

## **PREVENIR O SUICÍDIO UM GUIA PARA PROFESSORES E DEMAIS PESSOAL ESCOLAR**

Este é um dos documentos de uma série de guias dirigidos a grupos sociais e profissionais específicos particularmente relevantes na prevenção do suicídio.

Foi preparado como parte do SUPRE, a iniciativa mundial da O.M.S. para a prevenção do suicídio

Palavras chave: suicídio / prevenção / guias / professores

© Organização Mundial de Saúde, 2000

Este documento não constitui uma publicação formal da Organização Mundial de Saúde (OMS), e todos os direitos são reservados pela Organização. O documento pode, apesar de tal, ser gratuitamente revisto, resumido, reproduzido ou traduzido, em parte ou no seu todo, mas não para venda nem em conjunto com acções comerciais.

Os pontos de vista expressos nos documentos pelos autores citados são apenas da responsabilidade destes autores.

Tradução para Português: Proença, Mário R.P.

## ÍNDICE

Prefácio .....	4
Um problema subestimado .....	7
Factores de protecção .....	7
Factores de risco e situações de risco .....	8
Como identificar alunos em dificuldade e em possível risco suicidário .....	11
Como deverão ser orientados na escola os alunos suicidários .....	12
Sumário das recomendações .....	15
Referências .....	16

## PREFÁCIO

O suicídio é um fenómeno complexo que tem atraído ao longo dos séculos a atenção de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e artistas; de acordo com o filósofo Francês Albert Camus, em *The Myth of Sisyphus*, é na verdade o único problema filosófico sério.

Como problema sério de saúde pública que é, exige a nossa atenção, mas a sua prevenção e controlo, infelizmente, não são uma tarefa fácil. As mais recentes e inovadoras investigações indicam que a prevenção do suicídio, enquanto exequível, envolve uma série de actividades, que variam desde a provisão das melhores condições possíveis para criar as nossas crianças e jovens, através de um tratamento eficaz dos distúrbios mentais, através do controlo dos factores de risco ambientais.

Em 1999 a OMS lançou o SUPRE, a sua iniciativa mundial para a prevenção do suicídio. Esta brochura é uma de uma série de guias preparados como parte do SUPRE e dirigido a grupos sociais e profissionais específicos particularmente relevantes na prevenção do suicídio. Representa um elo numa longa e diversificada cadeia envolvendo uma vasta gama de pessoas e grupos, incluindo profissionais de saúde, educadores, organismos sociais, governos, legisladores, comunicadores sociais, forças armadas, famílias e comunidades.

Estamos particularmente em dívida para com a Prof<sup>a</sup>. Danuta Wasserman, Professora de Psiquiatria e Suicidologia, e Dr.<sup>a</sup> Veronique Narboni, do Centro de Colaboração da OMS, Centro Nacional Sueco e Cidade de Estocolmo, de Investigação do Suicídio e Prevenção de Doença-Saúde Mental, que produziram uma versão anterior desta brochura. O texto foi subsequentemente revisto pelos seguintes membros da Rede Internacional para a Prevenção do Suicídio da OMS, para com quem estamos agradecidos:

Dr.<sup>a</sup> Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, New Zealand Professor Richard Ramsay, University of Calgary, Calgary, Canada Professor Jean-Pierre Soubrier, Group Hospitalier Cochin, Paris, France Dr. Shtao Zhai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, China

Gostaríamos de agradecer também aos seguintes peritos pelas suas opiniões:

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

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

Professor David Brent, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, PA, USA

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

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

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

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

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

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

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

Professor Xavier Pommereau, Centre Abadie, Bordeaux, France

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

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

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

Professor Martina Tomori, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

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

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

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

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

Os guias estão a ser já vastamente disseminados, na esperança que sejam traduzidos e adaptados às condições locais - um pré-requisito para a sua eficácia.

Comentários e pedidos de permissão para a sua tradução e adaptação serão bem vindos.

Dr. J. M. Bertolote  
Coordenador, Distúrbios Mentais e Comportamentais  
Departamento de Saúde Mental  
Organização Mundial de Saúde

## **PREVENIR O SUICÍDIO UM GUIA PARA PROFESSORES E DEMAIS PESSOAL ESCOLAR**

Em todo o mundo, o suicídio encontra-se entre as cinco principais causas de morte no grupo de idades entre 15-19 anos. Em muitos países posiciona-se em primeiro ou segundo como causa de morte entre ambos rapazes e raparigas nesta faixa etária.

A prevenção do suicídio entre as crianças e adolescentes constitui portanto uma elevada prioridade. Dado o facto de que em muitos países e regiões muitas pessoas neste grupo etário frequentam a escola, parece que este é um excelente local para desenvolver as acções preventivas apropriadas.

Este documento destina-se primeiramente aos professores e demais pessoal escolar, bem como a médicos escolares, enfermeiras e assistentes sociais, e membros dos quadros escolares. Contudo, profissionais de saúde pública e outros grupos interessados nos programas de prevenção do suicídio poderão também achar úteis as informações fornecidas. O documento descreve resumidamente a dimensão do comportamento suicidário na adolescência, apresenta os principais factores de protecção e de risco que estão por detrás deste comportamento, e indica como identificar e orientar os indivíduos em risco e também como agir quando é tentado ou cometido o suicídio na comunidade escolar.

