



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

SEJU-PR
SECRETARIA DA JUSTIÇA,
TRABALHO E DIREITOS HUMANOS

CADERNOS DE SOCIOEDUCAÇÃO: PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

3ª Edição - 2018
(revisada e ampliada)
Paraná



Cida Borghetti
Governadora do Estado do Paraná

Dilceu Sperafico
Chefe da Casa Civil

Elias Gandour Thomé
Secretário de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos

Alexandra Carla Scheidt
Diretora Geral da Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos

Alex Sandro da Silva
Diretor do Departamento de Atendimento Socioeducativo

Juliana Biazze Feitosa
Diretora Adjunta do Departamento de Atendimento Socioeducativo

FICHA TÉCNICA

CADERNOS DE SOCIOEDUCAÇÃO - PREVENÇÃO AO SUICÍDIO 3ª EDIÇÃO - 2018

2018 - Governo do Estado do Paraná
Secretaria da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos - SEJU
Departamento de Atendimento Socioeducativo - DEASE

ELABORAÇÃO

Departamento de Atendimento Socioeducativo - DEASE

ORGANIZAÇÃO

Alex Sandro da Silva
Carla Pereira Navarro Lins
Deborah Toledo Martins
Juliana Biazze Feitosa

REDAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO

Equipe do DEASE

Carla Pereira Navarro Lins
Damiana Ferreira Santos
Deborah Toledo Martins
Juliana Biazze Feitosa
Juliana Maruszczak Schneider

Colaboradores

Ana Carolina Araújo dos Santos
Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Fernanda Cristina Kisoiki Ricardo
Flávia Regina Silva
Sabrina Stefanello

REVISÃO DE CONTEÚDO

Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Sabrina Stefanello

REVISÃO GRAMATICAL

Giseli Gotz
Rosana de Fátima Vieira dos Santos Gotz

PROJETO GRÁFICO

Ana Carolina Gomes - DEDIHC/SEJU

1º 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

REDAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO

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

COLABORADORES

Carla Pereira Navarro Lins
Gustavo Dória
Jéssica Carvalho de Souza
Márcio Augusto Schimidt

PROJETO GRÁFICO

Veluma Orso

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

É permitida a reprodução parcial ou total da obra, desde que citada a fonte.

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO

DIREÇÃO

Alex Sandro da Silva
Diretor

Juliana Biazze Feitosa
Diretora Adjunta

COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO

Cristiane Garcez Gomes de Sá
Ricardo Peres da Costa

DIVISÃO ADMINISTRATIVA

Letícia Rivelini
Mirian Carvalho Catharino

DIVISÃO DE FORMAÇÃO EDUCACIONAL E PROFISSIONAL

Andrea de Lima Kravetz
Ana Carolina Assis
Luiza Ferreira Aksenen

DIVISÃO PSICOSSOCIAL

Adriana Marceli Motter
Flávia Palmieri de Oliveira Ziliotto
Flávio Miguel Slobodzian
Marcela Guedes Carsten da Silva
Nathália Pereira Prado
Samira Cois Basi
Wilson Zem Kovalski

DIVISÃO DE VAGAS E INFORMAÇÕES

Alison Adalberto Batista
Bruno Vicente de Souza

DIVISÃO DE SAÚDE

Carla Pereira Navarro Lins
Damiana Ferreira Santos
Deborah Toledo Martins
Juliana Maruszczak Schneider

DIRETORES DE UNIDADES QUE REPRESENTAM SUAS EQUIPES

CENSE CAMPO MOURÃO

Diretora: Grasiela Cristina Nascimento
Diretor Assistente: Marcelo Reginaldo Alves

CENSE CASCAVEL I

Diretor: Marlos Alexandre Favreto
Diretor Assistente: Gustavo Daniel Phillippsen

CENSE CASCAVEL II

Diretor: Eleandro Roberto Nicola
Diretor Assistente: José Valdecir Monteiro

CENSE CURITIBA

Diretor: Valdecir Pereira de Souza Filho
Diretor Assistente: Leandro Maksemiv Machado

CENSE FAZENDA RIO GRANDE

Diretor: Luciano Farias
Diretor Assistente: Daniel Fabrício Hermes

CENSE FOZ DO IGUAÇU

Diretor: Rafael Lopatiuk Figueiredo
Diretor Assistente: Amilçon Mendonça

CENSE JOANA RICA

Diretora: Gláucia Rennó Cordeiro
Diretor Assistente: Adriano de Oliveira Ruela

CENSE LARANJEIRAS DO SUL

Diretor: Fernando Giacomini
Diretor Assistente: Eduardo Alvez Cruz

CENSE LONDRINA I

Diretor: Amarildo de Paula Pereira
Diretor Assistente: Mateus Fernando Silla

CENSE LONDRINA II

Diretor: Cristiano Vieira Paschoalinoto
Diretor Assistente: Sidnei Aparecido de Lima

CENSE MARINGÁ

Diretor: Eder Bolonesi
Diretor Assistente: José Carlos Franco

CENSE PARANAÍ

Diretor: Jaime Aparecido dos Santos
Diretor Assistente: Fábio Ricardo Romanholi

CENSE PATO BRANCO

Diretora: Lidyana Soares Kelin
Diretor Assistente: Alvanir Zanella

CENSE PONTA GROSSA

Diretora: Vera Lúcia Kanawate
Diretor Assistente: Rodrigo Dias

CENSE SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

Diretor: Helyton Rodrigo Mendes dos Santos
Diretor Assistente: Matheus Vinícius Acosta

CENSE SÃO FRANCISCO

Diretor: Marcos de Jesus Ramos
Diretor Assistente: Wanderlei Roberto Marques Inácio

CENSE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

Diretor: Jorge Wilckez
Diretor Assistente: Paulo Eduardo Vilela

CENSE TOLEDO

Diretor: Sandro de Moraes
Diretor Assistente: Adilvo Poletto

CENSE UMUARAMA

Diretor: Anderson Fernandes
Diretor Assistente: Marcelo Rogério Moreira

CASA DE SEMILIBERDADE CASCAVEL

Diretor: Junior Cezar Devantel

CASA DE SEMILIBERDADE FEMININA

Diretora: Renata Hoeflich Damaso de Oliveira

CASA DE SEMILIBERDADE FOZ DO IGUAÇU

Diretor: Rodrigo Marciano de Oliveira

CASA DE SEMILIBERDADE LONDRINA

Diretor: Gilmar Bragantine Ferreira

CASA DE SEMILIBERDADE MASCULINA

Diretor: André Rodrigues de Lima

CASA DE SEMILIBERDADE PARANAÍ

Diretor: José Aurélio Teixeira

CASA DE SEMILIBERDADE PONTA GROSSA

Diretor: Saulo Alessandro Lopes

CASA DE SEMILIBERDADE UMUARAMA

Diretora: Luciana Reis Martins

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	09
1. INTRODUÇÃO	11
2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS	13
3. FATORES DE RISCO	15
4. O ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA PRIVATIVA OU RESTRITIVA DE LIBERDADE	19
5. FATORES DE RISCO NESSA POPULAÇÃO	21
6. PREVENÇÃO	23
6.1 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE EM CENTROS DE SOCIOEDUCAÇÃO E CASAS DE SEMILIBERDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA	24
6.1.1 A RECEPÇÃO DO ADOLESCENTE NA UNIDADE	31
6.1.2 MONITORAMENTO	39
6.2 AVALIAÇÃO DOS RISCOS DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES CUMPRINDO MEDIDA SOCIOEDUCATIVA	40
7. FATORES DE PROTEÇÃO	43
8. FLUXO DE GARANTIA DE DIREITOS	47
9. O QUE FAZER APÓS O OCORRIDO	49
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55
ANEXOS	
1. PRONTUÁRIO DE ACOMPANHAMENTO	61
2. FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL - SINAN	63



APRESENTAÇÃO

A Socioeducação vai muito além da simples privação ou restrição de liberdade. É o exercício de oferecer aos adolescentes ferramentas e diretrizes a fim de que tenham condições de fazer melhores escolhas, encontrando uma nova oportunidade de convívio em sociedade.

