhecimento de crianças e adolescentes em sofrimento e/ou com risco aumentado para suicídio. ²² Para atingir-se esta meta, deve ser dada ênfase particular às situações relacionadas aos funcionários da escola e aos alunos, de acordo com os objetivos descritos abaixo. Muitos especialistas compartilham o ponto de vista de que é besteira ensinar aos jovens sobre suicídio explicitamente. No entanto, eles recomendam que assuntos relacionados ao suicídio sejam abordados através de uma ótica positiva de saúde mental.

Fortificando a saúde mental de professores e outros funcionários da escola²³

Antes de tudo, é essencial assegurar o bem estar e o equilíbrio de professores e funcionários da escola. Para eles, o ambiente de trabalho pode ter

rejeição, agressivo e às vezes violento. Portanto eles precisam de material informativo que melhore suas compreensões e proponha reações adequadas para eles próprios, estudantes e para colegas com possíveis dificuldades e/ou transtornos mentais. Eles deveriam também ter acesso a apoio e, se necessário, ao tratamento.

Fortificando a auto-estima dos estudantes²⁴

Ter auto-estima positiva protege crianças e adolescentes contra problemas mentais e desesperança, e faz com que eles consigam lidar adequadamente com dificuldades e situações de vida estressantes.

Para promover uma auto-estima positiva em crianças e adolescentes uma variedade de técnicas pode ser usada. Algumas abordagens recomendadas estão listadas abaixo:

- Experiências de vida positivas que irão ajudar a criar uma identificação positiva²⁶ nos jovens devem ser acentuadas. Experiências passadas positivas aumentam as chances de um futuro mais autoconfiante nos jovens.
- As crianças e os adolescentes não devem ser constantemente pressionados para fazerem mais, ou melhor.
- Não é suficiente que os adultos digam que amam as crianças; elas precisam se sentir amadas. Existe uma grande diferença entre ser amado e se sentir amado.
- As crianças não deveriam somente ser aceitas, mas também desejadas, como elas são. Elas devem se sentir especiais só porque elas existem.

Enquanto a simpatia impede a auto-estima, a empatia a reforça, pois o julgamento é deixado de lado. A autonomia e o domínio são os blocos de construção no desenvolvimento de uma auto-estima positiva no início da infância.

O desenvolvimento da auto-estima nas crianças e nos adolescentes depende dos seus desenvolvimentos físicos, sociais e de habilidades vocacionais.

Para atingir uma elevada auto-estima, os adolescentes precisam estabelecer uma independência definitiva da família e colegas; capacidade de se relacionar com o sexo oposto; se preparar para uma ocupação que lhe sustente; e estabelecer uma filosofia de vida significativa e praticável.

Introduzir um treinamento de como lidar com fatos da como parte regular do currículo é uma estratégia efetiva. O programa deve focalizar o aprendizado em como fornecer apoio e, se necessário, como procurar a ajuda de adultos.

O sistema educacional deveria também favorecer o desenvolvimento e consolidação de cada senso de identidade dos estudantes.

Promover a estabilidade e a continuidade dos alunos nos estudos é outro objetivo importante.

Promovendo expressão emocional

As crianças e os adolescentes devem ser ensinados a levarem seus próprios sentimentos seriamente e serem encorajados a confiar em seus pais e outros adultos, como professores, médicos e enfermeiros da escola, amigos, treinadores esportivos, e orientadores religiosos.

Prevenindo comportamento desafiador e a violência escolar

Meios específicos devem estar à disposição no sistema educacional para prevenir o comportamento desafiador e a violência dentro e ao redor da escola, com a finalidade de se criar um ambiente seguro e sem intolerância.

Provendo informação sobre serviços de saúde

A disponibilidade de serviços específicos deve ser assegurada através de ampla publicação de números de telefone para, por exemplo, linhas de ajuda para situações de crise e emergências, números de emergências psiquiátricas, e torná-los acessíveis aos jovens.

Intervenção quando o risco de suicídio é identificado

Na maioria dos casos, as crianças e os adolescentes que estão sofrendo e/ou com risco de comportamento suicida também possuem problemas de comunicação. Conseqüentemente, é importante estabelecer um diálogo com a pessoa que está sofrendo e/ou com riscos de suicídio.