Actualmente, o suicídio em crianças de idade inferior a 15 anos é geralmente pouco comum. A maioria dos suicídios entre crianças de idades inferior a 14 anos têm provavelmente lugar no princípio da adolescência, enquanto os suicídios nas idades inferiores a 12 anos são raros. Contudo, em determinados países existe um aumento alarmante de suicídios entre crianças de idades inferiores a 15 anos, bem como no grupo dos 15-19 anos de idade.

Os métodos suicidários variam de país para país. Em alguns países, por exemplo, o uso de pesticidas é um método bastante comum, enquanto em outros a intoxicação com medicamentos, gases de escape dos automóveis e armas de fogo são mais frequentes. Os rapazes morrem com mais frequência por suicídio do que as raparigas; uma razão para isto poderá estar na recorrência mais frequente aos métodos violentos para cometer o suicídio, tais como enforcamento, armas de fogo e explosivos, mais frequentemente do que as raparigas. Contudo, o suicídio em alguns países é mais frequente nas raparigas de idades compreendidas entre 15 - 19 do que entre rapazes do mesmo escalão etário, e durante a passada década a proporção de raparigas utilizando métodos violentos tem aumentado.

Sempre que exequível, a melhor abordagem às actividades de prevenção do suicídio nas escolas, baseia-se no trabalho de equipa onde se incluem professores, médicos escolares, enfermeiras, psicólogos escolares e assistentes sociais, trabalhando em estrita cooperação com entidades comunitárias.

Ter pensamentos suicidários esporadicamente não é anormal. Eles fazem parte do processo de desenvolvimento normal na infância e adolescência, enquanto lidam com os problemas existenciais e tentam compreender a vida, morte, e o sentido da vida. Inquéritos realizados mostram que mais de metade dos alunos do ensino secundário reportam ter tido pensamentos sobre suicídio <sup>1</sup>. Os jovens sentem a necessidade de discutir estes assuntos com os adultos <sup>2</sup>.

Os pensamentos suicidários começam a tornar-se anormais em crianças e adolescentes quando a realização destes pensamentos parecem ser a única saída para as suas dificuldades. Existe então um risco sério de tentativa de suicídio ou suicídio.

## **UM PROBLEMA SUBESTIMADO**

Em alguns casos, poderá ser impossível saber ao certo se determinadas mortes <sup>3</sup>, devidas por exemplo a acidentes de viação, afogamento, quedas ou sobredosagem com drogas ilícitas, foram intencionais ou não intencionais. O comportamento suicidário na adolescência é largamente não reportado, porque muitas mortes deste tipo são classificadas incorrectamente como não intencionais ou acidentais.

Estudos pós-mortem de adolescentes que morreram de causas violentas indicam que estes não constituem um grupo homogéneo. Elas mostram manifestações subtis de tendências auto-destrutivas e comportamentos de risco <sup>4</sup> e, enquanto algumas destas mortes poderão ser causadas por actos não intencionais, outros são actos intencionais resultantes da dor de viver.

Também, as definições de tentativa de suicídio usadas pelos alunos diferem das utilizadas pelos psiquiatras. Resultados de relatórios mostram quase o dobro de tentativas de suicídio, reveladas nas entrevistas psiquiátricas. A explicação mais plausível é que a os jovens que respondem a inquéritos anónimos utilizaram uma definição mais lata de tentativa de suicídio do que a utilizada pelos profissionais. Mais ainda, 50% dos adolescentes que reportaram ter tentado matar-se procuraram os cuidados hospitalares após as suas tentativas de suicídio. Desta forma, o número de tentativas de suicídio tratadas no hospital não é uma indicação real da dimensão do problema nas comunidades.

De uma forma geral, os rapazes adolescentes cometem suicídio com maior frequência do que as raparigas. Contudo, a taxa de tentativa de suicídio é duas ou três vezes superior entre as raparigas. As raparigas desenvolvem sintomas depressivos com mais frequência do que os rapazes, mas também acham mais fácil falar dos seus problemas e procurar ajuda, e isto provavelmente ajuda a prevenir actos suicidários fatais. Os rapazes são com mais frequência agressivos e impulsivos, e frequentemente agem sob a influência do álcool e drogas ilícitas, que provavelmente contribui para o desfecho fatal dos seus actos suicidários.

## **FACTORES DE PROTECÇÃO**

Os principais factores que fornecem protecção contra o comportamento suicidário são:  
Padrões familiares

- Boas relações com os membros familiares;
- Apoio da família.

Estilo cognitivo e personalidade

- Boas capacidades sociais;
- Confiança em si próprio e na sua própria situação e esforços;  
Procurar ajuda quando as dificuldades chegam, por ex. nos trabalhos de casa;
- Procurar conselhos quando têm de ser tomadas opções importantes;
- Abertura às experiências e soluções oferecidas por outras pessoas;
- Abertura a novos conhecimentos.