Para isso, existem profissionais das mais diversas áreas, que atuam no desenvolvimento pessoal e coletivo dos meninos e meninas que passam pelo sistema socioeducativo. Dentro deste contexto, o Governo do Paraná não tem medido esforços para capacitar os servidores que atuam nos Centros de Socioeducação e nas Casas de Semiliberdade.

Tratar os temas que versam sobre a Socioeducação e compõem o cotidiano das unidades socioeducativas é um tanto quanto complexo, porém emerge a necessidade de produção de materiais que possam orientar o fazer socioeducativo, assim inicia-se o processo de revisão dos Cadernos de Socioeducação, visando promover diretrizes teórico-metodológicas como forma de garantir o cumprimento de medidas socioeducativas com respeito e segurança.

É importante destacar que estes materiais que serão disponibilizados para servidores do Estado e de todo o país, foi redigido por profissionais que atuam no sistema socioeducativo estadual e por pesquisadores da área. Alguns, atuando hoje em outros estados, mas todos tiveram como base o trabalho realizado no Paraná. São vários profissionais de áreas distintas, mas com a questão da infância e adolescência em comum.

Esse material é o resultado do esforço e da compreensão de que as informações e a produção de conhecimento são realmente a melhor base para a prática socioeducativa.

Há o questionamento de que se a realidade diverge da teoria. Por certo que sim, em muitos momentos. Mas a teoria está justamente para alicerçar a prática, para que seja melhor compreendida e haja a possibilidade da transformação da realidade.

Com os Cadernos de Socioeducação, os profissionais têm sempre à mão informações e orientações que são um norte na árdua e intensa tarefa de promover a socioeducação.

Que este material sirva de base de consulta e seja mais um diferencial no Sistema Socioeducativo do Estado do Paraná, podendo, assim, contribuir com o sistema socioeducativo de outros estados.



Elias Gandour Thomé
Secretário de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos



1. INTRODUÇÃO

Considerado uma questão de saúde pública, o suicídio apresenta-se como uma temática desafiadora e, porque não dizer, angustiante. Enfrentar esta problemática no âmbito da socioeducação, com os adolescentes que cumprem medidas socioeducativas de privação e restrição de liberdade, torna o desafio ainda maior.

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 complexo e multicausal para os formuladores de políticas públicas (Botega et al., 2010; Moore, Gaskin & Indig, 2015).

Partindo do pressuposto que a adolescência e o suicídio se constituem em temas complexos, somados as demandas oriundas das unidades socioeducativas diretamente relacionadas às situações de tentativas de suicídio ou suicídio, o Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE), vinculado à Secretaria da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos (SEJU), publica a 3ª edição - revisada e ampliada - do Caderno Prevenção ao Suicídio, que integra a coletânea Cadernos de Socioeducação (2018). Este Caderno traduz-se como uma ferramenta cujo objetivo é instrumentalizar as ações dos servidores da socioeducação do Estado do Paraná, na prevenção e manejo de tentativas de suicídio e das demais situações que configuram o que chamamos de crise psiquiátricas.

Assim, durante os anos de 2017 e 2018, o DEASE realizou um ciclo de capacitações voltado à formação para o atendimento às emergências psiquiátricas e intervenção em situações de riscos de suicídio nas unidades socioeducativas do Paraná, com o intuito de promover a educação dos profissionais de acordo com os princípios da integralidade e da humanização e que, apesar de ser compreendido como um problema de saúde pública, pode ser prevenido.

Nesta perspectiva, surgiu a necessidade de revisar o Caderno intitulado “Prevenção do Suicídio”, tendo em vista a importância do trabalho com foco na prevenção.

Dentre as alterações e inclusões nesta nova edição do caderno, foi inserido um capítulo denominado “Prevenção e Promoção de Saúde em Centros de Socioeducação e Casas de Semiliberdade: relato de experiência do município de Curitiba”, que aborda a temática da prevenção, e que é fruto da parceria que se estabeleceu com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, através da Coordenação de Prevenção a Condições Vulneráveis dos Adolescentes. Os encontros tiveram como foco o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção, incluindo a prevenção ao suicídio, através de metodologia interativa, possibilitando a reflexão e o desenvolvimento de habilidades de vida que fortaleçam os fatores de proteção e de resiliência.

Outrossim, incluímos um novo instrumental, denominado Protocolo de Prevenção ao Suicídio, e a Ficha de Notificação Individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que deverá ser preenchida nos casos de tentativas de suicídio ou suicídio.

O presente caderno imprime a ideia de que, falar de prevenção ao suicídio implica em fortalecer a lógica do cuidado e em estabelecer estratégias de ações voltadas ao desenvolvimento de competências pessoais e sociais, à promoção da autoestima e à promoção da autonomia.

Desta forma, 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, construindo um novo

significado à dor sentida pelo adolescente, e possibilitando 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).

Para tanto, todos os profissionais tem um papel primordial no desenvolvimento de um ambiente acolhedor na escuta e no cuidado, e que promova práticas promotoras de saúde mental. Destaca-se que Saúde Mental se faz para além da assistência à saúde, implica no comprometimento do trabalho em equipe, ou seja, na inter-relação entre os diferentes setores que acompanham o adolescente na medida socioeducativa, objetivando a atenção integral a este adolescente.

Esperamos que este material sirva de referência para o trabalho dos profissionais que atuam nas unidades socioeducativas do Estado do Paraná, identificando sinais de alerta, quebrando os tabus e falando sobre o assunto, atentando-se ao fato de que tão importante quanto falar sobre suicídio, é saber escutar a pessoa que está em sofrimento.

Que este caderno seja um instrumento que auxilie na construção de espaços engajados na valorização da vida e na prevenção do suicídio.

2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS

Importante delimitar, inicialmente, os aspectos epidemiológicos e sociodemográficos dos indivíduos 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). No Brasil, no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio, com uma taxa geral de 5,5/100 mil habitantes, variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015 (Brasil, 2017).

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 9.819 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 vez 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 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.

Como já afirmado anteriormente, 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 que hajam grandes semelhanças, há diferenças nos aspectos que envolvem o suicídio de acordo com os distintos momentos de vida, uma vez 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 e considera-se que uma das formas de se prevenir o suicídio é compreender inúmeras motivações daquela pessoa. Isso se faz importante na medida em 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 adolescência seja vista não como um período de crise, mas sim, 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. Além disso, esse é um momento em que o adolescente pode viver de forma mais intensa todo o conjunto de transformações que estarão presentes, de alguma forma, por toda a vida.

Nessa lógica, os 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).

Assim, é perceptível que 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). Esses 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).

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).

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).

Fatores de risco de saúde mental

No que tange aos fatores de risco de saúde mental, tem-se a presença de transtornos mentais como transtornos depressivos, ansiosos, esquizofreniformes e transtornos relacionados a dependência/abuso de substâncias psicoativas (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.

Estudos realizados em Centros de Socioeducação no Brasil, com o objetivo de identificar a prevalência de transtornos mentais em adolescentes cumprindo medida socioeducativa, apontaram uma substancial prevalência de transtornos mentais (75,2 a 81,1%). O transtorno predominante foi o transtorno de conduta (59,4% a 77%), seguido do abuso de substâncias (53,6 a 70%). Outros transtornos com alta prevalência foram o transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade, transtorno de ansiedade e transtorno de humor. Muitos destes diagnósticos não são isolados e apresentam-se concomitantes com outros transtornos. Muitos destes jovens apresentavam, frequentemente, dois a três transtornos mentais simultâneos, e mais raramente quatro a cinco transtornos (Pinho, 2006, Andrade, 2011, Dória, 2011).

O último censo nacional epidemiológico sobre suicídio (Brasil, 2017) apontou que cerca de 26% dos casos de tentativas de suicídio notificadas tinham a presença de um transtorno. Outros trabalhos apontam para um número maior, visto que, de acordo com Botega et al. (2010), entre 25 a 50% das mortes por suicídio podem estar relacionadas com abuso e dependência de substâncias psicoativas. Portanto, a ocorrência do abuso/dependência de substâncias psicoativas de modo simultâneo a um outro transtorno mental é um importante fator de risco para o suicídio (Botega et al., 2010).