Comunicação

O primeiro passo na prevenção do suicídio é invariavelmente estabelecer uma comunicação com confiança. Durante o desenvolvimento do processo de suicídio, a comunicação mútua entre jovens suicidas e aqueles ao seu redor é de crucial importância. A falta de comunicação e uma rede de apoio desestruturada resultam em:

- Silêncio e aumento das tensões nos relacionamentos. Os adultos temem desencadear o suicídio em crianças e adolescentes se discutirem a respeito de pensamentos e mensagens suicidas, isto é freqüentemente a razão do silêncio e da falta de diálogo.
- Ambivalência óbvia. Compreensivamente, a confrontação de adultos com uma criança ou adolescente suicida traz seus próprios conflitos psíquicos à tona. A tensão psicológica que ocorre ao deparar-se com uma criança ou adolescente em conflito ou suicida é geralmente algo pesado, e envolve uma gama enorme de reações emocionais. Em alguns casos, os problemas emocionais não resolvidos dos adultos quando em contato com crianças e adolescentes suicidas pode trazê-los à superfície. Tais problemas podem ser acentuados entre funcionários da escola, cuja ambivalência – querendo, mas simultaneamente não desejar ou não estar disponível, para ajudar o estudante suicida – pode fazer com que se evite o diálogo.

- Agressão direta ou indireta. O desconforto dos adultos às vezes é tão grande que suas últimas reações à criança ou adolescente em conflito ou suicida é uma agressão verbal ou não-verbal.
- É importante compreender que o professor não está sozinho nesse processo de comunicação, e aprender como obter uma boa comunicação é fundamental. O diálogo deve ser criado e adaptado para cada situação. O diálogo implica, primeiramente e mais importante, no reconhecimento da identidade das crianças e adolescentes e também de suas necessidades de ajuda.

As crianças e os adolescentes em conflito ou com risco de suicídio são freqüentemente hipersensíveis ao estilo de comunicação das outras pessoas na maior parte do tempo. Isto porque elas geralmente tiveram durante o seu desenvolvimento, relacionamentos de pouca confiança com seus familiares e colegas, e também vivenciaram uma falta de interesse, respeito ou até amor. Essa hipersensibilidade dos estudantes suicidas está aparente tanto na sua comunicação verbal quanto na não-verbal. Aqui, a linguagem corporal tem um papel importante na comunicação verbal. Entretanto, os adultos não deveriam se sentir desencorajados frente à relutância em falar dessas crianças e desses adolescentes. Em vez disso, eles deveriam lembrar-se que essa é uma atitude de evitação e freqüentemente um sinal de falta de confiança nos adultos.

As crianças e os adolescentes suicidas também apresentam ambivalência importante em relação a aceitar ou rejeitar a ajuda que está sendo oferecida, e em relação a viver ou morrer. Esta ambivalência tem repercussões evidentes no comportamento dos jovens suicidas, que podem apresentar mudanças súbitas, como procurar ajuda e depois rejeitar, com isso podem ser mal interpretados pelos outros.

Melhorando as habilidades dos funcionários da escola

Isto pode ser feito através de cursos de treinamentos especiais que busquem melhorar a comunicação entre os estudantes em conflito e/ou suicidas e seus professores, e aumentar a detecção e compreensão do risco de suicídio. Treinar todos os funcionários da escola para melhorar suas capacidades de falar, entre eles mesmos e com os estudantes sobre a vida e assuntos relacionados à morte, melhorar a identificação de sofrimento, depressão e comportamento suicida, e ampliar o conhecimento em relação aos locais e formas de apoio disponíveis, são medidas cruciais na prevenção do suicídio.

Os manuais de prevenção de suicídio são ferramentas importantes nesse trabalho, devem ter metas claras e limites precisos bem definidos.

Encaminhar para profissionais

Uma imediata, autoritária e decisiva intervenção, por ex. levar o jovem suicida ao clínico geral, ao psiquiatra infantil ou à emergência de um hospital, pode salvar uma vida.

Para serem efetivos, os serviços de saúde devem ser percebidos como acessíveis, atrativos e não-estigmatizantes. Os estudantes em conflito e/ou suicidas devem ser encaminhados ativamente e pessoalmente pelos funcionários da escola, e recebidos por uma equipe composta de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e representantes legais para assegurar os direitos das crianças. Esta transferência ativa do estudante para um centro de saúde previne a desistência durante o processo de encaminhamento, que pode acontecer quando este é feito somente via correspondência.

Removendo os meios de suicídio ao alcance das crianças e adolescentes em conflito ou com idéias de suicídio

Várias formas de supervisão e remover ou vigiar medicamentos perigosos, armas de fogo, pesticidas, explosivos, facas, tanto na escola quanto nas casas dos alunos e outros locais, são importantes medidas para se preservar a vida. Já que essas medidas sozinhas não são suficientes para prevenir o suicídio em longo prazo, apoio psicológico deve ser oferecido ao mesmo tempo.