Factores culturais e socio-demográficos

- Integração social, por ex. através da participação em actividades desportivas, associações religiosas, clubes e outras actividades;
- Boas relações com os colegas da escola;
- Boas relações com os professores e outros adultos;
- Apoio de pessoas relevantes.

## **FACTORES DE RISCO E SITUAÇÕES DE RISCO**

O comportamento suicidário sob circunstâncias particulares é mais comum em certa famílias do que noutras, devido a factores ambientais e genéticos. Estudos mostram que todos os factores e situações abaixo descritas estão frequentemente associados com tentativas de suicídio e suicídio entre crianças e adolescentes, mas deverá ser lembrado que elas não estão necessariamente presentes em todos os casos.

Deverá também ser lembrado que os factores de risco e situações de risco abaixo descritas variam de um continente ou país para outro, dependendo de questões culturais, políticas e económicas que diferem mesmo entre países vizinhos.

### **Factores culturais e socio-demográficos**

Estatuto socio-económico baixo, educação pobre e desemprego na família constituem factores de risco. Povos indígenas e emigrantes poderão fazer parte deste grupo, uma vez que estes usualmente experimentam não só dificuldades linguísticas mas também sociais. Em muitos casos, estes factores combinam-se com o impacto psicológico da tortura, feridas de guerra e isolamento.

Estes factores culturais estão também ligados à falta de participação nas actividades e costumes sociais, assim como com o conflito entre diversos valores de grupo. Especificamente, este conflito é um poderoso factor para as raparigas nascidas ou educadas nos novos países livres, mas que mantêm fortes raízes na cultura ainda mais forte e conservativa dos seus pais.

O crescimento pessoal de cada jovem é entrelaçado com a tradição cultural colectiva. As crianças e os adolescentes que têm falta de raízes culturais possuem problemas bem marcados de identidade e possuem falta de um modelo de resolução de conflitos. Em determinadas situações de sobre-pressão, elas podem recorrer ao comportamento auto-destrutivo tal como tentativa de suicídio ou suicídio <sup>5</sup>.

Existe um elevado risco de comportamentos suicidários entre pessoas indígenas e não indígenas.

Os atributos de não conformidade do género e os problemas de identidade relacionados com a orientação sexual são também factores de risco de comportamentos suicidários. As crianças e adolescentes que não são abertamente aceites na sua cultura, pelas suas famílias e parentes, ou pelas suas escolas ou outras instituições possuem sérios problemas de aceitação e falta de modelos de suporte para um desenvolvimento ideal.

### **Padrão familiar e acontecimentos negativos durante a infância**

Padrões familiares destrutivos e acontecimentos traumáticos na infância afecta a vida futura dos mais novos, especialmente quando foram incapazes de lidar com o trauma <sup>6</sup>.

Encontram-se com frequência alguns aspectos de disfunção e instabilidade familiar e acontecimentos de vida negativos em crianças e adolescentes suicidários:

- Psicopatologia dos pais <sup>7</sup>, com presença de distúrbios afectivos ou outros distúrbios psiquiátricos;
- Abuso de álcool e substâncias, ou comportamento anti-social na família;
- História familiar de suicídio ou tentativas de suicídio;
- Família violenta ou abusiva (incluindo abuso sexual ou físico da criança);
- Falta de cuidado dos pais/tutores, com parca comunicação entre a família;
- Disputas frequentes entre pais/tutores, com tensão e agressão;
- Divórcio, separação ou morte de pais/tutores;
- Muito levadas ou muito baixas expectativas por parte dos pais/tutores;
- Autoridade excessiva ou inadequada por parte dos pais/tutores;
- Falta de tempo dos pais/tutores para observar e lidar com os problemas emocionais da criança, e um ambiente emocional negativo caracterizado por rejeição ou negligência;
- Rigidez familiar; <sup>8</sup>
- Família adoptiva.



Com frequência estes padrões familiares, mas nunca sempre, caracterizam casos de crianças e adolescentes que tentam ou cometem suicídio. Evidências sugerem que os jovens suicidários provêm com frequência de famílias com mais do que um problema em que os riscos são cumulativos. Uma vez que são leais aos seus pais e por vezes sem vontade, ou proibidos, a revelar os seus segredos, frequentemente eles restringem-se de procurar ajuda fora da família.

#### Estilo cognitivo e personalidade

As seguintes ameaças à personalidade são frequentemente observadas durante a adolescência, mas estão também associadas ao risco de tentativa de suicídio (quase sempre em conjunto com distúrbio mental), pelo que a sua utilidade em prever o suicídio é limitada:

- Humor instável;
- Comportamento irritado ou agressivo;
- Comportamento reactivo;
- Elevada impulsividade;
- Irritabilidade;
- Pensamento rígido e padrões de *copíng* (lidar com);
- Dificuldade na resolução de problemas quando as dificuldades chegam;
- Incapacidade de compreender as realidades;
- Tendência para viver num mundo ilusório;
- Fantasias de grandeza alternando com sentimentos de desvalorização;
- Um sentido pronto de desapontamento;
- Ansiedade, particularmente aquando de sinais de doença ou desapontamento;
- Desonestidade pessoal;
- Sentimentos de inferioridade e incerteza que podem estar mascarados por claras manifestações de superioridade, rejeição ou comportamentos provocativos para com os colegas da escola e adultos, incluindo os pais;
- Incerteza no que respeita à identidade do género ou orientação sexual;<sup>9</sup>
- Relações ambivalentes com os pais, outros adultos e amigos.

