

Prevenção do Suicídio

Prevenção do Suicídio

CADERNOS DE SOCIOEDUCAÇÃO

PARANÁ - 2015



1ª edição - 2010

SISTEMATIZAÇÃO

Shanny Mara Neves

APOIO TÉCNICO

Rejane Cristina Teixeira Tabuti

REVISÃO

Roberto Bassan Peixoto

ORGANIZAÇÃO

Deborah Toledo Martins
Roberto Bassan Peixoto

2ª edição - 2015

ARTE GRÁFICA

Veluma Orso

REDAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO

Cristiane Garcez Gomes de Sá
Deize Fátima Bengaly Zamzoum
Flávia Palmieri de Oliveira Ziliotto
Pedro Ribeiro Giamberardino
Rosiéle Alves da Costa Silva

COLABORADORES

Carla Pereira Navarro Lins
Gustavo Dória
Jéssica Cavalheiro de Souza
Márcio Augusto Schmidt

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

Carlos Alberto Richa

Governador do Estado do Paraná

Cida Borguetti

Vice Governadora do Estado

Leonildo de Souza Grota

Secretário de Estado da Justiça,
Cidadania e Direitos Humanos

**ESCOLA DE EDUCAÇÃO
EM DIREITOS HUMANOS**

Sonia Monclaro Virmond

Diretora

**DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO
SOCIOEDUCATIVO**

DIREÇÃO

Pedro Ribeiro Giamberardino

Diretor

Márcio Augusto Schmidt

Diretor Adjunto

COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO

Cristiane Garcez Gomes de Sa

Flávia Palmieri de Oliveira Ziliotto

DIVISÃO DE SEGURANÇA
SOCIOEDUCATIVA

José Kizlek

DIVISÃO ADMINISTRATIVA

Elisabete Barros Tiera

DIVISÃO DE FORMAÇÃO
EDUCACIONAL E PROFISSIONAL

Andrea de Lima Kravetz

Erinéa dos Santos

Jéssica Cavalheiro de Souza

DIVISÃO PSICOSSOCIAL

Deize Fátima Bengaly Zamzoum

Gláucia Renno Cordeiro

Rosiéle Alves da Costa Silva

DIVISÃO DE VAGAS E INFORMAÇÕES

Leticia Simões Rivelini de Lima

Yasmin Simões de Góis

DIVISÃO DE SAÚDE

Carla Pereira Navarro Lins

Deborah Toledo Martins

Juliana Maruszczak Schneider

DIRETORES DE UNIDADES QUE REPRESENTAM SUAS EQUIPES

CENSE CAMPO MOURÃO
Grasiela Cristina Nascimento

CENSE CASVEL 1
Eleandro Roberto Nicola

CENSE CASCAVEL 2
Suzana Segala Menegaz

CENSE CURITIBA
Vinício Oscar Kirchner

CENSE FAZENDA RIO GRANDE
Luciano Farias

CENSE FOZ DO IGUAÇU
Vandir da Silva Soares

CENSE JOANA MIGUEL RICHIA
Celia Braga Figueiredo Fayzano

CENSE LARANJEIRAS DO SUL
Rafael Lopatiuk Figueiredo

CENSE LONDRINA 1
Ricardo Lopes Simões

CENSE LONDRINA 2
Nilson Domingos

CENSE MARINGÁ
Alex Sandro da Silva

CENSE PARANAÍ
Fábio Luiz Zeneratti

CENSE PATO BRANCO
Anderson Niendicker

CENSE PONTA GROSSA
Volnei Arno Bastian

CENSE SANTO ANTÔNIO DA PLATINA
Helyton Rodrigo Mendes dos Santos

CENSE SÃO FRANCISCO
Jorge Wilczek

CENSE TOLEDO
Sandro De Moraes

CENSE UMUARAMA
Marco Aurélio Fulgêncio

SEMILIBERDADE CASCAVEL
Lidyana Soares Kelin

SEMILIBERDADE CURITIBA
Anfrísio Fonseca de Siqueira Neto

SEMILIBERDADE FOZ DO IGUAÇU
Rodrigo Marciano de Oliveira

SEMILIBERDADE JOANA RICHIA
Valdecir Pereira de Souza Filho

SEMILIBERDADE LONDRINA
Gilmar Bragantine Ferreira

SEMILIBERDADE PARANAÍ
Léo Cléber Gabriel

SEMILIBERDADE PONTA GROSSA
Saulo Alessandro Lopes

SEMILIBERDADE UMUARAMA
Luciana dos Reis Martins

Mensagem do Secretário

O Governo do Estado assume o compromisso em manter a prioridade da política da criança e do adolescente na pauta da agenda governamental. A socioeducação nos regimes de internação e semiliberdade, por sua vez, consistem em atividades fins do Estado que merecem especial atenção da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, que passou a centrar seus esforços nesta política pública a partir da Lei Estadual nº 18374, de 15 de dezembro de 2014.

A desburocratização das ações voltadas ao célere cumprimento das garantias materiais das unidades socioeducativas, adotando-se medidas como o Fundo Rotativo; o contínuo planejamento de políticas de capacitações aos servidores; a parametrização de ações entre as diferentes unidades do Estado com instrumentos como a atualização dos Cadernos de Socioeducação, por meio do Código de Normas das Unidades Socioeducativas, são alguns dos desafios imediatos da atual gestão.

Além disso, a continuidade e o aperfeiçoamento dos programas que permitam a reabilitação do adolescente como os programas de escolarização, qualificação profissional, arte, cultura e lazer, bem como de prevenção e promoção à saúde, além da ampliação de vagas adequadas aos padrões do SINASE e que permitam atender a demanda paranaense, também são compromissos para o contínuo fortalecimento do atendimento socioeducativo.

Todas essas iniciativas precisam estar voltadas ao compromisso humanizado do Departamento de Atendimento Socioeducativo, enquanto parte integrante desta Secretaria de Estado, cuja

gestão tem se voltado com autonomia técnica para avaliação e monitoramento de resultados das diferentes políticas públicas implementadas nas unidades socioeducativas do Estado. O caráter técnico desta importante política pública é uma demonstração da preocupação de que a socioeducação avance para manter-se e encontrar-se entre os melhores do país.

Nada disso seria possível sem os nossos servidores que sempre mantiveram a qualidade do atendimento socioeducativo graças ao seu profissionalismo e compromisso com o trabalho. Disto resulta a importância dos Cadernos de Socioeducação, enquanto diretrizes orientadoras de trabalho.

A esperança e o compromisso com o adolescente que atendemos, a partir do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, são exemplos práticos de que não podemos descansar.

A resiliência, determinação e o trabalho incansável da socioeducação permite o cumprimento de medidas socioeducativas, objetivando-se a garantia de direitos e a mínima intervenção, permitindo-se que o nosso trabalho seja o mais construtivo possível para (re)definição de horizontes dos nossos adolescentes.

*Com fraterno abraço,
Leonildo de Souza Grota.*

Apresentação

Trabalhar com adolescente e compartilhar a vida pessoal e/ou profissional ao seu lado representa um constante reinventar-se. Pensar a vida e a morte; compartilhar experiências delicadas e tratar sobre temas que nos afetam pessoalmente é sempre um grande desafio.

O presente material visa trazer subsídios e orientações práticas para prevenção ao suicídio na socioeducação, mas também contextualiza esta importante temática dentro de um cenário de vida que potencializa sentimentos de aflições, desespero ou desesperança, fazendo disto uma preocupação sempre constante. Trabalhar com situações que nos levam a ver a morte (ainda que como hipótese) de um adolescente trazem inevitavelmente esses sentimentos com uma carga ainda maior.

A experiência prática revela que as ideações suicidas também não costumam surgir pioneiramente durante a medida socioeducativa, sobretudo quando há fatores de riscos prévios que não raramente trazem no histórico do adolescente fortes indicadores anteriores. Vítimas de violência desde a infância, ameaçados de morte por envolvimento com o crime, rompimento de laços familiares, pessoas que possuem histórico familiar ou quadro depressivo, abuso de drogas, são apenas alguns fatores um tanto quanto rotineiros dentro da socioeducação e que compõe o complexo quadro de trabalho que se apresenta e que podem ou não culminar na necessidade de inserção do adolescente dentro de um protocolo de saúde e segurança socioeducativa mais intensificado.

Ao mesmo tempo que revela-se um tema delicado também mostra-se um assunto entre os mais palpitantes e inquietantes não apenas dentro do atendimento socioeducativo, mas em diversos segmentos da sociedade. Não sem motivos que são diversos os registros na literatura, no cinema, na sociologia, na psicologia, psicanálise, medicina, entre outras esferas de estudo, que discutem e (re)significam o suicídio em diferentes vieses.

Pensar em saúde mental não pode ser um cultivo à insensibilidade, pelo contrário, trata-se de um tema que é naturalmente tão complexo quanto a natureza humana. Por isso deve ser permeado pelas constantes discussões, análises e pensamentos sobre o que nos angustia, o que nos faz nos sentirmos impotentes – e mais do que isso – em tudo aquilo que nos faz sentirmos presentes no mundo em suas mais variadas perspectivas.

Por certo que não podemos fugir da temática sobre suicídio, no entanto, sua abordagem está voltada antes de tudo para o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários que, juntamente com o resgate sobre o sentido da vida, poderá alcançar os objetivos da medida socioeducativa em proporcioná-lo melhores condições para não retorno à prática de atos infracionais com o resgate de sua autonomia, liberdade e autoestima.

Em razão disso este Caderno de Socioeducação é antes de tudo um texto para a vida. Que possamos garanti-la sempre que possível e com tudo o que estiver ao nosso alcance.

Trabalhar esta temática dentro da socioeducação certamente é um grande desafio que já nos afronta há bastante tempo e que os mais diversos segmentos profissionais do atendimento socioeducativo já possuem vasta experiência.

Esperamos que os fluxos e diretrizes propostos permitam uma prática voltada à garantia de direitos, um contínuo amadurecimento e (re)pensar de políticas públicas, bem como uma articulação e corresponsabilização entre todos os setores envolvidos, dentro de um tema que representa um dos aspectos mais difíceis e sensíveis do nosso cotidiano.

Com as saudações da equipe do Departamento de Atendimento Socioeducativo esperamos contribuir, juntos, para melhoria da socioeducação e garantia da vida dos adolescentes que hoje estão conosco e esperamos que tenham horizontes para se (re)construírem e desenvolverem suas histórias de vida por muito tempo.

Boa leitura!

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS	20
3	FATORES DE RISCO	22
4	O ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA PRIVATIVA OU RESTRITIVA DE LIBERDADE	28
5	FATORES DE RISCO NESSA POPULAÇÃO	29
6	PREVENÇÃO	32
	6.1. Avaliação dos riscos de suicídio em adolescentes cumprindo medida socioeducativa	34
	6.1.1 A Recepção do Adolescente na Unidade	35
	6.1.2 Monitoramento	49
7	FATORES DE PROTEÇÃO	54
8	FLUXO DE GARANTIA DE DIREITOS	58
9	O QUE FAZER APÓS O OCORRIDO	61
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	78

1 Introdução

O suicídio é um fenômeno complexo, considerado uma séria questão de saúde pública. Lidar com o fenômeno do suicídio implica em aprender a lidar com a retórica vida e morte. Mas qual será a verdadeira intenção do ato de suicidar-se, será finalizar um sofrimento psíquico e/ou uma falta de sentido na vida? Será um ato de desespero? E o que poderá resgatar o sentido da vida para uma pessoa? São vários os questionamentos e tem-se a sensação de não chegar às respostas em meio a tantas incertezas que permeiam tal dicotomia (viver ou morrer).



Entendendo que uma importante forma de prevenção do suicídio é a informação e a qualificação dos profissionais, o objetivo deste caderno é oferecer possibilidades de instrumentalização aos socioeducadores frente a adolescentes com risco de suicídio, fornecendo reflexões, procedimentos e estratégias que poderão ser utilizados, tanto em relação à prevenção quanto aos encaminhamentos após tentativas ou a consumação do suicídio.