Pesquisas desenvolvidas por Wasserman et al. (2010), constataram que os jovens em privação de liberdade apresentaram taxas mais elevadas da maioria dos distúrbios de saúde mental, assim como 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, suas considerações apontaram para a importância da definição da justiça em relação às 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.

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 passa-

ram 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;
- Sentimento 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), alegam 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 de 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, 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.

Desse modo, como já afirmado, 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 por meio 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 desse, 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, traz em si implicações que podem causar sofrimento intenso nos adolescentes que vivem neste sistema.

Contudo, diante desta realidade, há de existir problematizações que possam ressignificar quais serão as possibilidades de ação da comunidade socioeducativa diante da complexidade do suicídio. Entre essas, podem-se incluir ações de escuta que considerem também as possíveis potencialidades que atravessam esse espaço. Essas são estratégias de enfrentamento a esse fenômeno, compreendendo neste cenário as singularidades que estão presentes nos agires e sentires dos adolescentes.

Ademais, consoante com 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 pode 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 sejam cometidos por adolescentes do sexo masculino (considerando que a maioria dos jovens em medida são do sexo masculino), conforme já exposto, as 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 esse 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, apreensão quanto ao futuro, embaraço e culpa sobre o ato infracional. Além desses, o medo ou estresse referente ao ambiente de privação de liberdade em que ele se encontra. Desse modo, 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, assim como a 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, como por exemplo, sanções punitivas recentes, novas acusações, receber uma sentença, (Knoll, 2010).

Nesse sentido, 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, pouco se sabe acerca do seu histórico anterior, de modo que a privação de liberdade pode acentuar ideações suicidas já existentes, expondo à riscos 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, a fim de identificar fatores de risco. Ainda que muitas vezes seja difícil mensurar indicativos 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 procura 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 a identificação 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:

- Intensificação de atividades pedagógicas, culturais, de lazer e esportivas que façam sentido para os (as) adolescentes e potencializem a construção de um novo projeto de vida;
- Adoção de práticas profissionais que estimulem o protagonismo juvenil e a participação social, evitando a reprodução de rotinas que fomentem processos de alienação e massificação;
- Fortalecimento da convivência familiar e comunitária, especialmente por meio da inclusão em atividades externas às unidades socioeducativas;
- Desenvolvimento de projetos de prevenção e promoção de saúde;
- 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 de 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 adolescentes com risco de suicídio, contendo: provisão de suporte social; rotina de monitoramento constante; uso apropriado de restrição física (adotado sempre como último recurso – quando a escuta e o acompanhamento 24 horas não são eficazes para cessar as ideações ou tentativas de suicídio).
- Desenvolvimento de recursos para fortalecer os vínculos com os serviços de saúde mental e para assegurar o acesso à 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 pré-existentes. Dessa forma, para prevenir o suicídio nas unidades de atendimento socioeducativo, faz-se necessário criar acontecimentos pedagógicos, adotar metodologias de trabalho com foco no desenvolvimento de habilidades de vida e avaliar os riscos de suicídio, a fim de realizar a inclusão na rede de atenção psicossocial (RAPS). A prevenção ao suicídio se dá por meio do diálogo entre os (as) adolescentes, famílias, equipe multiprofissional das unidades, RAPS e outras redes de apoio. A seguir, apresentamos um relato de experiência que materializa esta proposta.

6.1. Prevenção e Promoção de Saúde em Centros de Socioeducação e Casas de Semiliberdade: Relato de Experiência do Município de Curitiba¹

Compreendendo que as políticas públicas se realizam para além das estruturas documentais e se efetivam nas práticas profissionais e pelos profissionais que a exercem, temos como objetivo neste capítulo relatar a execução de um projeto de prevenção e promoção de saúde em centros de socioeducação e casas de semiliberdade de Curitiba.

O município de Curitiba iniciou, em 2017, a sistematização documental com diversos colaboradores para elaboração do plano operativo municipal de atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei (POM). Esse é destinado aos adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação, internação provisória e semiliberdade. O POM, destina-se também à compreensão, organização, planejamento e execução da atenção à saúde dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em regime de semiliberdade e internação. O plano respeita as necessidades individuais e coletivas, bem como as capacidades técnicas e gerenciais, para que se possa efetivar o propósito da atenção integral à saúde dos adolescentes.

A partir dos encontros técnicos para estruturar o documento norteador, foi percebida a necessidade do desenvolvimento de um plano de intervenção em prevenção diferenciado e personalizado aos adolescentes nos centros de socioeducação, tendo em vista a realidade e contexto ao qual os adolescentes estavam inseridos. Além disso, procuramos auxiliar nas demandas de cuidado em saúde, a citar os casos de gestação na adolescência e fundamentalmente em saúde mental por uso de drogas e histórico de tentativas de suicídio.

A organização mundial de saúde apresentou na publicação *Preventing Suicide a Global Imperative* (WHO, 2014) indicadores relevantes sobre os fatores de riscos e de proteção à prevenção do suicídio. Dentre os riscos comunitários e de relacionamentos são citadas a situação de guerra, stress acumulado, discriminação, sensação de isolamento, abuso, violência e relações conflituosas. Os riscos individuais incluem tentativas anteriores de suicídio, transtornos mentais, uso nocivo de drogas e álcool, perdas financeiras, dor crônica e história de suicídio na família.

Os indicadores de risco ao suicídio apresentado convergem e incidem sobre o contexto e perfil dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Ademais, eles reforçam a necessidade de planejamento de ações em promoção e prevenção primária e indicada.

A promoção de saúde e prevenção de doenças entre adolescentes cresce enquanto estratégia de

¹ Autoras: Ana Carolina Araújo dos Santos, Fernanda Cristina Kisoiki Ricardo e Flávia Regina Silva. Coordenação de prevenção a grupos vulneráveis – aschlotag@sms.curitiba.pr.gov.br.

cuidado em saúde pública como pauta emergente e imperativa. A alta incidência de gravidez precoce e indesejada, o abuso de álcool e outras drogas (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992; Murta, Del Prette, Nunes, & Del Prette, 2007), o envolvimento em acidentes de trânsito, a delinquência, as doenças sexualmente transmissíveis (Straub, 2005), os transtornos de humor (Essau, 2002) e o suicídio (McCarter, Sowers, & Dulmus, 2004; Schochet et al., 2001) são alguns dos indicadores que sugerem ser este um grupo que precisa de cuidados preventivos para com sua saúde (in Murta, 2009).

O município de Curitiba já possuía um histórico de implementação de programas de prevenção indicados pela United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC, adaptados pelo Ministério da Saúde com profissionais habilitados e desta forma já contava com um corpo profissional capaz de desenvolver atividades em metodologia interativa, com foco no desenvolvimento de habilidades de vida, o que favoreceu a construção do plano de intervenção em formato de oficinas personalizadas ao público atendido.

A construção do plano de intervenção foi realizada coletivamente com os profissionais das unidades socioeducativas e departamento de atendimento socioeducativo. Em um primeiro momento, foram sensibilizados todos os profissionais sobre a metodologia que seria utilizada. A sensibilização aos profissionais foi realizada como estratégia para compreensão da necessidade de mudança metodológica, ora acostumados em forma de palestras, bem como para compreenderem de que forma o espaço e os profissionais dos centros poderiam se organizar, tendo em vista que a proposta de trabalho previa movimentação dos participantes. Tal situação interfere na rotina institucional, uma vez que a metodologia envolve intensa interação entre os adolescentes, incluindo contato físico, uso de materiais de apoio e a necessidade de um espaço de respeito e sigilo.

O município de Curitiba conta com quatro unidades socioeducativas e o cronograma de execução das atividades respeitou a realidade de cada uma delas, com adaptação de horários, número de participantes por grupo, utilização de materiais, tempo disponibilizado para atividades, equipe de profissionais disponíveis e respeito a todas as normas de segurança.