Enquanto existe um elevado interesse nas relações entre a extensiva organização de factores de risco e da personalidade e no comportamento suicidário nos jovens, as evidências das investigações disponíveis para qualquer ameaça específica são geralmente escassas e por vezes equívocas.

#### Distúrbios psiquiátricos

O comportamento suicidário é observado com frequência nas crianças e adolescentes com os seguintes distúrbios psiquiátricos.

#### Depressão

A combinação de sintomas depressivos e comportamento anti-social tem sido descrita como o antecedente mais comum do suicídio na adolescência<sup>10, 11</sup>. Alguns estudos definiram que até três quartos daqueles que eventualmente terminam com a sua vida apresentam um ou mais sintomas de depressão, e muitos sofrem de uma doença depressiva bastante acentuada<sup>12</sup>.

Os alunos que sofrem de depressão apresentam com frequência sintomas físicos quando procuram o conselho de um médico<sup>13</sup>. Queixas somáticas, tais como dores de cabeça e dores de estômago e também dores bruscas nas pernas ou peito, são frequentes.

As raparigas deprimidas têm tendências fortes para se fecharem e se tornarem caladas, abatidas e inactivas. Os rapazes deprimidos tendem, em vez disto, a comportamentos perturbantes e agressivos e exigem uma grande atenção dos professores ou dos pais. A agressividade poder conduzir à solidão, que é por si mesma um factor de risco de comportamento suicidário.

Apesar de, alguns sintomas depressivos ou distúrbios depressivos serem comuns nas crianças suicidárias, a depressão não é um concomitante necessário de pensamentos suicidas ou tentativas de suicídio <sup>14</sup>. Os adolescentes podem matar-se sem estarem deprimidos, e podem estar deprimidos sem se matarem.

#### Distúrbios de ansiedade

Diversos estudos demonstraram haver uma correlação entre os distúrbios de ansiedade e as tentativas de suicídio nos homens, enquanto nas mulheres esta associação é muito fraca. A ansiedade característica parece estar relativamente independente da depressão no seu efeito sobre o risco de comportamento suicidário, o que sugere que a ansiedade nos adolescentes em risco de comportamento suicidário deve ser avaliada e tratada. Sintomas psicossomáticos estão normalmente presentes nos jovens atormentados por pensamentos suicidários.

#### Abuso de álcool e drogas

Os dependentes de álcool e drogas ilícitas observam-se com frequência entre crianças e adolescentes que cometem suicídio. Nesta faixa etária um em cada quatro pacientes suicidas demonstrou ter consumido álcool ou drogas antes do acto <sup>15</sup>.

#### Distúrbios alimentares

Devido à insatisfação com os seus corpos, muitas crianças e adolescentes tentam perder peso e preocupam-se com o que devem e não devem comer. Entre 1% e 2% das raparigas sofrem ou de anorexia ou bulimia. As raparigas anoréxicas sucumbem com frequência na depressão, e o risco suicidário entre as raparigas anoréxicas é 20 vezes superior ao da população em geral. Descobertas recentes mostram que os rapazes, também, podem sofrer de anorexia ou bulimia <sup>13, 17</sup>.

#### Distúrbios psicóticos

Apesar de poucas crianças e adolescentes sofrerem de distúrbios psiquiátricos graves tais como a esquizofrenia ou distúrbio maníaco-depressivo, o risco suicidário é extremamente elevado nos que são afectados. A maioria dos jovens psicóticos são, de facto, caracterizados por diversos factores de risco, tais como problemas de alcoolismo, consumo excessivo de tabaco ou drogas.

#### Tentativas anteriores de suicídio

Uma história de tentativa de suicídio isolada ou recorrente, com ou sem os acima mencionados distúrbios psiquiátricos, constitui um importante factor de risco de comportamento suicidário.

#### Acontecimentos de vida negativos actuais como activadores do comportamento suicidário

Uma susceptibilidade marcada pelo stress, com o estilo cognitivo e as características de personalidade acima mencionadas (devido a factores genéticos inerentes mas também a padrões familiares e pressões de vida negativas experimentadas do início da vida), é habitualmente observado em crianças e adolescentes suicidários <sup>16</sup>. Esta susceptibilidade faz com que seja difícil lidar adequadamente com os acontecimentos de vida negativos. Eles reactivam o sentimento de abandono, desesperança e desespero que poderão trazer à superfície pensamentos de suicídio e levar à tentativa de suicídio ou suicídio <sup>17</sup>.