Primeiramente serão apresentados aspectos epidemiológicos e socioedemográficos relacionados ao suicídio. Posteriormente serão tratados dos fatores de risco na população em geral e nos adolescentes em cumprimento de medida de privação ou restrição de liberdade e prevenção. Ainda, serão relatados os fatores de proteção, o fluxo de garantias de direitos e orientações práticas sobre o que fazer após o ocorrido.

Ainda, tendo em vista o dever de cuidado do Estado para com os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, em especial às questões relativas à saúde e à segurança, a prevenção do suicídio figura como um de seus objetivos. Esta preocupação se acentua pelo fato de

que vários fatores de risco para o suicídio são identificados entre os adolescentes em conflito com a lei privados ou restritos de liberdade, quais sejam: transtornos mentais, tentativas de suicídio anteriores, desesperança, maus-tratos na infância, problemas familiares, suicídio de um colega, pouca habilidade na resolução de problemas, fácil acesso a meios letais e problemas nas relações com os pais.

O Ministério da Saúde define suicídio como o ato humano de causar a cessação da própria vida e tentativa de suicídio como o ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação dos fatos (Brasil, 2009).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014) o suicídio é a 15ª maior causa de morte em nível global para todas as idades, constituindo, portanto, um problema de saúde pública (Botega et al., 2010; Stone & Crosby, 2014) e um grande desafio enquanto política pública (Moore, Gaskin & Indig, 2015).

Os suicídios, tentativas e ideações afetam aspectos emocionais, físicos e econômicos dos próprios indivíduos, bem como de seus familiares e da comunidade em que está inserido (Stone & Crosby, 2014).

Desta feita, é imperativo que se empreguem métodos de identificação dos jovens com maior risco de tentar o suicídio (Kaczmarek, Hagan & Kettler, 2006), mantendo uma relação entre socioeducador e adolescente que prime pelo cuidado, pela observação e escuta qualificada, visando dar um novo significado à dor sentida pelo adolescente, ao seu desespero e que consiga redescobrir novas perspectivas para manejar seus conflitos, ressaltando-se, contudo, que nem todos os casos de suicídio são evitáveis (Perlman et al., 2011).

2 Aspectos epidemiológicos e sociodemográficos

Importante delimitar, inicialmente, os aspectos epidemiológicos e sociodemográficos dos adolescentes que tentam e/ou cometem suicídio.

INCIDÊNCIA

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2014), o suicídio configura como a terceira causa de morte entre os indivíduos de 15 a 35 anos, motivo pelo qual preocupa os profissionais que trabalham no atendimento de problemas de saúde mental, uma vez que se relacionam a 90% dos casos (Botega et al., 2010).

O Brasil, por sua vez, figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios (Botega et al., 2010).

SEXO

Pessoas do sexo masculino tendem a cometer 80% mais suicídio do que as do sexo feminino, apesar destas tentarem com mais frequência (Abrutyn & Mueller, 2014; Botega et al., 2010; Buttar et al., 2013; Putninš, 2005; Stone & Crosby, 2014).

IDADE

A Organização Mundial da Saúde (2014) e Botega et al. (2010) mostram que nos últimos 45 anos houve um crescimento de suicídio entre os jovens, sendo que um dos picos da taxa de suicídio reside em indivíduos de 15 a 35 anos. Entre pessoas que têm entre 15 e 29 anos de idade, o suicídio responde por 3% do total de mortes (Botega et al., 2010).

ESTADO CIVIL E FALTA DE CONTATO FAMILIAR

Os adolescentes que vivem sozinhos ou são separados da família estão mais vulneráveis ao cometimento de suicídio, decorrente, dentre outros fatores, do sentimento de desamparo e/ ou falta de contato familiar.

IDEAÇÃO SUICIDA E O ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA

Putninš (2005) identificou, a partir de uma amostra de 900 adolescentes privados de liberdade, que 25% alegaram ter tido ideação suicida recentemente e mais de um quarto alegou já ter tentado suicídio. Outra pesquisa desenvolvida por Moore, Gaskin e Indig (2015) identificou que 16% dos adolescentes privados de liberdade já tiveram em algum momento de sua vida pensamentos suicidas.

TENTATIVAS DE SUICÍDIO E O ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO MEDIDA SOCIOEDUCATIVA

Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes, sendo que estas são mais frequentes entre jovens e mulheres (Botega et al., 2010).

Wasserman et al. (2010) identificaram em sua pesquisa com 9819 adolescentes que já haviam passado pelo Sistema de Justiça, que 22% destes já haviam tentado suicídio ao menos uma vez na vida. Os adolescentes reincidentes, por sua vez, apresentaram a probabilidade de preencher os critérios para um transtorno 1,5 vezes maior e apresentaram índice 3 vezes maior de tentativas de suicídio recente.

Stokes et al. (2015) alegam que as ideações e tentativas de suicídio são geralmente mais prevalentes entre os jovens sentenciados do que os jovens aguardando sentença.

3 Fatores de Risco

A identificação de sinais e fatores de risco é fundamental para o estabelecimento e promoção de fatores de proteção, primordiais na prevenção do suicídio.

O suicídio e o comportamento suicida são fenômenos complexos que não possuem uma única causa, mas que são influenciados por diversos fatores que atuam em múltiplos níveis: individual, familiar, comunitário e social (Stone & Crosby, 2014).

Não há uma resposta única para o motivo pelo qual alguém comete suicídio, independentemente de sua idade (Freuchen & Grøholt, 2015). A adolescência, contudo, é uma fase caracterizada pelo crescimento biológico, alterações psicológicas e sociais, o que por vezes pode incluir a assunção de riscos e testes de limites como meios de buscar uma maior independência (Stone & Crosby, 2014). Por esse motivo, Freuchen e Grøholt (2015) afirmam que, apesar de grandes semelhanças, há diferenças nos aspectos que envolvem o suicídio de acordo com os distintos momentos de vida, sendo que os jovens parecem, por exemplo, ter mais dificuldades interpessoais quando comparados com os adultos.

Desta feita, o adolescente deve ser respeitado em sua singularidade. Assim, ainda que o ato de atentar contra a própria vida, e até consumá-lo, seja visto como uma problemática de saúde pública, considera-se que uma das formas de se prevenir o suicídio é compreender a pessoa suicida como um ser singular e que suas inúmeras motivações são únicas, uma vez que cada adolescente é dotado de singularidades marcadas pela sua história de vida, pelos comportamentos e pelo significado próprio com que avalia as situações vivenciadas.



Por ser uma fase de transição entre a infância e a vida adulta é importante que a adolescência seja vista não como um período de crise, mas como uma fase essencial de transição entre as duas etapas. Isso porque, apesar das dificuldades e das dúvidas encontradas na adolescência, essa é uma fase de preparação para a vida adulta. Esse é um momento em que o adolescente pode viver de forma mais intensa todo o conjunto de transformações que vão estar presentes, de alguma forma, por toda a vida.

Fatores de risco para o suicídio na adolescência incluem, dentre outros, os transtornos mentais, tentativas de suicídio anteriores, desesperança, história familiar de comportamento suicida, divórcio dos pais, maus-tratos na infância, problemas escolares, suicídio de um colega, pouca habilidade na resolução de problemas, fácil acesso a meios letais e problemas nas relações com os pais (Beautrais, 2000; Kaczmarek, Hagan & Kettler, 2006; Stone & Crosby, 2014; Suto & Arnaut, 2010).

Isto é, os fatores de risco para o suicídio incluem fatores de ordem biológica, psicológica e social que atuam em nível individual, cultural, político e econômico (Stone & Crosby, 2014). Estes fatores de risco podem também ser divididos em fatores de risco sociais e familiares, fatores de risco individuais e de personalidade, fatores de saúde mental, e fatores ambientais e contextuais (Beautrais, 2000).

a) Fatores de risco sociais e familiares

Quanto aos fatores de risco sociais e familiares, pode-se elencar: problemas familiares, tais como histórico de maus tratos infantis ou histórico de suicídio familiar, histórico de abuso sexual; problemas de relacionamento, tais como o bullying, problemas com o parceiro íntimo e isolamento social; e problemas sociais, tais como o fácil acesso a meios letais (Beautrais, 2000; Buttar et al., 2013; Kaczmarek, Hagan & Kettler, 2006; King et al., 2011; Moore, Gaskin & Indig, 2015; Stokes et al., 2015; Stone & Crosby, 2014).



b) Fatores de risco individuais e de personalidade

Os fatores de risco individuais e de personalidade podem abranger: fatores genéticos, processos biológicos e neuroendócrinos e fatores de personalidade (Beautrais, 2000; Buttar et al., 2013).

c) Fatores de risco de saúde mental

No que tange aos fatores de risco de saúde mental tem-se a presença de distúrbios de saúde mental, tais como transtornos do humor, ansiedade, depressão, esquizofrenia, abuso de substâncias e distintas comorbidades (Beautrais, 2000; Botega et al., 2010; Buttar et al., 2013; Kaczmarek, Hagan & Kettler, 2006; Knoll, 2010; Putninš, 2005; Stokes et al., 2015; Stone & Crosby, 2014; Suto & Arnaut, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), a maioria das pessoas que cometeram suicídio apresentavam um transtorno mental diagnosticável.

Estudo realizado por Dória (2011) no Centro de Socioeducação de Curitiba, com o objetivo de identificar a prevalência de transtornos psiquiátricos em adolescentes cumprindo medida socioeducativa, a partir de uma amostra de 69 adolescentes, apontou uma substancial incidência de transtornos psiquiátricos (81,1%). O transtorno mais prevalente foi o Transtorno de Conduta (59,4%), seguido do Abuso de Substâncias (53,6%), Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (43,5%), Transtorno de Ansiedade (24,6%), Transtorno de Humor (15,9%), Enurese Noturna (2,9%) e Transtorno de Tourette (1,4%). O autor também verificou que esses jovens apresentavam comorbidades psiquiátricas, 17,4% com dois transtornos psiquiátricos, 26,1% com três transtornos, 14,5% com quatro e 1,4% com cinco transtornos.

De acordo com Botega et al. (2010) entre 25 a 50% das mortes por suicídio podem estar relacionadas com abuso e dependência de

álcool e drogas. A ocorrência do abuso de álcool de modo simultâneo a um transtorno psiquiátrico é um importante fator de risco para o suicídio. Em torno de três quartos dos pacientes dependentes de álcool que morreram por suicídio tiveram um episódio depressivo (Botega et al., 2010).

A pesquisa desenvolvida por Wasserman et al. (2010) constatou que os jovens em privação de liberdade apresentaram taxas mais elevadas da maioria dos distúrbios de saúde mental, maiores índices de comorbidade (Botega et al., 2010; Buttar et al., 2013) e mais tentativas de suicídio ao longo da vida, em relação àqueles que haviam recém entrado no sistema. Também apresentaram taxas significativamente mais elevadas de transtornos afetivos e de ansiedade, juntamente com maiores taxas de tentativas recentes de suicídio. Com isso seus achados apontaram para a importância da definição da justiça em relação as necessidades de saúde mental (Buttar et al., 2013).

Denota-se a partir das pesquisas acima referidas e conforme Stone e Crosby (2014) que o tratamento dos transtornos mentais constitui, portanto, um importante componente na prevenção do suicídio.

d) Fatores de risco ambientais e contextuais

Por fim, fatores ambientais e contextuais dizem respeito ao fenômeno denominado "suicídio contagioso", influência da mídia, acesso a métodos letais (Beautrais, 2000; Kaczmarek, Hagan & Kettler, 2006), bem como a eventos estressantes e circunstâncias adversas na vida como doença física e questões socioeconômicas (Beautrais, 2000; Kaczmarek, Hagan & Kettler, 2006; Stone & Crosby, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), a maioria dos indivíduos que cometem suicídio passaram por acontecimentos estressantes que antecedem ao ato, tais como:

- Problemas interpessoais, tais como conflitos com a família, amigos ou namorado (a).
- Separações da família ou amigos (Suto & Arnaut, 2010).
- Eventos de perda, tais como luto ou questões financeiras.
- Sentimentos de rejeição, vergonha ou culpa (Suto & Arnaut, 2010).

Exposição ao Suicídio

Durkheim alega que relações sociais sólidas constituem um importante fator de proteção ao suicídio. Contudo, autores como Abrutyn e Mueller (2014) afirmam que relações sociais sólidas também tem o poder de aumentar a vulnerabilidade individual quando expõe o sujeito ao suicídio.