Unidades Socioeducativas	Capacidade		Características das Oficinas	Tempo
	M	F		
CENSE CURITIBA*	92	08	Grupos de até 6 adolescentes, com oficina única em encontros quinzenais às sextas-feiras	2h
CENSE JOANA RICHIA**	-	30	Grupos com até 15 adolescentes, com 5 oficinas sequenciais em encontros quinzenais	2h
CASA DE SEMILIBERDADE MASCULINA	18	-	Grupos com todos os adolescentes, com 5 oficinas sequenciais em encontros semanais	2h
CASA DE SEMILIBERDADE FEMININA	-	07	Grupos com todos os adolescentes, com 5 oficinas sequenciais em encontros semanais	2h

Tabela 1: Unidades Socioeducativas (USE) | Fonte: Sistema Informatizado de Medidas Socioeducativas (SMS/SEJU)

*Internação Provisória

**Internação

Com o entendimento de que a promoção de saúde, entre os adolescentes, tem se tornado uma necessidade indispensável como estratégia de saúde pública pela atenção primária à saúde, fundamentalmente nos grupos em que os determinantes sociais e condicionantes de saúde sejam desfavoráveis ao desenvolvimento saudável, a proposta do plano de intervenção em prevenção aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa vem ao encontro ao direcionamento de ações com vistas a reduzir iniquidades e ofertar uma proposta de trabalho que incida na integralidade do cuidado.

A partir da mitologia Grega, convido a uma reflexão sobre o mito de Sísifo, ao pensarmos sobre o contexto e perspectivas em abordagens de prevenção ao uso de drogas, suicídio e demais comportamentos de risco à saúde, ao público adolescente em cumprimento de medida socioeducativa em internação, ou seja, em privação de liberdade. As escolhas de vida que Sísifo fez, mediante situações de vida que permeiam sua história, o conduzem a questões que desafiam e transgridem regras e condutas sociais. Sísifo foi considerado um dos maiores ofensores e desafiadores dos deuses, inclusive Tânato, o deus da morte. Contudo, por sua rebeldia, após ser julgado pelas suas “sabotagens”, é condenado a empurrar uma pedra ao topo de uma montanha, mas sempre que se aproximasse do cume a pedra rola-va montanha abaixo e Sísifo deveria retornar a empurrar a pedra por toda a eternidade, em uma tarefa longa, desgastante, repetitiva, em vão e fadada ao fracasso.

A reflexão sobre o mito de Sísifo nos traz uma aproximação sobre um mapeamento empírico de similaridades acerca dos relatos dos (as) adolescentes que receberam as oficinas de prevenção nas unidades socioeducativas do município de Curitiba. As atividades desenvolvidas não solicitam, por parte dos participantes, a revelação explícita de conteúdos de vida ou atos infracionais. No entanto, por intermédio de atividades de simulação de realidade, os participantes foram levados a livre expressão de percepções, emoções, posicionamentos de vida, conteúdos emocionais, repertório de habilidades sociais e comportamentais e, principalmente, ao seu universo emocional, os quais convergiam em sua maioria em relatos de sentimento de impotência sobre possibilidades de mudança das condições de vida atuais e futuras, tal como Sísifo após sua sentença.

Desta forma, proporcionar uma estrutura metodológica e didática capaz de reverter a imobilidade emocional, o empobrecimento e engessamento de repertórios comportamentais, os conteúdos pessimistas e negativistas sobre perspectivas de futuro tornaram-se a força motriz para o planejamento e organização do plano de intervenção.

A metodologia utilizada se estruturou em atividades grupais, vivenciais e interativas que despertam para o desenvolvimento de competências individuais, habilidades de enfrentamento de estresse, cognitivas e sociais. O desenvolvimento de habilidades de vida incide em ampliação de repertório social como pensamento criativo, manejo de estresse, tomada de decisão, resolução de problemas, pensamento crítico, comunicação eficaz, relacionamento interpessoal, autoconhecimento, empatia e manejo de emoções, baseada no modelo de habilidades de vida, conforme recomendado pela OMS (1997).

A privação de liberdade por si só, já representa uma restrição ao desenvolvimento psicossocial saudável e de habilidades de vida. Desta forma, coube na organização metodológica o desafio de viabilizar um conjunto de disparadores e mobilizadores grupais para desenvolvimento de habilidades que permitissem transpor de forma imaginativa os muros que os cercavam e ofertar atividades que se aproximasse de cenas do “como se”, por meio de técnicas vivenciais que criam situações fictícias com envolvimento e liberação de espontaneidade para direcionamento ou conexão com o pensamento para uma situação real.

O início das atividades foi desafiador às profissionais por encontrarem adolescentes com comportamentos reativos, desconfiados, com dificuldades em estabelecimento de vínculo e com imaginário de abordagens de repressão e coerção. Ainda, por vezes era percebido uma restrição em exposição por sentimentos de menos-valia e descrédito sobre possíveis contribuições grupais. Contudo, frente o posicionamento das profissionais, gradativamente os (as) adolescentes foram permitindo uma aproximação e troca mais significativas.

A cada encontro foi realizado um momento de troca de impressões junto às profissionais para avaliação das atividades propostas e estruturação das oficinas seguintes. Também foram trabalhadas as

percepções mobilizadoras às próprias profissionais e capacidade de escuta e elaboração dos conteúdos trazidos pelos adolescentes. O desafio, neste ponto, estava também alicerçado sobre o acompanhamento das profissionais e manutenção da capacidade de neutralidade psíquica e emocional, a fim de preservar uma condução isenta e técnica, mas ao mesmo tempo acolhedora e afetuosa, e, para além disso, manter o bem-estar das profissionais diante de histórias de vida dos adolescentes, marcadas pelo sofrimento e violação de direitos.

As oficinas foram se estruturando após cada encontro, a partir da análise da receptividade dos participantes, capacidade de insight, participação e analogias com situações de vida nos momentos de contextualização. De acordo com as análises, as atividades foram se organizando de forma gradativa e sequencial em exigência de entendimento e respostas que implicassem em ampliação de repertório de habilidades de vida.

Todo planejamento foi realizado de maneira personalizada respeitando avaliação de cada encontro e conforme as impressões e avaliações das profissionais. O desenvolvimento das atividades revelou, no público atendido, um repertório comportamental limitado, com possíveis limitações cognitivas, auto percepção frágil, emoções básicas pueris, relações conflituosas, limitações em estabelecer laços de confiança e comportamentos reativos.

Frente ao conjunto de conteúdos emocionais percebidos, as atividades se organizaram com o objetivo de permitir a construção de vínculo e confiança, e, a partir deste, o gradativo reconhecimento das emoções pessoais, do corpo social e comportamentos de risco à saúde, das interações e influências sociais na tomada de decisão, culminando com disparadores para análise e perspectiva de construção de projetos de vida mais protetivos.

As oficinas necessariamente iniciavam com atividades de aquecimento, integração, dinâmicas de grupo temáticas e técnicas vivenciais, intercaladas por exposições orais, trocas de percepções e discussões entre os participantes. As atividades também se organizavam em momentos de produção individual, em duplas e em coletivos, com momentos em grande grupo. No fechamento da oficina era incentivada a livre participação para relato das vivências do dia. A participação sempre se estruturou na espontaneidade e liberdade de expressão, e, nesta questão, os grupos eram bastante heterogêneos.

A conduta profissional nas atividades foram um destaque à leitura grupal como movimentos do grupo, empatias e desafetos, grupos produtivos e relações tóxicas, comunicações não verbais entre os participantes como uma forma sutil de comunicação e posicionamento técnico nas atividades para mediação de eventuais campos de tensões durante a execução das atividades. A leitura grupal também fundamentou a escolha das atividades a serem desenvolvidas a cada oficina.