Acontecimentos de risco que poderão despoletar tentativas de suicídio ou suicídio são:

- Situações que poderão ser experimentadas como dolorosas (sem necessariamente o serem quando avaliadas objectivamente): crianças e adolescentes vulneráveis poderão aperceber-se de ocorrências triviais como profundamente dolorosas e reagir com comportamentos de ansiedade ou caóticos, enquanto as pessoas suicidárias entendem estas situações como ameaças dirigidas contra a sua própria imagem e sofrem de um sentimento de dignidade pessoal ferida;
- Distúrbios familiares;
- Separação dos amigos, namoradas(os), colegas de turma, etc.;
- Fim de uma relação amorosa;
- Problemas legais ou disciplinares;
- Pressão do grupo de amizade ou aceitação de autodestruição da amizade;
- Fanfarronice e victimização;
- Desilusão com os resultados escolares e falha nos estudos;
- Elevadas exigências na escola durante os períodos de avaliação;
- Desemprego e finanças débeis;
- Gravidez indesejada, aborto;
- Infecção por HIV ou outras doenças sexualmente transmissíveis;
- Doença física grave;
- Catástrofes naturais.

## **COMO IDENTIFICAR OS ALUNOS EM DIFICULDADE E EM POSSÍVEL RISCO DE SUICÍDIO**

### Identificação da dificuldade

Qualquer alteração repentina ou dramática que afecte o desempenho da criança ou do adolescente, frequência escolar ou comportamento deve ser tomada em conta seriamente <sup>18</sup>, tal como:

- Falta de interesse nas actividades habituais;
- Uma geral quebra de aproveitamento;
- Diminuição do esforço,
- Mau comportamento na sala de aula;
- Faltas não explicadas ou frequentes ou vadiagem;
- Fumar ou beber excessivamente, ou abuso de drogas (incluindo cannabis);
- Incidentes que originam o envolvimento policial e violência estudantil.

Estes factores ajudam a identificar os alunos em risco de sofrimento mental ou social que poderão ter pensamentos suicidas que conduzem em último caso ao comportamento suicidário <sup>19</sup>.

Se for identificado algum destes sinais pelo professor, a equipa escolar deverá ser alertada e deverão ser tomadas precauções para se proceder a uma análise exhaustiva do aluno, visto que eles indicam habitualmente graves dificuldades e o resultado pode, em alguns casos, ser o comportamento suicidário.

### Avaliação do risco de suicídio

Aquando da avaliação do risco de suicídio, o pessoal escolar deve ter em atenção de que os problemas são sempre multi-dimensionais.

### Tentativas de suicídio anteriores

Um historial de anteriores tentativas de suicídio é um dos mais importantes factores de risco. Os jovens em sofrimento tendem a repetir os seus actos.

## Depressão

Um outro factor de risco bastante importante é a depressão. O diagnóstico da depressão deverá ser efectuado por um médico ou psiquiatria infantil, mas os professores e restante pessoal escolar deverão estar conscientes da variedade dos sintomas <sup>20</sup> que fazem parte da doença depressiva <sup>21</sup>.

A dificuldade em avaliar a depressão está ligada ao facto de que os estágios naturais de transição da adolescência partilham algumas características com a depressão.

A adolescência é um estado normal, e durante o seu curso essas características tais como baixa auto-estima, desânimo, problemas de concentração, fadiga e perturbação do sono são comuns. Estas são também características comuns da doença depressiva, mas não existe razão para alarme a não ser que estas sejam duradouras e com tendência grave para aumentar. Comparados com os adultos depressivos, os jovens tendem a reagir, comer e dormir mais.

Os pensamentos depressivos podem estar normalmente presentes na adolescência e reflectem um processo normal de desenvolvimento, quando o jovem está preocupado com os aspectos existenciais. A intensidade dos pensamentos suicidários, a sua profundidade e duração, o contexto em que eles se apresentam e a impossibilidade de desviar a criança ou o adolescente destes pensamentos (por ex. a sua persistência) são o que distingue um jovem saudável de um nas agonias de uma crise suicidária.

## Situações de risco

Uma outra tarefa importante é identificar as situações ambientais e os acontecimentos de vida negativos, como anteriormente delineado, que activam os pensamentos suicidários e que assim aumentam o risco de suicídio.

## COMO DEVERÃO SER ORIENTADOS OS ALUNOS SUICIDÁRIOS NA ESCOLA?

Reconhecer um jovem em perigo, que necessita de ajuda, não constitui normalmente um problema. Saber como reagir e responder às crianças e jovens suicidários é muito mais difícil.

Alguns profissionais escolares aprenderam como tratar alunos deprimidos e suicidários com sensibilidade e respeito, enquanto outros não. A experiência destes últimos deve ser melhorada. O equilíbrio que deve existir no contacto com o aluno suicidário coloca-se entre a distância e a proximidade, e entre a empatia e o respeito.

O reconhecimento e o trato das crises suicidárias nos adolescentes poderá originar conflitos nos professores e em outros funcionários escolares uma vez que estes não possuem a experiência específica necessária, têm pouco tempo, ou temem enfrentar os seus próprios problemas psicológicos.