Quando houve uma tentativa de suicídio ou suicídio

Informando professores e colegas de classe

Escolas precisam ter um plano de emergência sobre como informar os funcionários, especialmente os professores, e também os colegas mais próximos e pais, quando a tentativa de suicídio ou o suicídio ocorre na escola, o objetivo =e prevenir uma leva de suicídios. O efeito contagioso resultante de uma criança ou adolescente suicida é a tendência que eles têm em se identificar com soluções destrutivas adotadas por pessoas que tentaram ou cometeram suicídio. As recomendações de como manejar ou prevenir suicídios em cadeia, desenvolvidas e promulgadas pelo Centro de Controle de Doenças do Estados Unidos em 1994 estão sendo amplamente utilizadas.²⁷

É importante identificar todos os estudantes suicidas, os da mesma classe e os das outras. Um suicídio em cadeia pode envolver não só as crianças e os adolescentes que conhecem uns aos outros: mesmo jovens que estão longe da vítima de suicídio ou nunca o conheceram podem se identificar com seu comportamento e recorrer ao suicídio como resultado.

Colegas de classe, funcionários da escola e pais devem se apropriadamente informados sobre a tentativa de suicídio ou suicídio do aluno e o sofrimento causado por tal ato deve ser trabalhado.

RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES

O suicídio não é um flash incompreensível da depressão: estudantes suicidas dão avisos suficientes e oportunidades para intervenção. Na prevenção do suicídio, professores e funcionários da escola encaram um desafio de grande estratégia importante, no qual é fundamental:

- identificar estudantes com transtornos de personalidade e oferecer apoio psicológico;
- criar vínculos próximos com os jovens conversando com eles e tentar compreendê-los e ajudá-los;
- aliviar estresse mental;
- ser observador e treinado para o reconhecimento precoce de comportamentos suicidas, seja através de comunicações verbais e/ou mudanças de comportamentos;
- ajudar alunos menos habilidosos com seus trabalhos escolares;
- observar alunos que “matam” aulas;
- desmistificar os transtornos mentais e ajudar a eliminar o abuso de álcool e drogas;
- encaminhar os estudantes para o tratamento de transtornos psiquiátricos, e abuso de álcool e drogas;
- restringir o acesso dos estudantes a métodos possíveis de suicídio – drogas tóxicas ou letais, pesticidas, armas de fogo e outras armas, etc.;
- prover aos professores e outros profissionais da escola acesso a formas de aliviar seu estresse no trabalho.

REFERÊNCIAS

1. McKey PW, Jones RW, Barbe RH. Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention. Horsham, PA, LRP Publications, 1993.
2. McGoldrick M, Walsh F. A systematic view of family history and loss. In: Aronson Med. Group and Family Therapy. New York, Brunner/Mazel, 1983.
3. Litman R.E. Psychological autopsies of young suicides. In: Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide. Vol. 3: Prevention and Interventions in Youth Suicide. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623. Washington, DC, US Government Printing Office, 1989.
4. Holinger PC, Klemen EH. Violent deaths in the United States, 1900-1975. Social Science and Medicine, 1982, 16: 1929-1938.
5. Jilek-Aall L. Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. Transcultural psychiatry research review, 1988, 25: 87-105.
6. Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB. Adolescent suicide: an overview. American journal of psychotherapy, 1984, 38: 350-363.
7. Gould MS, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999, 37(9): 915-923.
8. Carris MJ, Sheeber L, Howe S. Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. Journal of adolescence, 1998, 21(4): 459-472.

9. Garofolo R et al. The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, 1998, 101(5): 805-902.
10. Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well being. *Journal of adolescence*, 1997, 32(128): 897-911.
11. Weissman MM et al. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. *Archives of general psychiatry*, 1999, 56: 794-801.
12. Schaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1981, 20: 545-565.
13. Wasserman D. Depression - en vanlig sjukdom [Depression - a common illness]. Stockholm, Natur och Kultur, 1998.
14. Vandivort DS, Locke BZ. Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide & life-threatening Behavior*, 1979, 9: 205-218.
15. Pommereau X. Quand l'adolescent va mal.[When things don't go well for adolescents]. 1997. Ed. J'ai lu. 123.
16. Beautrais AL et al. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36: 1543-1551.
17. De Wilde EJ et al. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry* 149: 45-51.

18. Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1982, 21: 178-186.
19. Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & life-threatening Behavior*, 1997, 27(4): 387-403. WHO/MNH/MBD/00.3 Page 18
20. Weissman MM et al. Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18): 1701-1713.
21. Marcelli, D. Suicide and depression in adolescents. *Revue du Praticien*, 1998, 48:1, 419-423.
22. Malley PB, Kusk F, Bogo RJ. School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey. *School Counselor*, 1994, 42: 130-136.
23. Smith J. *Coping with Suicide*. New York, Rosen, 1986.
24. Weissman MM, Fox K, Klerman GL. Hostility and depression associated with suicide attempts. *American journal of psychiatry*, 1973, 130: 450-455.
25. Erikson EH. *Identity, Youth and Crisis*. New York, Norton, 1994.
26. Papenfuss RL et al. Teaching positive self-concepts in the classroom. *Journal of school health*, 1983, 53: 618-620.
27. Centers for Disease Control. CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, Suppl.: 1-12.