O plano de intervenção se estruturou em um documento com o registro de cada oficina desenvolvida, com ordem de atividades, descritivo de cada uma dessas, com detalhes sobre a condução, disparadores para contextualização e fechamentos. As oficinas foram temáticas a cada encontro, objetivando a integralidade de percepção e cuidado em saúde.

Dessa maneira, temáticas como infecções sexualmente transmissíveis (IST's), drogas ou suicídio não foram trabalhadas sobre o objeto temático, mas sim sobre o contexto e fenômeno, por intermédio do pensamento crítico. A exposição temática ou excessivamente informativa mostra-se contraproducente, desta forma a abordagem é realizada por meio de disparadores de situações que simulam a realidade, que imperam nos fenômenos dos comportamentos de risco à saúde.

A organização do trabalho se iniciava com a preparação da oficina, elencando as atividades em sequência, a partir de atividade inicial de apresentação e integração grupal, de aquecimento, exposição temática e de fechamento. Os materiais das atividades em sua maioria foram criados artesanalmente pela equipe, tais como utilização de imagens em recortes de revistas, placas com emojis, bolas de jornal amassado, materiais reciclados e administrativos comuns como lápis de cor, sulfites, caixas de papelão, papéis coloridos, barbante, dentre outros.

Foram realizadas 4 oficinas, em sequência, com duração de 2h aproximadamente cada uma, em frequência semanal na unidade socioeducativa feminina de internação e nas duas casas de semiliberdade, com grupos de 15 adolescentes. Na unidade socioeducativa masculina, por apresentar um volume maior de adolescentes em internação provisória e alta rotatividade, foi desenvolvida oficina única com duração de duas horas envolvendo um grupo de 6 a 8 adolescentes, em frequência quinzenal de atendimento.

A título de exemplo, segue modelo explicativo de uma das oficinas realizadas:

OFICINA 1

ATIVIDADES	DESCRIÇÃO	DISPARADORES
ACOLHIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Boas-vindas ao grupo - Preenchimento de crachás com o nome ou apelido (como prefira ser chamado), em fita adesiva ou cartolina 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um ambiente de acolhimento; - Identificação dos participantes.
APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES	Solicitar aos participantes que falem seu nome, idade e algo que goste de fazer, de acordo com a sequência do círculo	- Apresentação e primeiros conhecimentos de características pessoais.
COMBINADOS	<p>O grupo é convidado a elencar combinados de convivência durante a realização das atividades, assim como esperar a vez de cada um falar, não interromper a fala, não falar por outro, etc. e possíveis consequência sobre as quebras de combinados. Todas as sugestões são feitas pelos participantes com mediação do Facilitador</p> <p>As sugestões são registradas em cartolina e fixadas em local visível durante toda atividade</p>	- Refletir com o grupo sobre a importância dos combinados de convivência, a fim de preservar ambiente respeitoso e acolhedor.
APRESENTAÇÃO DO TRABALHO A SER DESENVOLVIDO	Explicar a organização do trabalho, tempo de duração, frequência de encontros e espaço para dúvidas	
DINÂMICA DE AQUECIMENTO / INTEGRAÇÃO	<p>Solicitar um número "X" de voluntários que gostam de carro, conforme a quantidade de grupos que se pretende formar (ex.: 4 voluntários = 4 grupos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distribuir placas (tira de papel), com números de táxi para cada voluntário, que o tornará um motorista de táxi. - O mediador deverá observar possíveis coincidências entre os participantes que servirão como critérios pré-definidos para que os passageiros "entrem" nos táxis (ex.: pessoas usando tênis - táxi 1, pessoas com cabelo comprido - táxi 2, pessoas que comeram salada no almoço - táxi.). Estes critérios devem ser abrangentes para que todos se encaixem no "táxi" em algum momento e servirão para formação do grupo de forma aleatória. - Os "motoristas de táxi" deverão caminhar pelo círculo e os passageiros que se identificarem com os critérios pré-definidos do táxi, sinalizarão para "entrar" nesse, formando "um trenzinho" atrás do motorista. - É importante que o último voluntário/ "motorista", não tenha critério padrão pré-definido, permitindo que entre no táxi os passageiros que não "entraram" nos primeiros táxis e que restaram no círculo. - É necessário estabelecer um número limite de passageiros para cada táxi, conforme o número esperado de participantes em cada grupo (ex.: táxi 1 = grupo 1 = "X" integrantes) 	- Por meio de atividade lúdica realizar a divisão de subgrupos aleatórios.

<p>DINÂMICA DE INTEGRAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O mediador solicita para que os participantes caminhem pela sala e ao sinal combinado previamente com o grupo, pede para que procurem pessoas que, por exemplo, estejam usando a mesma cor de roupa, formado subgrupos. Sequencialmente, solicita nova movimentação, indicando outras consignas que formarão outros subgrupos (ex.: mesmo estilo de sapato, comida favorita, o que gosta de fazer no tempo livre, etc.). - Para finalizar, o facilitador indica a separação de subgrupos pelo mês de aniversário e propõe a formação do círculo a partir da sequência de janeiro a dezembro, sentando-se desta forma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover ambiente de descontração; - Movimentar o grupo; - Aproximação do grupo; - Conhecimento sobre si e sobre o outro; - Separação de “pares”.
<p>DINÂMICA DE INTEGRAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O mediador solicita para que os participantes caminhem pela sala de forma aleatória e, ao sinal previamente combinado, parem e façam duplas, preferencialmente com pessoas que ainda não conhecem. - Em duplas, o mediador orienta quem deve iniciar a fala (ex.: quem acordou mais cedo, calça o maior número de sapato, etc.). - Explicar que, por 1 minuto, uma pessoa vai falar e a outra vai escutar, para posteriormente trocar os papéis (quem escutou vai falar e quem falou vai escutar) - Repetir esta sequência formando novas duplas de acordo a quantidade de consignas estabelecidas. - Consignas sugeridas: <ul style="list-style-type: none"> * Fale sobre si * O que você faz para se divertir? * Você acha que seus amigos podem influenciar nas suas escolhas? Em quais situações? 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar aproximação entre os participantes; - Oportunizar a participação de todos os participantes ao mesmo tempo; - Possibilitar reflexão sobre escuta qualificada e fala assertiva; - Estimular os participantes a pensar e falar gradualmente sobre suas opiniões.
<p>DINÂMICA TEMÁTICA PERTENCIMENTO GRUPAL</p>	<p>Passo 1 – Instruções aos voluntários Solicitar três voluntários, que sairão da sala para receber a instrução: “Ao retornarem, encontrarão os demais participantes divididos em três grupos. Então deverão descobrir o que será preciso fazer para ser aceito em cada grupo e escolher de qual grupo gostariam de fazer parte”.</p> <p>*Obs.: Os voluntários não podem saber que existem diferenças entre os grupos.</p> <p>Passo 2 – Instruções aos Grupos Os participantes que ficarão na sala serão divididos claramente em três grupos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Um grupo será “Grupo Aberto”, que não exige nenhum código (algo específico) para aceitar novos integrantes; - Os outros dois grupos serão “Grupos-Código”, que terão critérios definidos para aceitar novos integrantes. Estes critérios devem ser pensados pelos grupos (ex.: “gostar de assistir filmes”, “gostar de esportes”, “gostar de animais”, “saber o nome de três cantores atuais”, “saber o nome de três times de futebol”, etc.); <p>A aceitação no grupo será simbolizada por meio da oferta de uma cadeira ao novo membro</p> <p>Passo 3 – Descobrir os códigos Passadas as instruções a todos os participantes, os voluntários voltam à sala e são encaminhados ao “Grupo Aberto”, que os recebe e oferece a cadeira com sinal de aceitação, sem nenhuma condição. Em seguida, os voluntários serão conduzidos aos Grupos-Código.</p> <p>No primeiro Grupo-Código, os critérios definidos previamente pelo grupo não devem ser falados, e os voluntários devem fazer perguntas recebendo como respostas somente “sim” ou “não”. Assim que descobrirem o critério do primeiro Grupo-Código, os voluntários serão encaminhados para o segundo Grupo-Código que explicará de forma clara qual é o seu critério.</p> <p>Passo 4 – Decidir sobre qual grupo quer ou não participar Tão logo que os critérios sejam expostos aos voluntários, estes devem decidir se aceitam ou não os critérios apresentados para fazer parte do grupo e explicam sua decisão aos demais participantes de forma coletiva.</p> <p>Ao fim da atividade, abrir perguntas ao grande grupo que levem a reflexões sobre aceitação e padrões sociais, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensando nessa simulação: “Essas situações podem acontecer? Alguém já viu ou viveu algo assim?” (Como integrante do grupo ou como alguém que quer fazer parte de um grupo). - Quais os sentimentos que os voluntários experimentaram ao participarem da atividade? E os demais participantes que representaram os grupos? - Ficou claro que existem critérios para fazer parte de alguns grupos e para outros basta apenas querer? Por que será que isso acontece? - Qual o sentimento que uma pessoa pode ter quando não é aceita pelo grupo? - É preciso seguir padrões para ser aceito em algum grupo? - O que vocês observam e fazem para decidir se querem ou não fazer parte de um grupo? 	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar no crescimento social; - Reflexão sobre grupos espontâneos e grupos estruturados com regras implícitas e explícitas; - Identificar mudanças de comportamento quanto a influência de um grupo; - Experimentar situações de exclusão X aceitação; - Refletir criticamente.