## Prevenção geral: antes de qualquer acto suicidário ter lugar

O aspecto mais importante de qualquer prevenção do suicídio é o reconhecimento antecipado de crianças e adolescentes em perigo e/ou em risco de suicídio <sup>22</sup>. Para atingir este objectivo, deverá ser dado um ênfase particular na situação que diz respeito ao pessoal escolar e aos alunos, através dos meios abaixo descritos. Muitos especialistas partilham a ideia de que não é sensato ensinar os jovens explicitamente acerca do suicídio. Antes, recomendam que os assuntos relacionados com o suicídio sejam substituídos por uma abordagem positiva sobre saúde mental.

## *Reforçar a saúde mental dos professores e demais pessoal escolar* <sup>23</sup>

Antes de mais, é necessário assegurar o bem estar e o equilíbrio dos professores e demais pessoal escolar. Para eles, o local de trabalho pode ser rejeitante, agressivo e por vezes violento. Por este motivo eles necessitam de material informativo que melhore a sua compreensão e que proponha reacções adequadas para a sua própria robustez mental, dos alunos e colegas e possíveis doenças mentais. Devem também ter acesso a apoio e, se necessário, tratamento.

### *Reforçar a auto-estima dos alunos* <sup>24</sup>

Uma auto-estima positiva protege as crianças e os adolescentes contra os problemas mentais e desânimo, e permite que reajam adequadamente em relação a acontecimentos difíceis e problemáticos da vida <sup>25</sup>.

Para sustentar uma auto-estima positiva nas crianças e adolescentes podem usar-se uma variedade de técnicas. Seguem-se algumas abordagens recomendadas:

- Experiências de vida positivas que ajudarão a forjar uma identidade positiva <sup>26</sup> nos jovens devem ser acentuadas. As anteriores experiências de vida positivas aumentam as probabilidades de uma futura maior autoconfiança dos jovens;
- As crianças e os jovens não devem ser constantemente pressionadas para fazer mais e melhor;
- Não é suficiente para os adultos dizer apenas que se gosta da criança; a criança deve sentir-se amada. Existe uma grande diferença entre ser amada e sentir-se amada.
- As crianças não deverão apenas ser aceites, mas também acarinhadas, tal como são. Devem sentir-se especiais só pelo facto de existirem.

Atendendo a que a simpatia impede a auto-estima, a empatia promove-a, porque o julgamento é posto de parte. A autonomia e a autoridade são peças fundamentais no desenvolvimento positivo da auto-estima na infância.

A obtenção da auto-estima nas crianças e adolescentes depende do desenvolvimento das suas capacidades físicas, sociais e vocacionais. Para uma elevada auto-estima, o adolescente necessita de estabelecer uma independência final da família e dos companheiros da mesma idade; ser capaz de se relacionar com o sexo oposto; preparar-se para uma ocupação para o seu sustento; e estabelecer uma filosofia de vida válida e séria.

Utilizando o treino de experiências da vida, primeiro através da consulta de especialistas e depois como parte do curriculum normal, constitui uma estratégia efectiva. O programa deverá veicular o conhecimento aos pais em como apoiar e, se necessário, solicitar a ajuda dos adultos.

O sistema educativo deverá também aperfeiçoar o desenvolvimento e consolidação do sentido de identidade de todos os alunos.

Promover a estabilidade e a continuidade da escolaridade dos alunos constitui também um objectivo importante.

### *Promover a expressão emocional*

As crianças e os adolescentes devem ser ensinadas a levar a sério os seus próprios sentimentos e encorajadas a confiar nos pais e outros adultos, tais como professores, médicos escolares e enfermeiras, amigos, treinadores, e conselheiros religiosos.

### *Prevenir a fanfarronice e violência na escola*

Deverão existir capacidades específicas nos sistemas educativos por forma a prevenir a fanfarronice e a violência dentro e ao redor das instalações das escolas de forma a criar um ambiente livre de intolerância.

### *Fornecer informação sobre serviços de protecção*

A disponibilidade de serviços específicos deve ser assegurada através de forte publicidade de números de telefone de, por exemplo, linhas de ajuda de emergência e crise e números de emergência psiquiátrica, e fazer com que estes estejam acessíveis aos jovens.

### *Intervenção: quando é identificado o risco de suicídio*

Na maioria dos casos, as crianças e os adolescentes em perigo e/ou em risco de comportamento suicidário sofrem também de problemas comunicativos. Consequentemente, torna-se importante estabelecer um diálogo com o jovem em perigo e/ou suicidário.

## Comunicação

O primeiro passo na prevenção do suicídio é invariavelmente baseado numa comunicação confiante. Durante o desenvolvimento do processo suicidário, a comunicação mútua entre os jovens suicidários e os restantes jovens é crucialmente importante. A falta de comunicação e o desfazer do meio resulta normalmente em:

- Silêncio e uma crescente tensão no relacionamento. O medo do adulto de fazer com que a criança ou o adolescente possa cometer o acto suicidário pela simples discussão dos seus pensamentos ou mensagens suicidárias é habitualmente a razão para o silêncio e a ausência de diálogo.
- Ambivalência óbvia. Compreensivelmente, o confronto dos adultos com a comunicação suicidária das crianças e dos adolescentes trás os seus próprios conflitos psicóticos à tona. A pressão psicológica no encontro com uma criança ou adolescente em perigo e/ou suicidária é usualmente bastante pesada, e envolve uma grande variedade de reacções emocionais. Em alguns casos, os problemas emocionais não resolvidos dos adultos que estão em contacto com crianças e adolescentes suicidários podem vir à superfície. Estes problemas podem ser acentuados entre o pessoal escolar, em que a sua ambivalência - querer, mas simultaneamente não ter vontade ou ser incapaz, de ajudar o aluno suicidário - pode resultar no acto de evitar o diálogo.
- Agressão directa ou indirecta. O desconforto dos adultos é por vezes tão grande que a sua reacção para com a criança ou o adolescente que se encontra em perigo ou suicidário resulta numa agressão verbal ou não verbal.
- É importante compreender que o professor não se encontra só neste processo comunicativo, e aprender a comunicar eficazmente é portanto fundamental. O diálogo deve ser criado e adaptado a cada situação. O diálogo implica, primeiro e antes de mais, o reconhecimento da identidade da criança ou adolescente e também a sua necessidade de ajuda.

As crianças e os adolescentes em perigo ou em risco de suicídio são habitualmente e na maioria dos casos hipersensíveis ao estilo comunicativo das outras pessoas. Isto acontece porque habitualmente não existem relações de confiança com as suas famílias e pais durante o seu período de crescimento, e portanto elas experimentaram uma falta de interesse, respeito ou até amor. A hipersensibilidade dos alunos suicidários é aparente tanto na comunicação verbal como não verbal. Aqui, a linguagem corporal tem um papel importante como comunicação verbal. Contudo, os adultos não devem desencorajar-se pela relutância que as crianças e adolescentes têm em falar com eles. Em vez disso, devem lembrar-se que esta atitude de querer evitar é habitualmente um sinal de falta de confiança nos adultos.

As crianças e adolescentes suicidários também apresentam uma ambivalência marcada no que diz respeito a aceitar ou rejeitar a ajuda que é oferecida, e acerca de viver ou morrer. Esta ambivalência possui repercussões evidentes no comportamento do jovem suicidário, que pode apresentar alterações bruscas que vão desde o procurar ajuda à rejeição e pode ser facilmente mal interpretada pelos outros.

## Melhorar as capacidades do pessoal escolar

Isto pode ser conseguido através de cursos especiais de treino com o objectivo de melhorar a comunicação entre os alunos em perigo e/ou suicidários e os seus professores, e melhorar a consciencialização e compreensão do risco suicidário. Treinar todo o pessoal escolar na capacidade de falar entre eles e com os alunos acerca de assuntos de vida e de morte, melhorar as suas capacidades em identificar o perigo, depressão e comportamento suicidário, e aumentar o seu conhecimento acerca do suporte disponível são meios cruciais na prevenção do suicídio.

Objectivos claros e limites precisos como definidos nos manuais sobre prevenção do suicídio constituem ferramentas importantes neste trabalho.

### Consulta com profissionais

Uma intervenção rápida, autorizada e decisiva, por ex. levando o jovem suicidário a um clínico geral, psiquiatra infantil ou a um centro de urgência, pode salvar a sua vida.

Para serem efectivos, os serviços de saúde para adolescentes devem ser entendidos como acessíveis, atractivos e não estigmatizantes. Alunos em perigo e/ou em risco suicidário devem ser activamente e pessoalmente enviados pelo pessoal escolar, e recebidos por uma equipa constituída por médicos, enfermeiras, assistentes sociais e representantes legais que têm como função a protecção dos direitos da criança. Esta transferência activa do aluno para o sistema de cuidados de saúde previne que ele ou ela se escape durante o processo de transferência, o que poderia acontecer se o envio fosse efectuado apenas por correspondência. Retirar os meios de suicídio da proximidade das crianças ou adolescentes em perigo e suicidárias

As diversas formas de supervisão e remoção ou encerramento nas escolas de medicamentos perigosos, armas, armas de fogo, pesticidas, explosivos, facas, e demais objectos constituem por si só importantes medidas para salvar uma vida. Uma vez que estas medidas por si só não serão suficientes para prevenir o suicídio a longo prazo, deverá ser dado em simultâneo apoio psicológico.

### Quando houve tentativa de suicídio ou suicídio

#### Informar os membros da escola e os colegas

As escolas devem possuir planos de emergência de como informar o pessoal escolar, especialmente os professores, e também os colegas do aluno e pais, quando houve tentativa de suicídio ou suicídio na escola, sendo o objectivo o de prevenir um grupo de suicídios. Os efeitos de contágio resultam da tendência das crianças e dos adolescentes para se identificarem com as soluções destrutivas adoptadas por aqueles que tentaram ou cometeram suicídio. Recomendações de como lidar e prevenir grupos de suicídios, divulgados e promulgados pelo Centro para Controlo da Doença dos E.U.A. em 1994 estão a ser agora largamente usados <sup>27</sup>.