Uma parcela dos suicídios de adolescentes está relacionada à vulnerabilidade decorrente da exposição a situações de suicídio. Existem estudos que adotaram, principalmente no que se refere ao suicídio na adolescência, o termo “suicídio contagioso”, utilizado para definir um excessivo número de suicídios que ocorrem em curtos intervalos de tempo um do outro, ou em proximidades geográficas (na mesma ala, por exemplo).

Segundo os autores Gould, Wallenstein e Davidson (1989) e Stone (1999) citado em Werlang (2005), o “suicídio contagioso” está relacionado com o mecanismo das epidemias de suicídio, com identificação e imitação maciça, razão pela qual sempre que um fato ocorre deve-se redobrar a atenção em relação a outras potenciais ocorrências.

Os adolescentes são particularmente mais vulneráveis à sugestibilidade do suicídio pois, dentre outros fatores, possuem maior preocupação e foco em seu status social e relações sociais. Ainda, são influenciados pelos valores e comportamentos de seus pares, com sua noção do eu ainda em formação (Abrutyn & Mueller, 2014).

Um suicídio pode vir a facilitar a ocorrência de outro, seja pelo fato de que a imitação do processo serve como modelo para sucessivos suicídios, seja pelo fato de que a exposição a comportamentos suicidas de outros pode ensinar novas maneiras de lidar com sofrimento emocional (Abrutyn & Mueller, 2014). Esta influência pode se dar através de contato direto com a vítima ou pela transmissão da informação sobre a sua ocorrência.

Tentativa de suicídio

Em outro vértice, a não consumação do suicídio constitui, por si só, um fator de risco, uma vez que estima-se que a consumação do mesmo, via de regra, é precedida de diversas tentativas (Putninš, 2005; Kaczmarek, Hagan & Kettler, 2006; Stone & Crosby, 2014).

Restrição e/ou privação da liberdade

Diante disso, ressalta-se uma preocupação especial com os jovens que estão restritos ou privados de liberdade. A necessidade de avaliar essa questão de forma preventiva envolve, necessariamente, o levantamento dos principais fatores de risco expostos, na medida em que, como já citado, vários fatores de risco para o suicídio são frequentes entre os adolescentes que cumprem medidas restritivas ou privativas de liberdade.

4 O adolescente em cumprimento de medida privativa ou restritiva de liberdade

Compreender as faces do suicídio no contexto da Socioeducação remete também a problematizar os efeitos da privação e restrição de liberdade que atravessam as subjetividades dos adolescentes em conflito com a lei. Nesse sentido as características de uma instituição total, compreendida por Goffman (1987), como estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, caracterizados como local de residência, de lazer e estudos, entre outras atividades, trás em si implicações que podem causar sofrimento intenso nos adolescentes que vivem neste sistema.

Contudo, diante desta realidade há de haver problematizações que possam ressignificar quais serão as possibilidades de ação da comunidade socioeducativa diante da complexidade do suicídio. Incluindo ações de escuta que considerem também as possíveis potencialidades que atravessam esse espaço, como estratégia de enfrentamento a esse fenômeno, compreendendo neste cenário as singularidades que estão presentes nos agires e sentires dos adolescentes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), os indivíduos privados de liberdade apresentam risco de cometimento de suicídio mais elevado do que a população geral. O fato do adolescente se encontrar privado de liberdade pode influenciar as taxas de suicídio de diferentes formas, uma vez que a combinação de alguns fatores de risco podem contribuir para o aumento do risco do suicídio, por isso a importância de atentar-se para as seguintes situações:

- As Unidades de Atendimento Socioeducativo podem comportar grupos vulneráveis, entre eles, pessoas com sofrimento psíquico, em vulnerabilidade/risco social, usuários abusivos de substâncias psicoativas

e/ou com histórico de tentativas de suicídio.

- Embora a grande maioria dos suicídios que ocorrem nas unidades socioeducativas são cometidos por adolescentes do sexo masculino (considerando que a maioria dos jovens em medida são do sexo masculino), conforme já exposto, os adolescentes do sexo feminino tentam suicídio cinco vezes mais do que as adolescentes que se encontram fora das unidades e duas vezes mais do que os adolescentes do sexo masculino em Internação.
- A privação de liberdade e o estresse associado ao dia a dia, devido ao novo ambiente, pode se configurar como dispositivo significativo para potencializar o sofrimento psíquico.

5 Fatores de risco nessa população

A privação ou restrição de liberdade pode ser particularmente difícil para os adolescentes em conflito com a lei. O primeiro passo para reduzir o risco de suicídio do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa reside na compreensão das situações de sofrimento psíquico que o adolescente se encontra.

A privação representa perda da liberdade, mas pode também representar a perda de apoio familiar ou social, medo do desconhecido, medo de violência, incerteza e medo do futuro, embaraço e culpa sobre o ato infracional, bem como medo ou estresse referente ao ambiente de privação de liberdade em que ele se encontra. Além disso a perda da liberdade provoca um aumento do estresse decorrente dos conflitos dentro da instituição, vitimização, frustração e colapso físico e emocional.

Pode-se elencar como dificuldades enfrentadas pelos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e que, por conseguinte, devem ser foco de intervenção: as relações que podem ter sido rompidas com a família e amigos, quantidade e a qualidade dos contatos atuais, preocupações com o bem-estar, confiança e apoio da sua família, abstinência advinda do uso de drogas (Biggam & Power, 2002; Botega et al., 2010; Knoll, 2010; Putninš, 2005).

Estressores ambientais advindos da própria privação de liberdade desempenham um papel significativo nas relações com os suicídios (por exemplo, sanções punitivas recentes, novas acusações, receber uma sentença) (Knoll, 2010).

Huey e McNulty (2005), ainda, elencam que na privação de liberdade outros fatores aparecem como importantes nesse contexto, tais como a superlotação e seus efeitos, por exemplo.

Tapia, McCoy e Tucker (2015) acrescentam que o histórico infracional, tempo de privação de liberdade e fatores demográficos influenciam na incidência de ideação suicida. Isto é, na amostra estudada pelos autores, adolescentes que cometeram atos infracionais mais graves (cometidos com violência), apresentaram maior índice de ideação suicida; adolescentes com condenações anteriores, em outro vértice, apresentaram menores índices de ideação suicida. Isso pode ser explicado, por um viés, pela dessensibilização em relação àqueles que cumprem a primeira medida socioeducativa e, em outro vértice, medo do desconhecido em relação à sua primeira sanção.

Internação e internação provisória

É importante ter um olhar diferenciado entre o adolescente que cumpre internação provisória do adolescente que cumpre internação. Isso porque, muitas vezes, ao recepcionar o adolescente na internação provisória muito pouco se sabe acerca do seu histórico anterior, de modo que a privação de liberdade pode acentuar ideações suicidas já existentes, expondo à risco sua integridade.

Diante disso, é importante a especial atenção aos adolescentes recém-ingressos nas unidades até que haja o respectivo atendimento técnico. Durante o atendimento técnico é importante que haja a abordagem sobre o histórico da família e do próprio adolescente identificando fatores de risco. Ainda que muitas vezes seja difícil mensurar indicadores sobre a necessidade de intervenções mais pontuais sobre este tema, a preocupação neste momento é importante para balizar os encaminhamentos reputados mais adequados.

O atendimento socioeducativo é corresponsável pela garantia de direitos do adolescente, o que também implica na necessidade de procurar identificar e prevenir, sempre que possível, as tentativas de suicídio.

ATENÇÃO

Logo nos primeiros momentos de internação é importante também observar possíveis crises de abstinência ou potencialização de transtornos mentais advindos de agravos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Trata-se de um momento difícil para o adolescente em que a não utilização de drogas potencializa fatores depressivos e de estresses capazes de desencadear diversas reações.



6 Prevenção

A prevenção do suicídio em adolescentes cumprindo medida socioeducativa abrange restringir o acesso a meios que possibilitem a tentativa, treinamento, avaliação, identificação, alojamentos seguros, monitoramento (Stone & Crosby, 2014), como também o suporte do atendimento técnico, o vínculo com toda a equipe socioeducativa e identificar fatores subjetivos.

Sua prevenção também pode incluir a identificação precoce e o correto encaminhamento de casos de transtornos mentais cuja complicação mais grave é o risco de suicídio (Botega et al., 2010).

Isto posto, deve-se atentar ao fato de que não cabe falar de prevenção do suicídio se não houver a inclusão/participação da equipe que acompanha o adolescente e também de seus familiares nas discussões do caso.

Síntese das Melhores Práticas

As melhores práticas para a prevenção do suicídio nas Unidades de Atendimento Socioeducativo estão baseadas nos seguintes elementos:

- Programa de capacitação, incluindo revisões para a equipe da Unidade, o que pode auxiliá-los a reconhecer adolescentes com ideação suicida e responder adequadamente aos que se encontram em risco e que necessitam atenção especial.
- Procedimentos para monitorar sistematicamente os adolescentes durante sua chegada na Unidade e por todo o período de permanência, a fim de identificar aqueles que podem apresentar alto risco.
- Mecanismos para manter o fluxo da comunicação entre os membros da equipe a respeito dos adolescentes com ideação suicida.

- Procedimentos por escrito que definam os requisitos mínimos para alojar os adolescente com risco de suicídio, contendo: provisão de suporte social; rotina de monitoramento constante; uso apropriado de restrição física.
- Desenvolvimento de recursos para o fortalecimento dos vínculos com os serviços de saúde mental para assegurar o acesso a profissionais de saúde mental quando houver a necessidade de avaliação e tratamento.
- Desenvolvimento de estratégia de notificação quando uma tentativa de suicídio ocorrer – consumada ou não - com o intuito de identificar meios de melhorar a detecção do suicídio, monitoramento e gerenciamento das situações de risco nas Unidades.

Os adolescentes que chegam às Unidades de Atendimento Socioeducativo podem apresentar vulnerabilidades ao suicídio, o que pode estar associado à crise da privação de liberdade e à estressores contínuos decorrentes do novo ambiente em que se encontram ou aos fatores de risco preexistentes. Dessa forma, um importante elemento para a prevenção do suicídio nas Unidades de Atendimento Socioeducativo é a avaliação de risco de suicídio, que deve ser vista como parte integrante de um processo holístico que cria uma oportunidade para a discussão entre o adolescente, a equipe da Unidade, sua família e outras redes de apoio.

6.1. Avaliação dos riscos de suicídio em adolescentes cumprindo medida socioeducativa

A Resolução nº 30/2015-GS/SEJU (Anexo I) tem por objetivo parametrizar e unificar os procedimentos adotados para aqueles adolescentes com indícios de transtornos mentais e/ou com risco de suicídio, a fim de se problematizar questões atinentes a esses adolescentes, tais como as implicações desses dados no contexto da justiça e as necessidades advindas dessa população a nível de políticas públicas. A necessidade desse monitoramento já foi aventada por diversos estudiosos da área, dentre eles Wasserman et al (2010) da Columbia University.

Busca-se que a triagem inicial do adolescente avalie informações relativas ao histórico pessoal e familiar de modo comprometido aos principais fatores de risco que indiquem a necessidade de maior acompanhamento. Muitas vezes, com base em informações pretéritas, o adolescente já possui diagnóstico específico.

Quando isto não ocorre é claro que torna-se mais complexa e morosa a avaliação, sobretudo levando em consideração os fatores subjetivos desta análise que muitas vezes não possui uma análise conclusiva. Todavia, a verificação de indicativos não retira a importância do dado e da informação.

Deixar de avaliar adequadamente o risco de suicídio de um adolescente acaba por privar a capacidade de sua identificação, tratamento e gerenciamento (Knoll, 2010). A avaliação, portanto, permite a (a) identificação de fatores de risco e índices de tendências suicidas, (b) implementação de medidas de segurança adequadas e (c) implementação de intervenções de tratamento individualizado destinados a reduzir o risco de suicídio do indivíduo (Knoll, 2010). O valor da identificação de fatores de risco vai além da avaliação na medida em que ela permite que se atinja fatores potencialmente modificáveis, com intervenções de tratamento adequadas (Knoll, 2010).

É necessário transparecer o objetivo da notificação que é monitorar os casos que comportem maior preocupação e supervisão da equipe,

bem como identificar e permitir uma melhor articulação da Direção do Departamento de Atendimento Socioeducativo para os casos em que seja recomendável a extinção ou a suspensão da medida socioeducativa em busca da promoção da saúde mental do adolescente.

As referidas informações compõe os indicadores de saúde mental, que subsidiam dados para gestão da política pública para a socioeducação, com inclusão dentro do Sistema Informatizado de Medidas Socioeducativas – SMS e consequente projeção na ferramenta de tecnologia da informação Business Intelligence.

A partir desta adaptação do SMS, as informações são compartilhadas entre os três eixos previstos no Plano Nacional de Socioeducação concernente a gestão, articulação e fiscalização da política socioeducativa, razão pela qual abrange a Administração Direta e o Conselho Estadual da Criança e do Adolescente que já possui acesso às referidas informações subsidiando propostas e encaminhamentos.

6.1.1 A Recepção do Adolescente na Unidade

A partir dos fatores de risco do suicídio tratados anteriormente, o próximo passo é implementar uma avaliação para os novos adolescentes que ingressam na Unidade. Visto que os suicídios em internação provisória podem ocorrer dentro das primeiras horas, a triagem referente ao suicídio deve ocorrer o mais breve possível após a entrada na instituição. Para ser efetiva, ela deve ser preferencialmente realizada no momento em que os adolescentes chegam na Unidade ou quanto antes puder a equipe técnica agendar o atendimento, bem como sempre quando as circunstâncias ou condições modificarem, sendo primordial à atenção aos sinais por toda equipe socioeducativa.

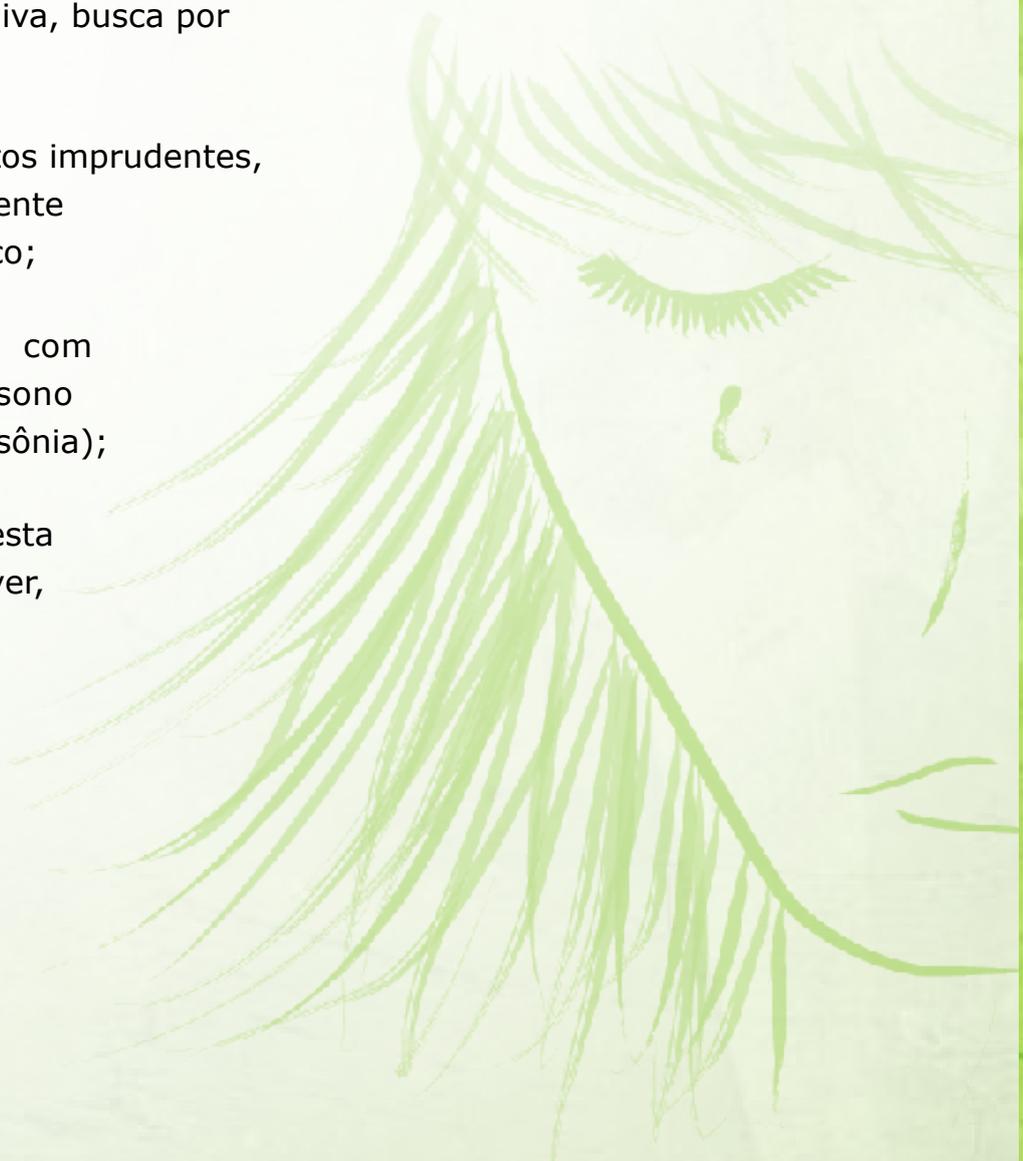
Nos CENSE's de Internação Provisória onde a rotatividade é alta o monitoramento de todos os adolescentes que ingressaram pode tornar-se difícil. Todavia, deve-se realizar o monitoramento para aqueles adolescentes que apresentam alto risco e aqueles que demonstram sinais de intenção suicida, conforme as diretrizes que serão tratadas na sequência.

Quando há profissional da saúde na composição da equipe da Unidade, o monitoramento do suicídio pode ser iniciado dentro do contexto de uma avaliação inicial de saúde. Este deve ser uma responsabilidade de toda a equipe do sistema socioeducativo articulada com a rede de atendimento municipal, devendo estar preparada para verificar a possibilidade de cometimento do suicídio. Por isso a importância dos Estudos de Caso, com representantes de todos os setores da unidade.

Dentro do contexto da Unidade de Atendimento Socioeducativo, os seguintes itens podem ser utilizadas para estabelecer o risco e uma posterior necessidade de intervenção:

- O adolescente se encontra em crise de abstinência;
- O adolescente expressa altos níveis de vergonha, culpa e preocupação sobre a privação de liberdade;
- O adolescente expressa desesperança ou medo do futuro ou mostra sinais de depressão, tais como choro, diminuição de sentimentos e da expressão verbal;
- O adolescente se automutila;
- O adolescente admite pensamentos frequentes de suicídio;
- O adolescente já recebeu tratamento anterior decorrente de problemas psíquicos;
- O adolescente sofre atualmente de um transtorno psiquiátrico ou age de maneira incomum, tais como dificuldade em focar a atenção, falando sozinho, ouvindo vozes;
- O adolescente fez uma ou mais tentativas de suicídio e/ou admite que o suicídio é uma opção frequentemente aceitável;

- O adolescente possui históricos anteriores de violência e/ou históricos familiares de transtornos mentais e casos de suicídio na família;
- O adolescente ameaça prejudicar ou acabar com a própria vida;
- O adolescente procura ou acessa meios, tais como: comprimidos, armas, etc;
- O adolescente tem provas ou expressão de um plano de suicídio;
- O adolescente expressa (escrita ou verbalmente) ideação suicida ou desejo morrer;
- O adolescente sofre com desesperança;
- O adolescente tem raiva, busca por vingança;
- O adolescente tem atos imprudentes, envolvendo impulsivamente comportamentos de risco;
- O adolescente sofre com ansiedade, agitação, sono anormal (demais ou insônia);
- O adolescente manifesta nenhuma razão para viver, nenhum propósito na vida.



A melhor maneira de descobrir se o adolescente tem riscos de suicídio é perguntar para ele. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não coloca a ideia na cabeça das pessoas. De fato, elas ficarão aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e as questões com os quais estão se debatendo.

1) COMO PERGUNTAR?

É importante aproximar-se do assunto gradualmente e com sensibilidade.

2) QUANDO PERGUNTAR?

- Quando o adolescente tem o sentimento de estar sendo compreendido.
- Quando o adolescente está confortável falando sobre seus sentimentos.
- Quando o adolescente está falando sobre sentimentos negativos, de solidão, desamparo, etc.

3) O QUE PERGUNTAR? (KNOLL, 2010)

É certo que não existe fórmula fechada para abordagem, o que dependerá da técnica a ser utilizada pelo profissional. Delimita-se abaixo algumas possíveis intervenções sugeridas pela literatura especializada.



1. Perguntas iniciais

Como você está se sentindo?

Você se sente infeliz, sem esperança?

Você alguma vez sentiu que a vida não valia a pena?

Como você se imagina no futuro?

Alguma vez na vida você pensou em se auto-agredir?

2. Depois do conhecimento da ideia suicida

O que te levou a ter esses pensamentos?

Quantas vezes esses pensamentos ocorreram (frequência, intensidade, controlabilidade)?

Quão perto você chegou de colocar esses pensamentos em prática?

Qual a probabilidade de você os colocar em prática no futuro?

O que você acha que aconteceria se isso realmente acontecesse?

Você tinha um plano específico para se ferir ou se matar?

Você fez alguma preparação?

Que coisas o levariam a se sentir mais esperançoso sobre o futuro?

Que coisas poderiam acontecer que tornariam a probabilidade de você querer se matar ainda maior?

Quais coisas na sua vida fazem você querer continuar a viver?

Se você começasse a ter novos pensamentos suicidas, o que você faria?

3. Depois de uma tentativa de suicídio

Você pode me descrever o que aconteceu?

Quais pensamentos você teve antes disso acontecer?

O que você acha que aconteceria caso isso tivesse acontecido?

Havia outras pessoas presentes no momento?

Você buscou ajuda depois dessa tentativa ou alguém o ajudou?

Você planejou que o achassem ou foi acidental?

Como você se sentiu depois do ocorrido (exemplo: alívio, arrependimento por estar vivo)?

4. Após repetidas ideações e/ou tentativas de suicídio

Quantas vezes você já tentou machucar a si mesmo?

Quando foi a última vez?

Você pode descrever seus pensamentos no momento em que você estava pensando mais seriamente em suicídio?

Quando foi sua tentativa mais séria de suicídio?

O que o levou a fazer isso e o que aconteceu depois?

Todas essas questões precisam ser perguntadas com cuidado, preocupação e empatia.

O que evitar? (Knoll, 2010)

- Perguntar sobre opiniões e / ou impressões neste momento;
- Ignorar a situação;
- Ficar chocado ou envergonhado e/ou em pânico;
- Falar que tudo vai ficar bem;
- Desafiar o adolescente a continuar em frente;
- Fazer o problema parecer trivial;
- Dar falsas garantias;
- Manter a situação em segredo;
- Deixar o adolescente sozinho e/ou com objetos de risco.

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

As informações coletadas a partir do roteiro de perguntas elencadas acima, somadas aos eventos relevantes da história do adolescente, experiências crônicas, condições aguda e as redes de apoio disponíveis podem ser utilizados para compreender o grau de risco de suicídio (Perlman 2011). Assim, é importante que cada adolescente seja atendido de forma diferenciada, de acordo com a classificação dos tipos de risco e as características apresentadas (Perlman 2011):

1. BAIXO RISCO

O adolescente teve alguns pensamentos suicidas, como “Eu não consigo continuar”, “Eu gostaria de estar morto”, mas não apresenta uma ideação.

Ação necessária (Perlman, 2011):

- Oferecer apoio emocional, orientações e monitoramento de um possível desenvolvimento de outros sinais de alerta;
- O adolescente deverá ser encaminhado a um médico ou a um profissional de saúde mental. Os encaminhamentos podem partir do técnico de referência, mas é primordial a comunicação entre a equipe. Para tanto, os socioeducadores devem realizar reuniões de estudo de caso para decidirem os melhores encaminhamentos para cada adolescente.

2. MÉDIO RISCO

O adolescente tem pensamentos e planos de cometer suicídio imediatamente.

Ação necessária:

- Ofereça apoio emocional, trabalhar os sentimentos/pensamentos suicidas;
- O técnico de referência deve encaminhar o adolescente a um psiquiatra, ou médico o mais breve possível. O técnico de referência que atende o adolescente deve reforçar a importância do apoio dado pela família, pelos amigos e colegas.

3. ALTO RISCO

O adolescente tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo imediatamente. Deve-se prestar especial atenção àqueles que realizaram tentativas recentes.

Ação necessária:

- Estar junto do adolescente. Nunca deixá-lo sozinho;
- Fazer um contrato. Extraia uma promessa do adolescente de que ele não vai cometer suicídio sem que se comunique com a equipe e por um período específico;
- O técnico de referência do adolescente deve entrar em contato com um profissional da saúde mental ou médico para providenciar encaminhamento adequado (hospitalização). O adolescente deve ser encaminhado imediatamente ao pronto-atendimento. É importante ficar próximo para evitar tentativas durante o trajeto e garantir a chegada do adolescente em segurança;
- Informar a família.

Uma vez que qualquer risco de suicídio for identificado, deve ser notificado nos prontuários para que a informação seja repassada à equipe do outro plantão. A avaliação referente ao suicídio não se restringe à entrada do adolescente na Unidade, nem deve ser considerada ferramenta exclusiva. Afinal, ela pode ser utilizada a qualquer tempo durante o período do cumprimento da medida para identificar o risco e a necessidade de intervenção.

É importante que os técnicos de referência e/ou a equipe de saúde da Unidade encaminhem relatório ao Juízo, Ministério Público, Defensoria Pública e também à Direção do Departamento de Atendimento Socioeducativo da SEJU, seja através dessa triagem, estudos de caso, de reuniões periódicas, como também atentarem para a necessidade de encaminhamento à Rede.

ENCAMINHANDO O ADOLESCENTE COM RISCO DE SUICÍDIO

Atenção aos seguintes itens!

Quando encaminhar?

Quando o adolescente tem:

- Doença psiquiátrica;
- Histórico de tentativas de suicídio anteriores;
- História familiar de suicídio, abuso de álcool e/ou drogas, ou doença mental;
- Doença física;
- Nenhum apoio social.

Como encaminhar?

- Explicar ao adolescente a razão do encaminhamento para o atendimento médico;
- Manter contato periódico.

Quando o adolescente necessitar de internação psiquiátrica, o CENSE ou Casa de Semiliberdade poderá solicitar conforme procedimento descrito no Anexo III.

Recursos da Comunidade

As fontes de apoio podem ser:

- Família;
- Amigos;
- Igrejas;
- Profissionais de saúde;
- ONG's, entre outros.

Como obter esses recursos?

- Tente conseguir permissão do adolescente para mobilizar quem possa ajudá-lo. Após, entre em contato com essas pessoas;
- Mesmo que a permissão não seja dada, tente localizar alguém que seria particularmente compreensivo com ele;
- Fale com o adolescente e explique que algumas vezes é mais fácil falar com um estranho do que com uma pessoa amada, para que ele (a) não se sinta negligenciado ou ferido;
- Fale com as pessoas de apoio sem acusá-las ou fazê-las sentirem-se culpadas;
- Assegure novamente seu apoio nas ações que serão tomadas;
- Fique atento, também, às necessidades dos que se propuseram a ajudar.

Somado a isso, no caso de constatação pela equipe técnica de indicativo de transtorno mental que comprometa a capacidade de autodeterminação do adolescente, de intensidade que possa levá-lo ao suicídio, o Diretor da Unidade designará educador social para vigilância diuturna, a quem caberá:

- Registrar as informações em livro de ocorrência;
- Realojar o adolescente em local de melhor visualização;
- Manter o acesso ao alojamento facilitado (chaves na mão);
- Verificar os materiais que estão dentro do alojamento do adolescente discutindo com a equipe os materiais que devem permanecer no alojamento, conforme o risco apresentado de suicídio;

- Retirar os materiais que possibilitam risco;
- Manter em observação e monitoramento contínuo, registrando em livro de ocorrência, as atitudes que contribuam para as próximas tomadas de decisão da equipe, tais como: alimentação, ingestão de medicamentos, alteração de humor, discussões com outros adolescentes, choro, tristeza, sono, etc.
- Verificar as atitudes suspeitas dos demais adolescentes em casos em que estejam incentivando esse adolescente a cometer o suicídio;
- Atentar para que nenhum objeto seja repassado por outros adolescentes;
- Solicitar apoio quando necessário ausentar-se do posto, e somente ausentar-se após a chegada do apoio;
- Manter-se com HT/rádio, sempre com as cargas completas;
- Manter a equipe em alerta e findar com um plano de ação rápida quando da urgência de abertura da porta;
- Executar as atividades propostas pelo cronograma pedagógico;
- Definir com a equipe um plano de horários principalmente para as trocas de educadores.

O monitoramento adequado a esses adolescentes é essencial, principalmente durante o período do plantão da noite, quando a equipe se encontra reduzida. É importante que o nível de monitoramento esteja associado ao nível do risco, ou seja, os adolescentes com alto risco para o suicídio necessitam de supervisão constante.

ORIENTAÇÕES AOS EDUCADORES SOCIAIS

Os educadores sociais representam importante função por ser o principal e mais frequente elo de contato entre o adolescente e o atendimento imediato prestado na Unidade de Atendimento Socioeducativo.

Quando há tentativa de suicídio evidentemente as atenções devem ser redobradas por toda a equipe, incluindo-se os educadores sociais.

A observância desses critérios, independentemente da relação de educadores por socioeducando, preza por manter o olhar atento nos momentos que possam exigir efetiva intervenção da equipe sem prejudicar o regular funcionamento da Unidade de Atendimento Socioeducativo com a inserção do adolescente em atividades (que também consistem em critérios essenciais para prevenção das referidas ocorrências).

ORIENTAÇÕES AOS PROFESSORES

Assim como os educadores sociais, os professores representam papel primordial na identificação de sinais de risco e, conseqüentemente, na prevenção do suicídio.

O momento de sala de aula é um espaço no qual o adolescente está num contexto de relacionamento com seus pares e, por esse motivo, algumas características podem ser mais facilmente evidenciadas. Esse ambiente é propício para se identificar os sinais de alerta, tais como, isolamento, apatia, pouca participação nas atividades.

É de suma importância que essas constatações sejam relatadas no diário de aula e que sejam levadas ao pedagogo do PROEDUSE, responsável pela articulação das informações com o pedagogo da Unidade de Atendimento Socioeducativo.

O que diz o CONANDA?

A Resolução n. 119 do CONANDA recomenda o número ideal de servidores por socioeducando em situações que exijam intervenção diferenciada, incluindo-se os casos de suicídio, hipótese em que se recomenda um educador social por adolescente.

Muitas vezes isto é possível, conforme a composição do plantão e a dinâmica da unidade naquele dia específico. É claro que o conceito de vigilância diuturna recomenda a proporcionalidade equivalente a de uma eventual intervenção com previsão de um educador para cada adolescente. Todavia, mesmo quando isto não é possível, pode-se prever rotinas de segurança que garantam a adequada supervisão do adolescente.

Entretanto, importante frisar que a recomendação deste número não pode subverter o conceito de socioeducação que exige a inserção do adolescente em atividades, que também reduzem significativamente os fatores de risco para suicídio e agravo de outras situações. As atividades sempre permitem a redução dos fatores de estresse ocasionados pela privação de liberdade e destensionam a unidade como um todo.

Nos momentos em que o adolescente permanece sozinho no alojamento ou em horários de maior dispersão da equipe, cumpre definir rotinas próprias da unidade que mantenham o zelo pela integridade do adolescente.

Em virtude disso pontuam-se algumas práticas necessárias para salvaguarda da vida do adolescente evitando-se as ocorrências e consequentemente a necessidade de efetiva intervenção mediante vigilância diuturna de modo adequado às especificidades das unidades socioeducativas.

Facilidade de acesso a meios letais

O imediato acesso a um método para cometer suicídio é um importante fator determinante para um indivíduo cometer ou não suicídio. Reduzir o acesso a métodos de cometer suicídio é uma estratégia efetiva de prevenção.

A definição dos protocolos devem ser debatidos de acordo com a individualidade do adolescente e devem compor a diretriz dos plantões em relação aos referidos adolescentes que comportem monitoramento mais intenso.

6.1.2 Monitoramento

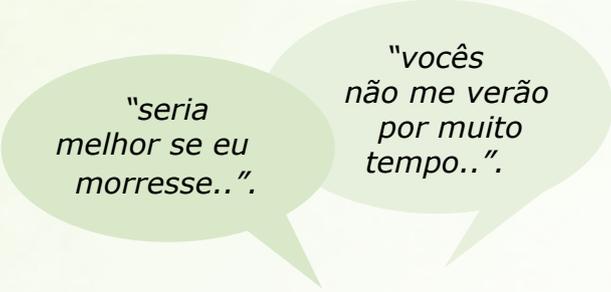
Devido à possibilidade da ocorrência de suicídio após o período inicial do cumprimento da medida, não é o suficiente monitorar os adolescentes somente no período da entrada, mas sim em intervalos regulares de tempo. Para ser efetiva, a prevenção do suicídio deve envolver observação contínua. A equipe socioeducativa deve estar apta para se manter vigilante durante a permanência do adolescente na Unidade. Dessa forma, a equipe pode detectar um possível cometimento de suicídio de acordo com as seguintes ações:

- A rotina de segurança deve observar indícios de intenção suicida; perda do interesse em atividades habitualmente desenvolvidas ou relacionamentos; recusa em tomar medicação ou pedido de aumento da dosagem e/ou em outros sinais identificáveis como legitimadores de especial atenção.
- Conversas com o adolescente sobre a duração da medida ou outros períodos críticos, tais como a morte de um membro da família, pode auxiliar na identificação de sentimentos de desesperança ou intenção suicida.
- Uma conversa com familiares e amigos próximos do adolescente durante o período das visitas pode contribuir na identificação da ideia suicida. Por isso as famílias devem ser encorajadas a informar os profissionais sobre a possibilidade dos adolescentes nutrirem desejos suicidas.

A maioria das pessoas com risco de suicídio comunica seus pensamentos e intenções suicidas também a partir da comunicação não-verbal, motivo pelo qual ambos pedidos de ajuda não podem ser ignorados (Biggam & Power, 2002).

Mensagens diretas

- Mensagens verbais:



*"seria
melhor se eu
morresse..".*

*"vocês
não me verão
por muito
tempo..".*

- Ameaças de suicídio: "vou me matar, quero morrer...".
- Comportamentos autodestrutivos e perigosos.

Mensagens indiretas

- Referir-se ao suicídio de modo indireto: "sou inútil, vocês estarão melhor sem mim, fazer piadas sobre suicídio...";
- Preparar-se para uma viagem, redigir cartas de adeus;
- Interessar-se por temas relativos à morte;
- Transtornos do apetite;
- Transtornos do sono (insônia ou hipersonia);
- Falta de energia ou grande agitação;
- Perda de interesse e prazer nas atividades;
- Tristeza, choro, falta de coragem;
- Indecisão;
- Automutilação;

- Irritabilidade;
- Alta impulsividade;
- Sentimentos de desvalorização, baixa autoestima;
- Ansiedade aumentada;
- Retraimento e busca da solidão.

Comportamentos

- Dificuldade de concentração;
- Diminuição no rendimento escolar;
- Descuido com a aparência;

Deve-se redobrar o cuidado com saídas externas, sobretudo durante o cumprimento de medida de Semiliberdade. Quando o educando se encontra em internação provisória ou quando entra diretamente em unidade de internação, deve-se prestar atenção a uma possível crise de abstinência.

Fatores situacionais

Os adolescentes que se encontram em Internação Provisória ou em Internação tendem a utilizar o enforcamento como meio para cometer o suicídio.

Geralmente as tentativas ocorrem em alojamentos individuais ou quando a equipe se encontra reduzida ou em momentos de trocas de plantão ou saídas dos educadores sociais de referência. Por este motivo é tão comum as tentativas em plantões noturnos, fins de

semanas, nos momentos de troca de turno ou em lapsos durante recolhimento de refeições ou apoio em local diverso do alojamento.

Deve-se prestar atenção aos adolescentes que encontram-se em isolamento, visto que a segregação pode aumentar o risco do cometimento de suicídio, bem como nos casos em que existe indicação técnica de maior vigilância.

Fatores Psicossociais

Pouco suporte familiar e social, comportamento suicida anterior (especialmente dentro do último ou dos 2 últimos anos), um histórico psiquiátrico (Moore, Gaskin & Indig , 2015) ou problemas emocionais são comuns entre os adolescentes com ideação suicida. Quaisquer que sejam as vulnerabilidades vivenciadas pelos adolescentes em conflito com a lei, indícios comuns ao cometimento do suicídio são: sentimentos de desesperança, diminuição de projetos para o futuro e dificuldade de adaptação. O suicídio então pode ser visto como única saída para os sentimentos de desespero e falta de esperança. Dessa forma, os indivíduos que verbalizam esse tipo de sentimentos ou admitem a intenção suicida ou planos para o suicídio devem ser considerados.

CUIDADO: Merece especial atenção os casos de repentina melhora daqueles adolescentes que já tentaram ou revelaram indicativos sérios de suicídio. A manipulação de quem realmente possui ideação suicida pode ser estratégica para facilitar momentos de distração para a efetiva consumação do ato.

A maioria dos suicídios tende a ocorrer quando o adolescente é isolado do grupo de adolescentes. Assim, quando colocados em alojamentos isolados pode ser gerado um aumento do risco de suicídio. Acomodar estes adolescentes em um alojamento compartilhado pode reduzir significativamente o risco, particularmente quando colocado com outros adolescentes que possam ser solidários e compreenderem a situação. Entretanto, a acomodação de um adolescente potencialmente

suicida em um alojamento compartilhado nunca deve ser considerada como um substituto ao suporte social e ao monitoramento adequado pela equipe especializada. Nesse caso, os familiares também podem ser uma importante fonte de recursos para o suporte social.

É importante perceber, contudo, que se o monitoramento ou as intervenções forem realizados de forma negligente ou pouco cuidadosa podem haver riscos.

Ressalta-se a importância da avaliação pela equipe socioeducativa de como deverá ser feita essa acomodação, bem como quem serão os adolescentes que compartilharão esse espaço.

Como um monitoramento adequado e contínuo se faz necessário, o gerenciamento do processo deve ser estabelecido com procedimentos claros, articulados e que definam responsabilidades para o alojamento, supervisão contínua e intervenções de saúde mental voltados aos adolescentes que são considerados propensos para o cometimento do suicídio.

Posteriormente à avaliação e ao constante monitoramento, faz-se necessária a promoção de fatores de proteção, que são aqueles que reduzem o risco de suicídio, a fim de promover a resiliência do indivíduo (Moore, Gaskin & Indig, 2015).



7 Fatores de proteção

Fatores de proteção são aqueles fatores que protegem o indivíduo no desenvolvimento de comportamentos suicidas (Beautrais, 2000) e são caracterizados como biopsicossociais, ambientais e socioculturais (Stone & Crosby, 2014). Os fatores biopsicossociais incluem os fatores genéticos, personalidade, estilos de enfrentamento e de interação com os outros (como a família e os amigos). Assim, a intervenção social deverá focar nesses fatores e também nos ambientais e socioculturais, que tratam, por exemplo, do fortalecimento do vínculo familiar, desenvolvimento de habilidades para a resolução de conflitos, monitoramento do acesso a meios letais e participação em instituições religiosas (Stone & Crosby, 2014).

Ainda, elenca-se como tais, a harmonia familiar, pertencimento a um grupo social, repertório de habilidades sociais, habilidades de enfrentamento e resolução de problemas, crenças e valores positivos e auto-estima elevada (Beautrais, 2000).

As habilidade de enfrentamento e resolução de problemas referem-se ao processo pelo qual os indivíduos identificam e lidam com os problemas que ocorrem em sua vida cotidiana. Na perspectiva da saúde mental, a resolução de problemas serve como uma habilidade ampla que permite que os indivíduos selecionem e emitam uma série de comportamentos efetivos a fim de melhorar seu bem-estar psicológico e social (Biggam & Power, 2002).

Biggam e Power (2002) sugerem, portanto, que trabalhar o repertório de resolução de problemas pode ser uma abordagem importante na intervenção com adolescentes em conflito com a lei que são vulneráveis, na medida em que poderiam desenvolver habilidades para identificar, pensar e resolver situações interpessoais difíceis associadas à vida na Unidade de Atendimento Socioeducativo.

Perlman (2011) acrescenta outros pontos a serem trabalhados, tais como:

- Apoio da comunidade;
- Sentimento de pertença, senso de identidade, e uma boa auto-estima;
- Crenças e conexões espirituais, religiosas e culturais;
- Elaboração de metas futuras;
- Utilização do tempo de lazer de forma construtiva (atividades agradáveis);
- Suporte por meio de relações de cuidado de saúde mental;
- Atendimento clínico eficaz para transtornos por uso de substâncias químicas e outros transtornos mentais;
- Acesso restrito a meios altamente letais para o suicídio.

Como Ajudar o Adolescente com Risco de Suicídio?

A Organização Mundial da Saúde (2006) dispõe que deve-se proporcionar as melhores condições possíveis para o atendimento dos adolescentes, desde o tratamento eficaz de perturbações mentais até o controle ambiental de fatores de risco.

O contato inicial com o adolescente em risco é muito importante.

O primeiro passo é achar um lugar adequado onde uma conversa possa ser mantida com privacidade razoável.

O próximo passo é reservar o tempo necessário. Adolescentes com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo e o profissional precisa estar preparado para lhes dar atenção.

A tarefa mais importante é ouvi-los efetivamente. Conseguir esse contato e ouvir é, por si só, o maior passo para reduzir o nível de desespero.

É importante que a equipe também se remeta às mensagens indiretas. Além do que é dito pelo adolescente existem outras formas de manifestar a intenção do ato.

Todas as formas de manifestação merecem a devida atenção, mesmo quando há a possibilidade de manipulação por parte do adolescente, visto que a manipulação por si só já é um risco.

Neste caso é importante o bom senso e sensibilidade da equipe para saber lidar com o adolescente concedendo-lhe a devida atenção e evitando, por outro lado, o aumento de tentativas ou influências de terceiros.

Como se comunicar

Ouvir atentamente, ficar calmo.

Entender os sentimentos do adolescente (empatia).

Dar mensagens não verbais de aceitação e respeito.

Expressar respeito pelas opiniões e pelos valores.

Conversar honestamente e com autenticidade.

Mostrar preocupação e cuidado.

Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não julgamento é fundamental para facilitar a comunicação.

Como NÃO se comunicar

Interromper muito frequentemente.

Ficar chocado ou muito emocionado.

Dizer que você está ocupado.

Tratar o adolescente de maneira que o coloque em uma posição de inferioridade.

Fazer comentários invasivos e pouco claros.

Fazer perguntas indiscretas.

Ouçã com cordialidade; trate com respeito; empatia com as emoções; cuidado com o sigilo.

Como abordar o adolescente

Quando a equipe suspeita da possibilidade de um comportamento suicida, os seguintes aspectos necessitam ser avaliados:

Estado mental atual e pensamentos sobre morte e suicídio.

Plano suicida atual – quão preparado o adolescente está, e quão cedo o ato está para ser realizado.

Sistema de apoio social da pessoa (família, amigos, etc.).

Ambiente Físico

O acesso imediato a um método para cometer suicídio é um fator importante na determinação ou não do ato. Reduzir esse acesso é uma efetiva estratégia de prevenção dentro da Unidade Socioeducativa. Além da vigilância permanente, deve-se remover os possíveis meios para cometimento do suicídio. Essa estratégia é particularmente eficaz na prevenção do suicídio altamente letal e/ou impulsivo (Stone & Crosby, 2014).

A maioria dos adolescentes comete suicídio por enforcamento, utilizando-se objetos de vestuário tais como meias, roupas íntimas, cintos, cadarços, camisetas ou roupas de cama e banho, tais como lençóis e toalhas. Para um ambiente seguro deve-se evitar os riscos, adotando-se mecanismos de controle dos materiais disponíveis e realizando-se o monitoramento constante dos alojamentos.

O repasse de materiais também devem ser evitados e supervisionados.

O monitoramento por câmeras pode auxiliar a supervisão dos adolescentes em risco de suicídio, contudo, não substitui a presença física dos educadores pois a câmera pode apresentar alguns pontos cegos que comprometem a precisão da observação. Faz-se necessário, portanto, acompanhamento e avaliação de outros fatores de risco para uma eficaz intervenção (Stone & Crosby, 2014).

Fluxo de garantia de direitos

Já falamos sobre fatores de risco sobre suicídio. Nesse sentido, uma grande dificuldade são os casos de adolescentes com indicativos graves de transtorno e consequente dificuldade de convivência com os demais adolescentes, o que gera maiores óbices para a reinserção em atividades coletivas e muitas vezes ocasiona a necessidade de mudança de casas, alas ou galerias. Neste caso, deve-se buscar especial atenção buscando dialogar em prol da interação do adolescente.

É importante sempre observar que a medida socioeducativa somente deve ser aplicada quando o adolescente tiver compreensão sobre a sua aplicação, o que, nos termos da Lei nº 12.594/2012, deve ocorrer quando houver efetiva possibilidade de responsabilização do adolescente pelo ato infracional, fomentando-se a compreensão sobre o caráter educativo e formativo aptos a (re)instituir direitos, interromper a trajetória infracional e permitir o fortalecimento de vínculos comunitários e familiares através da especificidade do atendimento socioeducativo.

Diante disso é importante que a equipe técnica se posicione com clareza sobre a indicação e viabilidade de cumprimento de medida socioeducativa pelo adolescente, recomendando-se, quando for o caso, o encaminhamento a medidas protetivas e/ou de atendimento à saúde, seja ela em atendimento ambulatorial ou hospitalar conforme a gravidade do caso.

Nesse sentido a análise da equipe técnica deve buscar observar a capacidade de compreensão da medida socioeducativa, analisando-se a possibilidade do adolescente frequentar a rede de atendimento de saúde durante o cumprimento de medida socioeducativa ou a necessidade de extinção da medida pela incapacidade de cumprimento pelos critérios técnicos e de saúde acima apontados.

Logo, em casos de diagnóstico de transtornos mentais graves, que comprometam o entendimento do adolescente, deve-se indicar tecnicamente tais casos e informar à Direção do DEASE, ao Poder Judiciário e demais atores do Sistema de Garantia de Direitos para que tenham conhecimento sobre esta informação, a qual seguirá o seguinte fluxo de atendimento:

FLUXO UNIDADES - DEASE - ATJ ADOLESCENTES COM POSSIBILIDADE DE LIBERAÇÃO

DEASE identifica, via BI-MSE, casos aptos à revisão processual e solicita informações à direção e equipe técnica da unidade.

É caso de apreensão irregular e a Direção da Unidade não consegue liberação diretamente com o Juízo local?

NÃO

Direção da Unidade informa ao DEASE o motivo, vez que foi identificado através de informações preenchidas no SMS pela unidade.

SIM

Direção da Unidade encaminha Relatório Técnico ao DEASE

DEASE encaminha Relatório Técnico da Unidade + Sentença (extraída do SMS) à ATJ que analisará o caso para tomada de providências jurídicas cabíveis

Se ainda assim o juízo entender pela manutenção da privação de liberdade

Encaminha Parecer + Relatório Técnico da Unidade + Sentença + Resposta pela manutenção aos órgãos competentes
* Com cópia à Unidade interessada

Encaminha Parecer + Relatório Técnico da Unidade + Sentença à Direção da Unidade para contato com o Juízo de execução

Importante registrar que não se pode imputar ao adolescente tratamento mais gravoso do que ao adulto, de modo que os casos em que se deflagraria a inimputabilidade aos adultos – pela impossibilidade de responsabilização pelos seus próprios atos – também não se pode permitir que os adolescentes sejam submetidos aos ambientes de internação ou semiliberdade quando não se adequem às hipóteses que legitimam a aplicação de medida socioeducativa conforme seus princípios e objetivos previstos em lei.

Nesses casos, deve-se pleitear a extinção da medida socioeducativa requisitando-se serviços públicos de saúde e/ou protetivos aptos a resguardarem o tratamento mais adequado ao adolescente.

Quando se tratar de adolescente de alto risco para o cometimento do suicídio, ainda, identificado pela equipe da Unidade, com indícios de doença mental, deverá ser encaminhado para equipe da rede de saúde mental para avaliação e tratamento, acompanhados pelos técnicos de referência da unidade.

A equipe da Unidade precisará buscar os recursos existentes na comunidade. Isso significa que a Justiça, o sistema de saúde e saúde mental devem estar integrados no serviço de prevenção do suicídio. Inclui-se nessa rede os serviços em hospitais gerais, serviços de emergência, instalações psiquiátricas, programas comunitários de saúde mental, entre outros.

9 O que fazer após o ocorrido

Diante do caso extremo, quando o adolescente se suicida em ambiente socioeducativo, as ações seguintes deverão ser tomadas (Santos, 2014):

- A primeira atitude é verificar se o adolescente ainda tem vida, ele pode estar caído, desmaiado, pendurado (nesse caso deve ser retirado para averiguação do estado clínico), etc.
- Um servidor qualificado deverá iniciar o procedimento de reanimação (até que o médico ou paramédico chegue e prossiga o atendimento).
- Se está vivo os procedimentos devem seguir as mesmas ações descritas no caso da tentativa de suicídio.
- Um profissional de saúde deverá iniciar o primeiro contato e, posteriormente, um médico (ou paramédico) deverá ser chamado ao local para atestar as condições do suicida.

Se confirmado o óbito:

- Manter intacta a cena do suicídio. A área deverá ser isolada até a liberação da Polícia Científica.
- Comunicar o diretor a respeito do ocorrido.
- O diretor deverá comunicar o Departamento de Atendimento Socioeducativo o mais breve possível. Primeiramente por contato telefônico e depois oficializar o comunicado por escrito e encaminhar um relatório pormenorizado sobre o evento.

- O diretor deverá comunicar a Assessoria de Imprensa, com maior agilidade possível.
- (Obs.: Não se pode passar informações à Imprensa ou terceiros, nem permitir acesso ao interior da Unidade. O contato com a Imprensa é competência da Assessoria de Imprensa).
- A polícia competente no município deverá ser acionada.
- Assim que confirmada a morte, a família do adolescente deverá ser informada, preferencialmente de forma presencial por algum técnico da equipe.
- Os pertences do adolescente deverão ser organizados para entrega a família.
- Em relação aos procedimentos administrativos (compra de caixão traslado do corpo, etc) o setor administrativo deverá seguir o mesmo rito do PROCESSO ADMINISTRATIVO PARA COMPRA.
- Dependendo dos serviços existentes no município, o IML, ou similar terá que ser acionado.
- O diretor deverá comunicar imediatamente ao juiz e Ministério Público. A informação para o juiz deverá conter ofício e relatório sucinto, xerox dos documentos e pedindo de liberação do corpo.
- Solicitar de Boletim de Ocorrência na delegacia competente.
- Pedir ofício ao juiz para Delegacia competente e para IML solicitando liberação do corpo para Unidade.
- Solicitar ao IML a Guia Amarela.
- Contatar a funerária para informação e providências quanto ao corpo, traslado (quando fora do município), velório e sepultamento.

- Comparecer ao IML para reconhecimento do corpo e liberação para funerária.
- Diretor da Unidade definirá um servidor para acompanhamento do corpo até funerária e entrega do corpo.
- Entregar o corpo e dos pertences aos familiares, com toda documentação, mediante recibo assinado.
- Procurar meios para que a normalidade dentro da instituição ocorra da melhor forma e mais brevemente possível. Ou dependendo da avaliação da equipe as atividades poderão ser interrompidas parcialmente ou totalmente¹.
- Traçar um plano de ação que vise atender aos sobreviventes do suicídio. Nisto inclui: familiares, adolescentes e socioeducadores.
- Nas próximas semanas deverão ser intensificadas as ações de prevenção ao suicídio. Tais ações deverão englobar atendimentos técnicos (individuais e grupo), encaminhamentos necessários a rede e reforço dos procedimentos de segurança.

Tentativa de suicídio:

No caso das tentativas de suicídio estamos diante de um quadro emergencial. Não há tempo para discussões teóricas ou interpretações, se são reais ou manipulativas os intentos do suposto suicida. Aqui cabe um único foco, as consequências do ato.

Após a inibição da concretização do ato, a equipe deverá imediatamente tomar as seguintes providências:

- Retirar o adolescente da situação de risco.
- Chamar setor de saúde para realizar os primeiros socorros. Após avaliação e dentro da necessidade chamar o SAMU.

- Preferencialmente, um médico deverá atestar as condições físicas do adolescente, descrevendo sua condição clínica e possível prognóstico. Esta atitude ainda objetiva a certificação de que o incidente ocorreu através de um comportamento suicida ou não. Para isso, o educando deverá ser levado para o serviço público de saúde mais próximo e disponível na rede.
- Comunicar o diretor a respeito do ocorrido.
- Assim que possível, o diretor deverá comunicar o Departamento de Atendimento Socioeducativo por meio do Sistema de Medidas Socioeducativas (Anexo II).
- Retirar do alojamento os objetos que possam ser usados como meio de novas tentativas de suicídio.
- Possibilitar que a normalidade dentro da instituição ocorra da melhor forma e o mais brevemente possível.
- Os técnicos deverão ouvir o adolescente e procurar entender o contexto do comportamento suicida, acolher sem julgamentos e utilizar as técnicas de aconselhamento.
- Encaminhar o adolescente, após todos os cuidados médicos e emergenciais para avaliação psiquiátrica e providenciar o tratamento conforme a prescrição do profissional.
- Providenciar acompanhamento psicológico específico.
- Ainda é preciso avaliar o momento oportuno de comunicar a família sobre a tentativa de suicídio. Esta comunicação não deverá ser no momento da crise e tão pouco deverá se demorar demasiadamente.
- Cabe ainda à equipe, realizar um planejamento e estratégia de como encaminhar esta família para que receba suporte no manejo do adolescente e nas questões pertinentes aos possíveis conflitos familiares. No caso de não haver no município uma rede específica para esse atendimento, a equipe poderá realizar dentro de suas

habilidades intervenções pontuais com esta família objetivando orientá-la em relação ao ocorrido e mesmo quando é possível encaminhar esta família a rede de apoio, uma intervenção da equipe socioeducativa é pertinente.

- Cumprindo as formalidades jurídicas, cabe à equipe técnica formular relatório e comunicar ao juiz o ocorrido, o mais breve possível.
- A vigilância sobre o educando deve ser reforçada.
- Enquanto não houver uma melhora no quadro do adolescente, a vigilância sobre ele deverá ser constante e os acessórios (que podem ser utilizados como meio de suicídio) deverão ser devolvidos ao alojamento somente depois que a fase de risco cessar. Momento este em que a vigilância deverá, paulatinamente, ser flexibilizada.
- Realizar um planejamento de ações básicas que promovam a proteção do adolescente. O plano deverá ser contextualizado ao adolescente, conforme o seu perfil e suas necessidades específicas.

Obs.: se no processo de averiguação for constatado que o adolescente simulou o suicídio, a equipe socioeducativa terá que informá-lo que sabe da simulação e deverá informar as consequências do ato. Também deverá traçar um plano de ação que contemple a conscientização do risco da simulação, ainda caberá um esforço da equipe na compreensão e no 'ouvir' o que tal comportamento está comunicando.

10 Considerações Finais

Assim como os fatores de risco podem levar ao suicídio, existem outros que podem servir de proteção para este, atuando como elementos que, de certa forma, apoiam a decisão do adolescente em desconsiderar a autodestruição como a única saída possível. Entre os principais fatores de proteção encontram-se a boa relação com os membros da família, boas habilidades sociais, abertura para novas experiências e aprendizados, receptividade com a ajuda dos outros e desenvolvimento de projetos de vida; valores culturais, lazer, esporte, religião, boas relações com amigos, professores e os demais profissionais da Unidade de Atendimento Socioeducativo, buscando-se, por fim, a manutenção de uma rotina saudável.

Dessa forma, faz-se necessário que programas e estratégias de prevenção de comportamentos suicidas sejam incluídos na pauta das políticas de educação e saúde pública, a fim de se evitar a perda prematura de adolescentes por suicídio.

Compromisso, sensibilidade, conhecimento, preocupação com outro ser humano, são recursos que estão disponíveis aos profissionais e que podem auxiliar na prevenção do suicídio.

ANEXOS

ANEXO I – RESOLUÇÃO Nº30/2015-GS/SEJU



**SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS
GABINETE DO SECRETÁRIO**

RESOLUÇÃO Nº 030 - GS/SEJU

Regulamenta diagnóstico preventivo a ser realizado pela equipe técnica dos Centros de Socioeducação quando do recebimento de adolescentes com transtornos mentais e institui mecanismos de fiscalização e monitoramento dos casos identificados.

O **SECRETÁRIO DE ESTADO DA JUSTIÇA, CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS**, no uso **de suas atribuições conferidas pelo** inciso II, Parágrafo único, do artigo 90 da Constituição do Estado do Paraná, o inciso XIV do artigo 45 da Lei nº 8.485/1987 e que integra o Decreto nº 10.714, de 09 de abril de 2014, e

CONSIDERANDO o número de adolescentes com transtornos mentais nos Centros de Socioeducação do Estado do Paraná;

CONSIDERANDO a prevenção a fatores de risco ao suicídio e as normativas determinadas pela Lei nº 10712/2001, Lei nº 8069/1990 e Lei nº 12594/2012;

CONSIDERANDO os instrumentos e protocolos que vem sendo elaboradas pelo Departamento de Atendimento Socioeducativo no que toca às diretrizes de saúde mental do Sistema de Atendimento Socioeducativo;

CONSIDERANDO a necessidade de tratativas conjuntas entre diferentes Poderes e Instituições sobre a regulamentação de procedimentos para a saúde mental do adolescente que cumpre medida socioeducativa de privação e restrição de liberdade;

CONSIDERANDO a necessidade de permanente monitoramento de adolescentes ingressos em Centros de Socioeducação que não apresentem condições de cumprimento de medidas socioeducativas

RESOLVE:



**SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS
GABINETE DO SECRETÁRIO**

Art. 1º A equipe técnica dos Centros de Socioeducação, quando do recebimento de adolescente para o cumprimento de medida socioeducativa de privação ou restrição de liberdade, deverá contemplar na triagem inicial diagnóstico com a finalidade de identificar a presença de transtornos mentais e histórico de ideação ou tentativas de suicídio.

Art. 2º Caso haja diagnóstico positivo de transtornos mentais ou histórico de ideação ou tentativas de suicídio deverá o responsável pela equipe técnica encaminhar relatório ao Juízo, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e também à Direção do Departamento de Atendimento Socioeducativo da SEJU, conforme anexo, contendo:

- I – Nome do adolescente;
- II – Município de residência;
- III – Possui indicativos de transtorno mental;
- IV – Histórico de tratamento de saúde mental;
- V – Local de tratamento;
- VI – Uso de medicamentos controlados;
- VII – Já houve tentativa de suicídio;
- VIII – Histórico de doença mental familiar.

Art. 3º As informações relacionadas gerarão alerta automático na ferramenta de tecnologia da informação Business Intelligence – Sistema de Medidas Socioeducativas com informação compartilhada com o Conselho Estadual da Criança e do Adolescente.

Art. 4º Na presença de indicativos de transtorno mental o adolescente deverá ser encaminhado para atendimento psiquiátrico.

Art. 5º O relatório da equipe técnica deverá indicar expressamente a viabilidade ou não do cumprimento de medida socioeducativa pelo adolescente.

Art. 6º No caso de constatação pela equipe técnica de indicativo de transtorno mental que comprometa a capacidade de autodeterminação do adolescente, de intensidade que possa levá-lo ao suicídio, o Diretor da unidade em que estiver internado designará educador social para vigilância diuturna, visando a proteção integral do interno.

Parágrafo único. O relatório de atendimento deverá ser encaminhado ao Departamento de Atendimento Socioeducativo quinzenalmente.



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 15 de abril de 2015.

Leonildo de Souza Grotto

Secretário de Estado da Justiça Cidadania e Direitos Humanos

Pedro Ribeiro Gamberardino

Diretor do Departamento de Atendimento Socioeducativo

ANEXO II – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO EM UNIDADE DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO

Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos
 Departamento de Atendimento Socioeducativo - Deaso
 DEASE - DIVISÃO DE VAGAS
 RUA JACY LOUREIRO DE CAMPOS, 581 - PALACIO DAS ARALCARIAS
 80.530-915 CURITIBA - PR (41) 3210-2720



Ficha de Notificação para Casos de Tentativa de Suicídio

1. UNIDADE:

DEASE - DIVISÃO DE VAGAS

2. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ADOLESCENTE:

Nome	CADASTRO TESTE POS PRODUCAO
Idade	14
Filiacao	MARIA SILVA
Município	CURITIBA
Data de entrada na unidade	24/04/2015

3. HISTÓRICO DO EVENTO:

Data do Evento	04/09/2015
Dia da Semana	Sexta-Feira
Hora do Evento	12:00
Data comemorativa/ importante para o/a adolescente?	Sim
Qual?	aniversario

Assinale e descreva como ocorreu o fato:

Qual o metodo utilizado pelo(a) adolescente?	Teste
Foi planejado?	Sim Descreva: Teste
Houve algum aviso prévio?	Sim Descreva: Teste
Foi deixada alguma mensagem?	Sim Descreva: Teste
O (a) adolescente estava acompanhado(a)?	Sim Descreva: Teste

Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos

Departamento de Atendimento Socioeducativo - Deaso

DEASE - DIVISÃO DE VAGAS

RUA JACY LOUREIRO DE CAMPOS, SN - PALACIO DAS ARACARIAS

80.530-915 CURITIBA - PR (41) 3210-2720

**Ficha de Notificação para Casos de Tentativa de Suicídio****1. UNIDADE:**

DEASE - DIVISÃO DE VAGAS

2. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ADOLESCENTE:

Nome	CADASTRO TESTE POS PRODUCAO
Idade	14
Filiacao	MARIA SILVA
Município	CURITIBA
Data de entrada na unidade	24/04/2015

3. HISTÓRICO DO EVENTO:

Data do Evento	04/09/2015
Dia da Semana	Sexta-Feira
Hora do Evento	12:00
Data comemorativa/ importante para o/a adolescente?	Sim
Qual?	aniversario

Assinale e descreva como ocorreu o fato:

Qual o metodo utilizado pelo(a) adolescente?	Teste
Foi planejado?	Sim Descreva: Teste
Houve algum aviso prévio?	Sim Descreva: Teste
Foi deixada alguma mensagem?	Sim Descreva: Teste
O (a) adolescente estava acompanhado(a)?	Sim Descreva: Teste

ANEXO III – FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE LEITOS EM INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA

Quando o adolescente necessitar de internação psiquiátrica, o CENSE ou Casa de Semiliberdade poderá solicitar conforme abaixo descrito:

1. Para os CENSE's e Casas de Semiliberdade de Curitiba

1.1. Para unidades com médico na equipe: Toda solicitação de leito psiquiátrico (adolescente e adulto) oriunda de Curitiba é realizada pelo médico do CENSE (tem que constar o CRM do médico) diretamente à Central de Leitos de Curitiba, pelo nº 3350-9325.

1.2. Para unidades sem médico na equipe: Faz-se necessário encaminhar o adolescente a um serviço de urgência e emergência (Unidade Básica de Saúde).

2. Para os CENSE's e Casas de Semiliberdade da Região Metropolitana e Interior (SEMPRE VIA PONTO DE APOIO)

2.1. Para unidades com médico na equipe:

2.1.1. Para a discussão do caso clínico e encaminhamentos necessários, o médico da equipe de saúde do CENSE poderá entrar em contato junto a Central de Regulação de Leitos, pelos telefones: (41)3362-5649, (41)3264-4205, (41)3218- 4148, e (41)3218-4143-FAX;

2.1.2. Para solicitação de Internação Psiquiátrica:

- o médico da equipe de saúde do CENSE poderá acionar o Ponto de Apoio (Anexo), que por sua vez, entrará em contato com a Central de Regulação de Leitos (CPM);

- caso o adolescente tenha sido encaminhado para uma **Unidade de Urgência/Emergência**, a equipe do serviço de urgência/emergência psiquiátrica acionará o Ponto de Apoio (Anexo), que por sua vez, entrará em contato com a Central de Regulação de Leitos (CPM).

2.2. Para unidades sem médico na equipe:

- o adolescente deve ser encaminhado para uma **Unidade de Urgência/ Emergência** e a equipe do serviço de urgência/emergência psiquiátrica acionará o Ponto de Apoio (Anexo), que por sua vez, entrará em contato com a Central de Regulação de Leitos (CPM).

3. Vale salientar que é de responsabilidade da unidade (CENSE, CAPS, Unidade de Saúde, etc) que solicita o leito, permanecer com o paciente até a disponibilidade do mesmo. Caso seja necessário o adolescente aguardar o leito no CENSE, este deve atualizar o quadro clínico diariamente ou no máximo a cada 72/horas, em contato com o Ponto de Apoio, sob o risco de ser efetuada rejeição desta solicitação por falta de evolução atualizada. Importante salientar que mandado judicial não exclui necessidade de avaliação médica, conforme Lei 10.216.

4. Em contato com o Ponto de Apoio, sempre informar que se trata de adolescente em cumprimento de medida socioeducativa.

Referências

Abrutyn, S. & Mueller, A. S. (2014). Are Suicidal Behaviors Contagious in Adolescence? Using Longitudinal Data to Examine Suicide Suggestion. *American Sociological Review*, 211-227.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.

ANVISA. Resolução – RDC N.º 101, de 30 de maio de 2001.

Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 420–436.

Biggam, F. H. & Power, K. G. A. (2002). Controlled, Problem-Solving, Group-Based Intervention With Vulnerable Incarcerated Young Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46(6), 678-698 .

Botega, N.; Bertolote, J. M.; Hetem, L. A. & Bessa, M. A. (2010). Debate – matéria de capa: Prevenção do suicídio. *Revista Debates*, 2(1), 10-20.

Bouchard, G. (2006). Facteurs de risque du suicide à l'adolescence. Disponível em: <http://www.psychomedia.qc.ca/articles-psychologiques/facteurs-de-risque-du-suicide-a-l-adolescence>. Acesso em 07 de julho de 2015, às 10h30.

Brasil (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: MS; 2009. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/publicacoes/viva_instrutivo_not_viol_domestica_sexual_e_out.pdf>. Acesso em 03 de julho de 2015, às 15h35.

Brasil (2006). Secretaria de Estado da Criança e da Juventude. Cadernos do IASP - Compreendendo o Adolescente. Curitiba, 2006.

Brasil (2015). Secretaria De Estado Da Justiça, Cidadania E Direitos Humanos. Resolução nº30 – Gabinete do Secretário. Governo do Estado do Paraná, 2015.

Buttar, A.; Clements-Nolle, K.; Haas, J. & Reese, F. (2013) Dating Violence, Psychological Distress, and Attempted Suicide Among Female Adolescents in the Juvenile Justice System. *Journal of Correctional Health Care*, 19(2), 101-112.

Dória, G. M. S. (2011). Avaliação dos transtornos psiquiátricos em adolescentes em conflito com a lei. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 265 p.

Filho, L. M. (2001). Abaixar a idade de imputabilidade penal. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.abrapia.org.br/antigo/a_noticia_comentada/noticias_comentadas.

Freuchen, A. & Grøholt, B. (2015). Characteristics of suicide notes of children and young adolescents: An examination of the notes from suicide victims 15 years and younger. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(2), 194-206.

Gallagher, C. A. & Dobrin, A. (2007). Risk Of Suicide In Juvenile Justice Facilities: The Problem Of Rate Calculations In High-Turnover Populations. *Criminal Justice And Behavior*, 34(10), 1362-1376.

Goffman, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva.

Huey, M. P. & McNulty, T. L. (2005). Institutional Conditions And Prison Suicide: Conditional Effects Of Deprivation And Overcrowding. *The Prison Journal*, 85(4), 490-514.

Kaczmarek, T. L.; Hagan, M. P. & Kettler, R. J. (2006). Screening for Suicide Among Juvenile Delinquents : Reliability and Validity Evidence for the Suicide Screening Inventory (SSI). *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(2), 204-217.

King, D. C.; Abram, K. M.; Romero, E. G.; Washburn, J. J.; Welty, L. J. & Teplin, L. A. (2011). Childhood Maltreatment and Psychiatric Disorders Among Detained Youths. *Psychiatric Services*, 62(12), 1430-1438.

Knoll, J. L. (2010). Suicide in Correctional Settings: Assessment, Prevention, and Professional Liability. *Journal of Correctional Health Care*, 16(3), 188-204.

Lovisi, G. M.; Santos, S. A.; Legay, L.; Abelha, L. & Valencia, E. (2009).

Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, S86-93.

Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annual International Medicine*, 302-311.

Moore, E.; Gaskin, C. & Indig, D. (2015). Attempted Suicide, Self-Harm, and Psychological Disorder Among Young Offenders in Custody. *Journal of Correctional Health Care*, 21(3), 243-254.

Organização Mundial da Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. transtornos mentais e comportamentais*. Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2000.

Organização Mundial da Saúde (2006). *Prevenção do suicídio: Um recurso para conselheiros*. Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2006.

Organização Mundial da Saúde. (2014) *Preventing suicide: A global imperative*. Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2014.

Penn, J. V.; Esposito, C.; Stein, L. A. R.; Lacher-Katz, M. & Spirito, A. (2005). Juvenile Correctional Workers' Perceptions of Suicide Risk Factors and Mental Health Issues of Incarcerated Juvenile. *Journal of Correctional Health Care*, 11(4), 333-346.

Perlman, C. M.; Neufeld, E.; Martin, L.; Goy, M. & Hirdes, J. P. (2011). *Suicide Risk Assessment Inventory: A Resource Guide for Canadian Health care Organizations*. Toronto, ON: Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute.

Perry, A. E. & Olason, D. T. A. (2009). New Psychometric Instrument Assessing Vulnerability to Risk of Suicide and Self-Harm Behaviour in Offenders : Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment (SCOPE). *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53(4), 385-400.

Putninš, A. L. (2005). Correlates and Predictors of Self-Reported Suicide Attempts Among Incarcerated Youths. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(2), 143-157.

Resmini, E. A. M. (1997). Suicídio na adolescência. *Psychiatry on-line Brazil*. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/suicidio.htm>.

Stokes, M. L.; McCoy, K. P.; Abram, K. M.; Byck, G. R. & Teplin, L. A. (2015). Suicidal Ideation and Behavior in Youth in the Juvenile Justice System: A Review of the Literature. *Journal of Correctional Health Care*, 21(3), 222-242.

Stone, D. M. & Crosby, A. E. (2014). Suicide prevention: State of the art review. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 404-420.

Suto, I. & Arnaut, G. L. Y (2010). Suicide in Prison: A Qualitative Study. *The Prison Journal*, 90(3), 288 312.

Tapia, M.; Mccoy, H. & Tucker, L. (2015). Suicidal Ideation in Juvenile Arrestees: Exploring Legal and Temporal Factors. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 1-16.

Santos, W. L. A. (2014). Abordando o Suicídio na Socioeducação: Protocolo de Ações Básicas e de Enfrentamento.

Wasserman, G. A.; McCreynolds, L. S.; Schwalbe, C. S.; Keating, J. M. & Jones, S. A. (2010). Psychiatric Disorder, Comorbidity, And Suicidal Behavior In Juvenile Justice Youth. *Criminal Justice And Behavior*, 37(12), 1361-1376.

Werlang, B. S. G.; Borges, V. R. & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 39(2), 259-266.



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Justiça, Cidadania
e Direitos Humanos



DEASE

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO

ESEDH

Escola de Educação
em Direitos Humanos