<p>DINÂMICA DE ENCERRAMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Convidar os participantes a se colocarem em um único círculo em pé; - O facilitador deverá ser o primeiro a iniciar a atividade, segurando a ponta do barbante de um rolo que será lançado para outro participante do círculo. - O participante que receber o rolo deverá falar uma palavra que simplifique “O que é necessário fazer para participar de um grupo?” Segurar a ponta do barbante e lançar para outra pessoa que ainda não recebeu o rolo. - Segue-se a atividade sucessivamente até que todos tenham recebido o rolo de barbante. - É importante que ninguém solte a ponta do barbante. - Pedir para que todos juntos se abaixem, soltem cuidadosamente a ponta do barbante no chão e observem a formação de um desenho de rede no círculo. - Contextualizar o desenho da rede de acordo com as opiniões dos participantes, conduzindo a reflexão sobre sociedade, grupos sociais, conexões sociais, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descontração e movimento do grupo; - Integração; - Reflexão sobre sociedade, grupos sociais, conexões sociais, redes de apoio sociais, etc.
<p>DESPEDIDA</p>	<p>Solicitar a cada participante relatar como foi o momento vivenciado e o que esperam para o próximo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fechamento da atividade.

A construção do trabalho descrito foi principiada a partir da compreensão da necessidade do desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação e restrição liberdade. Além disso, também foi principiada pela compreensão inequívoca da vulnerabilidade e adversidades que envolvem o universo de vida destes adolescentes, bem como ser um momento estratégico a conciliar o propósito do cumprimento de medida socioeducativa.

Nessa lógica, conciliar os desafios de contemplar as necessidades técnicas, metodológicas, conceituais, profissionais, físicas, institucionais foram o diferencial fundamental para construção do plano de intervenção, bem como o maior veículo de enriquecimento dos profissionais e da operacionalização das políticas junto aos adolescentes atendidos.

Os conteúdos emocionais trazidos refletiram um grupo de adolescentes embebidos por sentimentos e emoções que geram sofrimento psíquico, como negativismo, agressividade, timidez, desesperança e medo. O sentimento de medo foi manifestado em atividades verbais e escritas, representado pelo receio de retomar a vida que tinham, de sofrer represálias em função do ato infracional, distanciamento da família, em “se tornar uma pessoa má”, em sair da unidade socioeducativa, em não conseguir mudar, em “não dar conta da vida”. Retomando ao mito de Sísifo, percebeu-se que muitos dos adolescentes se colocam neste lugar de Sísifo, por terem desafiado as convenções sociais, as regras e estarem num momento de condenação limitante, restritiva, penalizante e, mais importante, com uma aproximação à finitude “acabou pra mim” (SIC), o que mereceu especial atenção.

A condição dos adolescentes institucionalizados sob uma perspectiva de restrições diversas, necessárias à manutenção da segurança, que envolvem rigidez no cumprimento das regras internas, de convivências restritas entre pares, de liberdades de escolhas simples, de restrição aos cuidados estéticos importantes nesta fase do desenvolvimento, de liberdade e espontaneidade de expressão, dentre outras, geram, a princípio, um imaginário no coletivo dos adolescentes de perda total de liberdade e com esta, de mudanças e possibilidades de escolhas. Estas análises sobre o fenômeno da institucionalização colaboraram sobre a compreensão da necessidade de acolhimento destes elementos no encaminhamento das contextualizações durante o percurso do trabalho.

Com o conjunto de concepções sobre o público e suas especificidades, espaços físicos e fenomenológicos, metodologia, capacidade técnica profissional, o trabalho aos adolescentes se organizou de forma a viabilizar estratégias para possibilitar o desenvolvimento de competências pessoais e habilidades de vida que despertassem componentes atitudinais de melhora no autocuidado e conseqüentemente uma redução ao comportamento de risco à saúde e à vida.

A avaliação de impacto das atividades foi acompanhada por intermédio de relatos verbais e materiais produzidos nas oficinas pelos adolescentes, por relatos verbais dos profissionais que acompanharam a execução das atividades nas unidades socioeducativas e avaliações empíricas observadas pelas profissionais atuantes.

Assim, os impactos percebidos remetem à ampliação de autopercepção, de reconhecimento de estratégias diferenciadas e assertivas para agentes estressores, maior domínio no comportamento reativo por melhor domínio das emoções suscitadas, reconhecimento da necessidade de autocuidado e de escolhas assertivas em projeto de vida, resiliência frente as adversidades, controle de impulsos agressivos e ampliação de conhecimento sobre estratégias de cuidado em saúde pessoal e coletiva.

Os adolescentes registraram, em atividade direcionada ao desejo de mudança atitudinal e comportamental, o que os levou a prática do ato infracional e o desejo de mudança de perspectiva de vida. Importante salientar que toda exposição e registro foram feitos de forma espontânea e refletiram auto-percepção mais refinada, assim como expectativas de mudança coerentes às possibilidades de vida de cada participante.

Permitir a livre expressão de ideias, de pensamentos, de opções, de possibilidade de resolução de problemas resgata nos adolescentes a percepção de liberdade que ora ficava restrita em seus imaginários e nas paredes estruturais das unidades. A prevenção se materializa junto ao desenvolvimento das habilidades de vida como fatores de proteção, principalmente ao desenvolvimento de resiliência e melhor capacidade de lidar com adversidades.

A efetiva reinserção social se inicia com a percepção individual sobre a possibilidade de assumir um protagonismo na vida com um repertório ampliado de análise e criticidade com um novo olhar e perspectiva sobre os caminhos percorridos e os que se desvendarão.

Os impactos também foram percebidos pelos profissionais que acompanharam as atividades, especialmente os profissionais de saúde, permitindo o reconhecimento de novas possibilidades de intervenção em prevenção, diferentes do modelo exclusivamente expositivo que vigorava como práxis, aliado a possibilidade de posicionamentos profissionais acolhedores e sensíveis em um ambiente de segurança.

Outro aspecto relevante, é a aproximação e fortalecimento das relações intersetoriais e governamentais por se tratar de uma parceria entre município e estado, pelas secretarias municipais de saúde e secretaria do estado da justiça, trabalho e direitos humanos, incidindo positivamente sobre a operacionalidade do plano operativo municipal de atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei (POM).

O trabalho continua ativo, conforme novos grupos se formam nas unidades Socioeducativas e continua a desafiar os profissionais envolvidos, a cada vez mais, ampliar as ações envolvendo parcerias intersetoriais e ofertas diversificadas, que viabilizem a reinserção social com efetivo sentimento de pertencimento à comunidade e de cidadania.