É importante identificar todos os alunos suicidários, não só na mesma turma como nas outras. Um grupo de suicídios, contudo, pode envolver não só crianças ou adolescentes que se conhecem: mesmo os jovens que estão longe ou que não conhecem as vítimas dos suicídios podem identificar-se com o seu comportamento e como resultado recorrer ao suicídio.

Os colegas de escola, pessoal escolar e pais devem ser correctamente informados acerca do suicídio ou tentativa de suicídio de um aluno e o perigo resultante de tal acto deverá ser correctamente trabalhado.

## SUMÁRIO DAS RECOMENDAÇÕES

O suicídio não é um incompreensível raio que cai do céu: os alunos suicidários dão às pessoas que os rodeiam sinais suficientes e oportunidade para intervir. No trabalho de prevenção do suicídio, professores e demais pessoal escolar enfrentam um desafio de grande importância estratégica, no qual é fundamental:

- Identificar alunos com distúrbios de personalidade e dar-lhes apoio psicológico;
- Forjar laços mais estreitos com os jovens falando com eles e tentar entendê-los e ajudá-los;
- Aliviar a pressão mental;
- Estar atento e treinado no reconhecimento atempado de formas de comunicação suicidárias através de declarações verbais e/ou de alterações comportamentais;
- Ajudar os alunos com menos capacidades no trabalho escolar;
- Estar atento às faltas à escola;
- Não estigmatizar a doença mental e ajudar a eliminar o abuso de álcool e drogas;
- Aconselhar que os alunos sejam tratados de eventuais doenças psiquiátricas e abuso de drogas e álcool;

- Restringir o acesso dos alunos a meios de suicídio - drogas tóxicas e letais, pesticidas, armas de fogo e outras armas, etc.;
- Possibilitar no local aos professores e demais pessoal escolar meios de aliviar o seu stress no trabalho.

## REFERÊNCIAS

---

<sup>1</sup> McKey PW, Jones RW, Barbe RH. Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention. Horsham, PA, LRP Publications, 1993.

<sup>2</sup> McGoldrick M, Walsh F. A systematic view of family history and loss. In: Aronson Med. Group and Family Therapy. New York, Brunner/Mazel, 1983.

<sup>3</sup> Litman R.E. Psychological autopsies of young suicides. In: Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide. Vol. 3: Prevention and Interventions in Youth Suicide. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623. Washington, DC, US Government Printing Office, 1989.

<sup>4</sup> Holinger PC, Klemen EH. Violent deaths in the United States, 1900-1975. Social Science and Medicine, 1982, 16:1929-1938.

<sup>5</sup> Jilek-Aall L. Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. Transcultural psychiatry research review, 1988, 25: 87-105.

<sup>6</sup> Sudak MS, Ford AB, Rushforth NB. Adolescent suicide: an overview. American journal of psychotherapy, 1984, 38: 350-363.

<sup>7</sup> Gould MS, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999, 37(9): 915-923.

<sup>8</sup> Carris MJ, Sheeber L, Howe S. Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. Journal of adolescence, 1998, 21(4): 459-472.

<sup>9</sup> Garofolo R et al. The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. Pediatrics, 1998, 101(5): 805-902.

<sup>10</sup> Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. Journal of adolescence, 1997, 32(128): 897-911.

<sup>11</sup> Weissman MM et al. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. Archives of general psychiatry, 1999, 56: 794-801.

<sup>12</sup> Schaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1981, 20: 545-565.

<sup>13</sup> Wasserman D. Depression - en vanlig sjukdom [Depression - a common illness]. Stockholm, Natur och Kultarr, 1998.

<sup>14</sup> Vandivort DS, Locke BZ. Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. Suicide & life-threatening Behaviour, 1979, 9: 205-218.



- <sup>15</sup> Pommereau X. Quand l'adolescent vá mal.[When things don't go well for adolescents]. 1997. Ed.J'ailu. 123.
- <sup>16</sup> Beautrais AL et al. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36: 1543-1551.
- <sup>17</sup> De Wilde EJ et al. The relationship between adolescent suicidal behaviour and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry* 149: 45-51.
- <sup>18</sup> Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: determinants of suicide behaviour in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1982, 21: 178-186.
- <sup>19</sup> Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & life-threatening Behaviour*, 1997, 27(4): 387-403.
- <sup>20</sup> Weissman MM et al. Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18): 1701-1713.
- <sup>21</sup> Marcelli, D. Suicide and depression in adolescents. *Revue du Praticien*, 1998, 48:1, 419-423.
- <sup>22</sup> Malley PB, Kusk F, Bogo RJ. School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey. *School Counsellor*, 1994, 42: 130-136.
- <sup>23</sup> Smith J. *Coping with Suicide*. New York, Rosen, 1986.
- <sup>24</sup> Weissman MM, Fox K, Klerman GL. Hostility and depression associated with suicide attempts. *American journal of psychiatry*, 1973, 130:450-455.
- <sup>25</sup> Erikson EH. *Identity, Youth and Crisis*. New York, Norton, 1994.
- <sup>26</sup> Papenfuss RL et al. Teaching positive self-concepts in the classroom. *Journal of school health*, 1983, 53:618-620.
- <sup>27</sup> Centers for Disease Control. CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, Suppl: 1-12.