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, rea-

lizada 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, em que 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 das ideias e tentativas 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, que deve 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 utilizados para estabelecer o risco e uma posterior necessidade de intervenção:

- O adolescente se encontra em crise de abstinência;
- O adolescente expressa 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 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) ideia suicida ou desejo morrer;
- O adolescente sofre com desesperança;
- O adolescente demonstra 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 ser 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 ideação 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 utilizadas 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 (Perlman, 2011)

O adolescente tem pensamentos e planos de cometer suicídio imediatamente.

Ação necessária

Ofereça apoio emocional, trabalhe 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 o deixar 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 por intermédio 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!

4. Quando encaminhar?

Quando o adolescente tem:

- Transtorno psiquiátrico;
- Histórico de tentativas de suicídio anteriores;
- História familiar de suicídio, abuso de álcool e/ou drogas, ou transtorno mental;

- Doença física;
- Nenhum apoio social.

5. 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.

6. 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;
- Realocar 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 e 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 nº 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 distensionam 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, assim, as ocorrências e, conseqüentemente, 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 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 deve ser debatida 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 ideação 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 esses 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 se encontram 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, os indícios comuns ao cometimento do suicídio são: sentimentos de desesperança, diminuição de projeto 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 plano para o suicídio deve 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, todavia, 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 é 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).

6.2. Avaliação dos Riscos de Suicídio em Adolescentes Cumprindo Medida Socioeducativa

Com o objetivo de parametrizar e unificar os procedimentos adotados nos casos de adolescentes com indícios de transtornos mentais e/ou com risco de suicídio, levando-se em consideração a importância da identificação dos riscos e a prevenção, entendeu-se ser necessário atualizar a Resolução nº 30/2015, tendo em vista a necessidade de regulamentar os encaminhamentos preventivos a serem realizados pelas equipes das unidades socioeducativas, além de reforçar os mecanismos de monitoramento dos casos identificados, vinculados ao SINAN. Desta forma, dois novos instrumentos foram incluídos

neste caderno, sendo o primeiro o Protocolo de Prevenção ao Suicídio, e o segundo, a Ficha de Notificação Individual do SINAN. A nova resolução pode ser encontrada no site do DEASE (www.seju.dease.pr.gov.br). Destaca-se que a questão referente a necessidade desse monitoramento 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 mais 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 priva a capacidade de sua identificação, tratamento e gerenciamento (Knoll, 2010). A avaliação, portanto, permite (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 mais 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 compõem 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 conseqüente 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. Isso porque, abrange a administração direta e o Conselho Estadual da Criança e do Adolescente que já possui acesso às referidas informações subsidiando propostas e encaminhamentos.



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 autoestima elevada (Beautrais, 2000).

As habilidades 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 autoestima;
- 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 físicas 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 criar os adolescentes, desde o tratamento eficaz de perturbações mentais até ao 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 em que 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 ato 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 deve ser evitado e supervisionado.

O monitoramento por câmeras pode auxiliar a supervisão dos adolescentes em risco de suicídio. Entretanto, 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).



8. 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 conseqüente 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.

Uma reflexão importante nesses casos é analisar se cabe ao adolescente o cumprimento de medida socioeducativa.

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 por meio 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 de o adolescente frequentar a rede de atendimento de saúde durante o cumprimento de medida ou a necessidade de extinção dela 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:

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 adequarem 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.

Assim, quando se tratar de adolescente de alto risco para o cometimento do suicídio, ainda, identificado pela equipe da unidade, com indícios de transtorno 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. Isso deve ocorrer, 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.

Observação: 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 pedido 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 totalmente.
- 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 por intermédio 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 da ficha de notificação para casos de suicídio (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 essa família, objetivando orientá-la em relação ao ocorrido. 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.

Observação: 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.



REFERÊNCIAS

- ABRUTYN, Seth; MUELLER, Ana. S. **Are Suicidal Behaviors Contagious in Adolescence? Using Longitudinal Data to Examine Suicide Suggestion.** American Sociological Review. p. 211-227. 2014.
- AMERICAN, Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** Fifth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association. 2013.
- ANDRADE, Renato Candido De. et al. **Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro: estudo de gênero e relação com a gravidade do delito.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2179-2188, abr. 2011.
- ANVISA. **Resolução – RDC N.º 101,** de 30 de maio de 2001.
- AYRES, J. R. C. M. **O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser.** Em J. R. C. M. Ayres, **Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas.** São Paulo: Casa de Edição, 1996. p. 4-9.
- Beautrais, Annete. L.. **Risk factors for suicide and attempted suicide among young people.** Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, v.34, p.420-436. 2000
- Biggam, F. H.; Power, K. G. A. **Controlled, Problem-Solving, Group-Based Intervention With Vulnerable Incarcerated Young Offenders.** International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, v.46,n6, p. 678-698. 2002.
- Botega, N.; Bertolote, J. M.; Hetem, L. A.; Bessa, M. A. Debate – matéria de capa: **Prevenção do suicídio.** Revista Debates, v.2, n.1, p.10-20. 2010
- Bouchard, G. **Facteurs de risque du suicide à l'adolescence.** 2006. 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. Secretaria de Estado da Criança e da Juventude. **Cadernos do IASP - Compreendendo o Adolescente.** Curitiba, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção.** Vol 48, n30, ISSN 2358-9450, 2017.
- Buttar, A.; Clements-Nolle, K.; Haas, J. & Reese, F. **Dating Violence, Psychological Distress, and Attempted Suicide Among Female Adolescents in the Juvenile Justice System.** Journal of Correctional Health Care, v.19, n2, p 101-112.
- Dória, Gustavo Manoel Schier. **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. p. 265. 2011.
- Filho, L. M. **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. Acesso 10 nov 2001.

Freuchen, A. & Grøholt, B. **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), p.194-206. 2015.

Gallagher, C. A. & Dobrin, A. **Risk Of Suicide In Juvenile Justice Facilities: The Problem Of Rate Calculations In High-Turnover Populations.** *Criminal Justice And Behavior*, v. 34, nº10, p.1362-1376. 2007.

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

Huey, M. P. & McNulty, T. L. **Institutional Conditions And Prison Suicide: Conditional Effects Of Deprivation And Overcrowding.** *The Prison Journal*, v. 85 nº4. p. 490-514. 2005.

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

King, D. C.; Abram, K. M.; Romero, E. G.; Washburn, J. J.; Welty, L. J.; Teplin, L. A.. **Childhood Maltreatment and Psychiatric Disorders Among Detained Youths.** *Psychiatric Service*, v. 62 nº12, p. 1430-1438. 2011

Knoll, J. L. **Suicide in Correctional Settings: Assessment, Prevention, and Professional Liability.** *Journal of Correctional Health Care*, v.16 nº3, p.188-204. 2010.

Lovisi, G. M.; Santos, S. A.; Legay, L.; Abelha, L.; Valencia, E. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, S86-93.2009.

Mann, J. J. **A current perspective of suicide and attempted suicide.** *Annual International Medicine*, p. 302-311.2002.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. transtornos mentais e comportamentais.** Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2000.

MURTA, S. G et al. **Prevenção primária em saúde na adolescência: avaliação de um programa de habilidades de vida.** *Estud. psicol. Natal*, v. 14, n. 3, p.181-189, set. -dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out 2018.

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

Organização Mundial da Saúde. **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. **Juvenile Correctional Workers' Perceptions of Suicide Risk Factors and Mental Health Issues of Incarcerated Juvenile.** *Journal of Correctional Health Care*, v. 11 n.4, p. 333-346. 2005.

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

Perry, A. E. & Olason, D. T. A. **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, v. 53 n 4, p. 385-400.2009.

Putninš, A. L. **Correlates and Predictors of Self-Reported Suicide Attempts Among Incarcerated Youths.** International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, v.49, n.2, p.143-157. 2009.

Resmini, E. A. M. **Suicídio na adolescência.** Psychiatry on-line Brazil. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/suicidio.htm>>. Acesso em março 2005.

Pinho, S. T. R.;Dunningham, W.; Aguiar, W.M.;Andrade Filho, A. S.; Guimaraes, K. ; Guimaraes, K. ; Almeida, T. R. P. ;Dunningham, V. **Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 55, p. 126-129, 2006.

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

SILVA, M P. S.; MURTA, S. G. **Treinamento de Habilidades Sociais para Adolescentes: Uma Experiência no Programa de Atenção Integral à Família (PAIF).** Psicologia: Reflexão e Crítica, v.22, n.1, p.136-143, jan. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/247852778_Treinamento_de_habilidades_sociais_para_adolescentes_uma_experiencia_no_programa_de_atencao_integral_a_familia_PAIF>, Acesso em: 19 out. 2018.

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

Stone, D. M. & Crosby, A. E. **Suicide prevention: State of the art review.** American Journal of Lifestyle Medicine, p. 404-420.2014.

Suto, I. & Arnaut, G. L. Y.. **Suicide in Prison: A Qualitative Study.** The Prison Journal, v.90, n.3, p. 288-312.2010.

Tapia, M.; Mccoy, H.; Tucker, L. **Suicidal Ideation in Juvenile Arrestees: Exploring Legal and Temporal Factors.** Youth Violence and Juvenile Justice, p.1-16.2015.

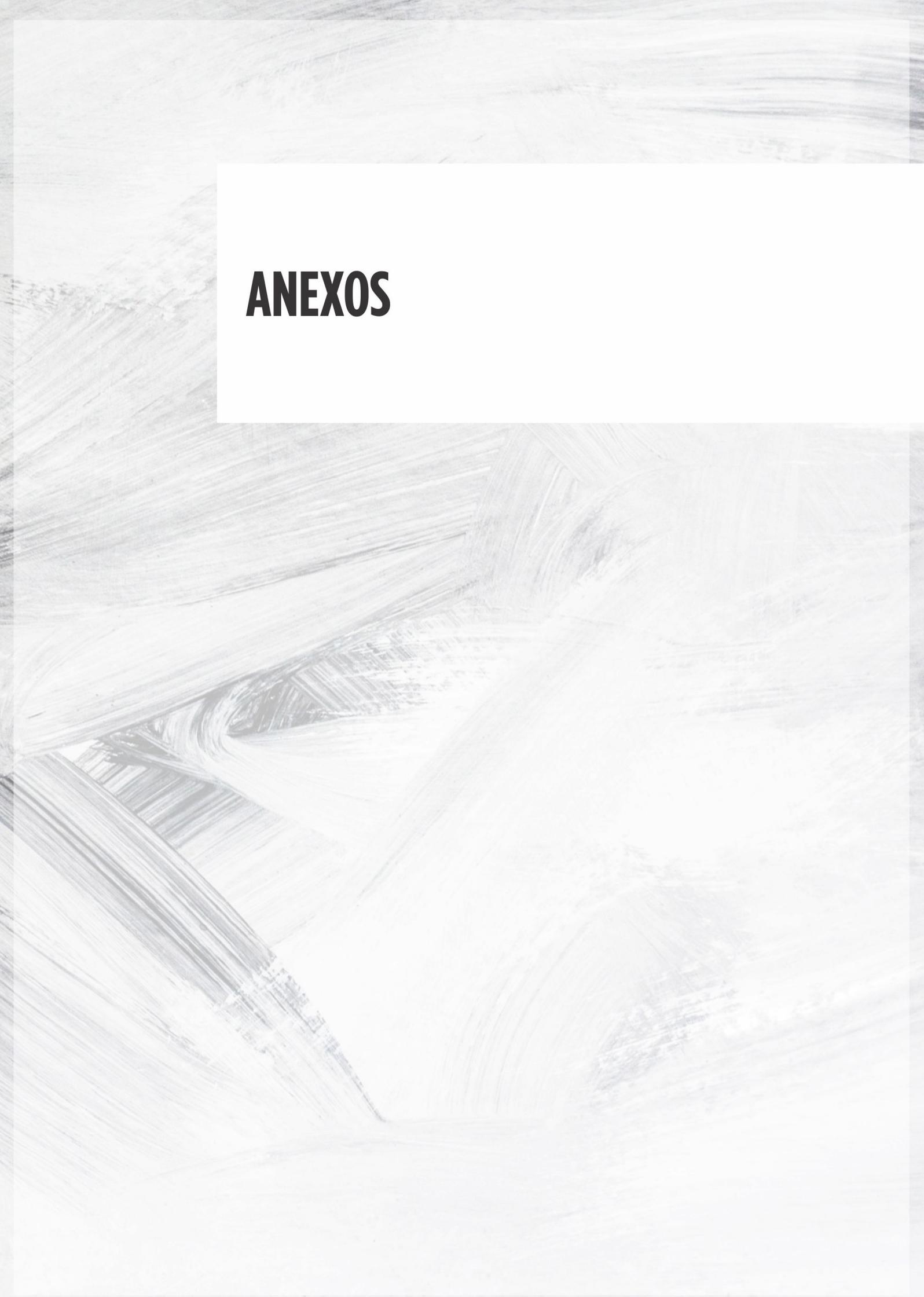
UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes.** 2013.

Wasserman, G. A.; Mcreynolds, L. S.; Schwalbe, C. S.; Keating, J. M.; Jones, S. A. **Psychiatric Disorder, Comorbidity, And Suicidal Behavior In Juvenile Justice Youth.** Criminal Justice And Behavior, v.37, n.12, p.1361-1376.2010.

Werlang, B. S. G.; Borges,V. R.; Fensterseifer, L. **Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência.** Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology, v39,n2, p.259-266. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative.** World Health Organization. Geneva: WHO. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Life skills education in schools.** Geneva: WHO. 1997.



ANEXOS





**SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, TRABALHO E DIREITOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO**

**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO
PRONTUÁRIO DE ACOMPANHAMENTO**

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Data de Nascimento:

Idade:

Local de Nascimento:

RG:

CPF:

Filiação:

Pai:

Mãe:

Endereço:

Bairro:

Município:

Responsável legal:

Telefone para contato familiar:

Contato de referência na rede de serviço:

2. DADOS DA INTERNAÇÃO

Nº Autos:

Data de apreensão:

Data da Sentença:

Data de Entrada no CENSE (Nome da unidade):

Tempo total de privação/restrrição de liberdade:

Infração:



**SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, TRABALHO E DIREITOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO**

Comarca de Origem:

3. DADOS DO PROTOCOLO

3.1 Data de entrada em protocolo:

3.2 Ocorrência do fato que o fez entrar em protocolo:

4. ASPECTOS GERAIS DA SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE

4.1 Descrever se há presença de sinais, sintomas e ou diagnóstico prévio de saúde mental.

4.2 Apresentar o histórico de tratamentos realizados. Informar, data e período internado em hospitais, acompanhado pelo CAPS ou por outra instituição onde o adolescente obteve tratamento em saúde mental.

4.3 Uso de medicamentos controlados

4.4 Histórico de tentativas pregressas de suicídio

5. HISTÓRICO FAMILIAR

Indicar, se houver, histórico de transtornos mentais e tentativas de suicídio na família do adolescente.

6. REGISTRO DO ATENDIMENTO REALIZADO

Relatório do atendimento realizado, indicando data, hora e descrição das ações realizadas junto ao adolescente, encaminhamentos realizados.

Assinaturas dos profissionais e seus respectivos registros nos Conselhos
Profissionais

Ciente e de acordo.

Local, data

Diretor _____

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação		
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros							
	7 Nome da Unidade Notificadora				Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde				Código (CNES)			
	10 Nome do paciente							
Notificação Individual	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano <input type="checkbox"/>		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica							
	17 Número do Cartão SUS				18 Nome da mãe			
Dados de Residência	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)				Código	
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)				26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência				29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)			
Dados Complementares								
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social				34 Ocupação			
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado							
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Travesti 2-Mulher Transexual	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento					
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)				Código	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado							
							53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
							54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação do rua 08-Dificiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
	69 Data de encerramento _____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura



SEJU-PR
SECRETARIA DA JUSTIÇA,
TRABALHO E DIREITOS HUMANOS



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO