

## SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS

# Como reduzir o suicídio de crianças e adolescentes? *Uma síntese de evidências sobre o papel da escola*

Brasília-DF, maio de 2020

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**

**Ibaneis Rocha**  
*Governador*

**Paco Britto**  
*Vice-Governador*

**SECRETARIA DE ECONOMIA DO DISTRITO FEDERAL – SEF/DF**

**André Clemente Lara de Oliveira**  
*Secretário*

**COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL – CODEPLAN**

**Jeansley Lima**  
*Presidente*

**Juliana Dias Guerra Nelson Ferreira Cruz**  
*Diretora Administrativo e Financeiro*

**Renata Florentino de Faria Santos**  
*Diretora de Estudos Urbanos e Ambientais*

**Daienne Amaral Machado**  
*Diretora de Estudos e Políticas Sociais*

**Clarissa Jahns Schlabit**  
*Diretora de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas*

## EQUIPE RESPONSÁVEL

### Diretoria de Estudos e Políticas Sociais – Dipos/Codeplan

**Daienne Amaral Machado**

*Diretora*

### Gerência de Análises e Estudos Transversais – Geat/Dipos/Codeplan

**Tatiana Lemos Sandim**

*Gerente*

### Elaboração do estudo

**Ana Maria Peres França Boccucci**

**Elisete Rodrigues de Souza**

**Rebeca dos Santos Freitas**

**Samuel Abner Fernandes Pinheiro**

**Tatiana Lemos Sandim**

**Victória Evellyn Costa Moraes Sousa**

### Supervisão

**Laura dos Santos Boeira**

*bolsista do projeto Fiocruz Brasília/Instituto Veredas*

### Coordenação de projeto – Parceiros para aprendizado rápido em sistemas sociais

**Jorge Otávio Maia Barreto**

*Fiocruz Brasília*

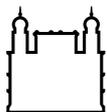
### Projeto gráfico e diagramação

**Pedro Joffily de Araújo**

*Designer gráfico*

A diagramação deste trabalho foi realizada sob o projeto 'Partners for Rapid Learning in Social Systems', nº 109021, com a ajuda de uma doação da William and Flora Hewlett Foundation e do International Development Research Centre (IDRC), Ottawa, Canadá. As opiniões expressas neste documento não representam necessariamente as do IDRC, ou de seu Board of Governors, ou da William e Flora Hewlett Foundation. No Brasil, esse projeto foi gerenciado pela FIOTEC (GEREB 005 FEX 19) e coordenado por Jorge Otávio Maia Barreto.

Apoio:



Ministério da Saúde

**FIUCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
Brasília



# Apresentação

Este documento integra um conjunto de quatro sínteses sobre políticas sociais elaboradas pela Codeplan, em parceria com o Instituto Veredas e com a Fundação Oswaldo Cruz – Brasília, entre julho de 2019 e maio de 2020.

Desde o início de 2019, a Codeplan tem buscado se capacitar para desenvolver produtos de tradução do conhecimento (*knowledge translation*) sobre políticas sociais voltados sobretudo para gestores públicos e legisladores distritais. Nesse percurso, os pesquisadores da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Dipos/Codeplan) realizaram a formação *online* sobre a ferramenta SUPPORT e se debruçaram sobre o material em estudos em grupo. A Dipos/Codeplan também contou com o apoio generoso do Instituto Veredas e da Fundação Oswaldo Cruz, que ofereceram um *workshop* customizado aos pesquisadores da Diretoria e supervisionaram metodologicamente a elaboração das sínteses.

Se desejamos mais políticas distritais baseadas em evidências, produtos de tradução do conhecimento podem ser de grande valia. Tradução do conhecimento contempla um conjunto de ferramentas para identificar, selecionar e sintetizar estudos científicos que respondam a perguntas de interesse dos tomadores de decisão. Os produtos pretendem ser de fácil consumo - e mais úteis - sem deixar de lado o rigor metodológico científico.

Entendemos que há muitas perguntas de interesse de gestores e legisladores distritais sobre problemas públicos, opções de políticas públicas e/ou formas de implementação. Evidências científicas de qualidade que ajudem a responder a essas perguntas podem já ter sido produzidas. Esperamos que a Codeplan, junto com outras instituições de pesquisa do DF, contribua para que listas ou sínteses qualificadas desses insumos cheguem aos decisores de forma rápida. Esperamos sobretudo contribuir para reduzir distâncias entre a comunidade científica e a gestão pública.

**Jean Lima**

*Presidente da Codeplan*

**Daienne Machado**

*Diretora de Estudos e Políticas Sociais da Codeplan*

## Agradecimentos

Agradecemos ao Instituto Veredas e à Fiocruz-Brasília pela oferta do *workshop* e pela supervisão na elaboração das sínteses; ao PERLSS, pelo apoio ao projeto; e à Escola Nacional de Administração Pública, por ter disponibilizado suas instalações para a formação.

# Mensagens-chave

O aumento significativo das mortes por suicídio entre crianças e adolescentes reforça a importância do envolvimento das escolas e comunidades escolares na sensibilização sobre o suicídio e na retirada do estigma sobre o tema. A inclusão nos planos pedagógicos das escolas de intervenções que abordem o assunto e fatores que podem desencadear comportamentos suicidas, tais como uso de drogas e álcool, bullying, violência sexual e depressão podem contribuir para a prevenção precoce de comportamentos suicidas.

Para auxiliar a construção de iniciativas de promoção de saúde mental no contexto escolar, as opções de intervenções levantadas neste documento apresentam alternativas para enfrentar o problema do suicídio entre jovens e adolescentes.

## Opções para enfrentar o problema

- 1. Intervenções Primárias: Universais**
- 2. Intervenções Secundárias: Seletivas e Indicadas ou Direcionadas**
- 3. Intervenções Terciárias: Pósvenções**
- 4. Treinamento de Profissionais**

## Considerações sobre as opções de políticas públicas descritas nos estudos identificados

As intervenções apresentadas nesta síntese se mostraram efetivas para reduzir ideação e tentativas de suicídio, comportamentos relacionados ao suicídio e aumentar o conhecimento sobre tais comportamentos. As opções descritas não devem ser lidas como modelos pré-determinados e devem ser adaptadas ao contexto local, potencializando a obtenção de resultados. Os estudos identificados discutem os efeitos de intervenções que buscam melhorias na saúde mental dos estudantes, seja por intervenções aplicadas para todos os alunos, para um subgrupo de risco, ou por meio de capacitações para funcionários da escola.

Para a implementação de algumas dessas opções, recomenda-se avaliar o contexto de implementação e desenvolver estratégias que permitam: 1) conhecer as perspectivas dos principais atores-chave, nas esferas governamentais, na comunidade, no público-alvo, no setor privado, na sociedade civil e outros espaços relevantes; 2) considerar limites técnicos e estruturais e os recursos humanos, operacionais e financeiros disponíveis e alocáveis à intervenção. Algumas considerações sobre a implementação foram elaboradas a partir de consulta a profissionais da área e estão apresentadas na seção *Considerações sobre implementação*.

# Introdução

Dentre os problemas de saúde pública que enfrentamos no Brasil, o suicídio é um dos mais preocupantes e mais estigmatizados. Por ser um fenômeno complexo e influenciado por diversos fatores, faz parte do senso comum pensar que o suicídio é um fenômeno que não pode ser prevenido. No entanto, é consenso na comunidade científica internacional que o suicídio pode ser prevenido e que a promoção de ações preventivas pode salvar vidas [1].

Esta síntese reúne evidências de pesquisas científicas globais e locais identificadas, avaliadas e organizadas sistematicamente para subsidiar ações voltadas para prevenção do suicídio entre crianças e jovens no âmbito escolar, especialmente no Distrito Federal.

Para elaboração de uma síntese de evidências, são realizados processos sistemáticos e transparentes de busca, seleção, extração e validação da qualidade das evidências. As evidências são organizadas em opções, com análise de suas vantagens e desvantagens, para subsidiar reflexão e tomadas de decisão pelos gestores. Além de evidências derivadas de pesquisa científica, outras fontes de informação podem ser consideradas pelos decisores.

## Objetivos desta síntese de evidências:

- 1. Apresentar dados e evidências científicas sobre suicídio entre crianças e adolescentes em nível global, nacional e distrital;**
- 2. Apontar e descrever intervenções que possam ser implementadas em âmbito escolar para reduzir o número de suicídios entre crianças e adolescentes; e**
- 3. Analisar os aspectos positivos e negativos de cada intervenção, seus facilitadores e suas barreiras de implementação e tecer considerações sobre equidade que podem impactar na implementação das opções selecionadas.**

## Esta síntese de evidências não inclui:

- 1. Revisões sistemáticas anteriores ao ano de 2013 e revisões sistemáticas que não tratam especificamente de intervenções a serem realizadas em âmbito escolar. Por esse motivo, as intervenções selecionadas para este estudo não esgotam todas as possíveis intervenções sobre o tema;**
- 2. Recomendações ou orientações para escolha de opções a serem implementadas; e**
- 3. Contribuições de diálogos deliberativos.**

### Esta síntese de evidências está endereçada para:

- Formuladores e implementadores de políticas públicas;
- Gestores públicos;
- Pesquisadores;
- Organismos nacionais e internacionais;
- Profissionais do ambiente escolar; e
- Demais interessados na temática.

### Para que esta síntese de evidências foi elaborada?

Esta síntese de evidências foi realizada para facilitar o acesso aos estudos científicos estruturados sistematicamente sobre o papel da escola na redução do suicídio entre crianças e adolescentes e auxiliar, de forma mais rápida e direcionada, os atores envolvidos no tema.

### Metodologia

Para a elaboração desta síntese, foram analisadas 6 revisões sistemáticas selecionadas a partir de busca manual e nos repositórios Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, Scielo, Social Systems Evidence - SSE, International Initiative for Impact Evaluation - 3Ie e Education Resources Information Center - ERIC.

As buscas focalizaram revisões publicadas entre 2013 e 2018 e utilizaram as seguintes palavras-chave:

suicide AND children OR youth e suas versões em português para a base Scielo

Os filtros variaram de acordo com a disponibilidade de recursos de cada base.

O detalhamento dos procedimentos metodológicos pode ser consultado no Apêndice I.

# Apresentação do problema

O suicídio pode ser definido como um ato deliberado, consciente e intencional, executado pelo próprio indivíduo com a utilização de um meio que ele acredita ser letal e que tem por objetivo a sua morte [2]. Além de ser um fenômeno presente em todas as sociedades e culturas ao longo da história da humanidade, é um comportamento complexo, para o qual concorrem diversos fatores que se acumulam na história do indivíduo, tais como de natureza psicológica, biológica, cultural e socioeconômica.

Ainda visto como um tabu na sociedade, o suicídio é um grave problema de saúde pública global. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) [3], aproximadamente 800 mil pessoas morreram por suicídio no mundo em 2016, o que equivale a uma **taxa global de 10,5 suicídios para cada 100 mil habitantes**. Esse número posiciona as mortes por suicídio dentre as vinte principais causas de morte do mundo, superando as mortes por doenças como a malária e o câncer de mama. Ainda de acordo com números da OMS, uma pessoa morre a cada 40 segundos por suicídio ao redor do mundo e, para cada morte, são registradas outras 20 tentativas de suicídio.

O problema se torna ainda mais preocupante quando se observam os dados relacionados aos jovens [3]: no mundo, em 2016, o suicídio foi **a segunda maior causa de morte** entre jovens dentro da faixa etária de 15 a 29 anos, sendo ultrapassada apenas por mortes causadas por acidentes de trânsito. Ainda, um estudo epidemiológico conduzido em 101 países, no período entre 2000 e 2009, constatou que **14,7%** dos suicídios ocorreram em crianças na faixa etária entre 10 e 14 anos [4]. Isso pode se dar porque a etapa de transição do final da infância ao início da adolescência é marcada por intensas mudanças internas e externas ao indivíduo que, por sua vez, geram impactos significativos sobre as suas capacidades emocional, física e mental [5].

Embora não existam testes específicos capazes de identificar o grau de propensão ao suicídio de um determinado indivíduo, se sabe que existem fatores de risco que podem ser interpretados por profissionais de saúde mental [6]. Especialistas apontam que eventos adversos na infância e na adolescência, como maus tratos, abuso físico e sexual, divórcio dos pais, transtorno psiquiátrico familiar e histórico de suicídio de familiares ou pessoas próximas, podem tornar crianças e adolescentes mais suscetíveis a pensamentos e condutas suicidas [2]. Atualmente, também é apontado como um fator de risco a maior exposição de crianças e adolescentes à internet e à televisão, pois esta é a população mais propensa a mimetizar ou imitar comportamentos suicidas uma vez expostos a conteúdos sensíveis [6].

Segundo um estudo da OMS, dentre as estratégias para identificar precocemente a presença de fatores de risco e diminuir a ocorrência de comportamentos suicidas entre jovens, está o engajamento das escolas na implementação de ações de prevenção ao suicídio [3]. Por ser o local onde crianças e adolescentes passam a maior parte do seu tempo, e por ser palco de interações e vivências bastante diversas, as escolas podem ser espaços promissores de promoção de saúde mental.

## Suicídio de crianças e adolescentes no Brasil

Inicialmente, uma ressalva importante a ser feita sobre as estatísticas de suicídio é que os números disponíveis devem sempre ser analisados com cautela e levando em consideração que existe uma subnotificação dos registros [5]. Além do estigma em torno do fenômeno, a crença de que crianças e adolescentes são cognitivamente imaturos e, por isso, não seriam capazes de se engajar em atos suicidas agrava ainda mais a subnotificação de casos desse grupo. Por conta de fatores como esses, há uma dificuldade em classificar mortes por suicídio como tal e é comum que elas constem em registros de sistemas de saúde como “mortes acidentais” ou “por causas indeterminadas” [5].

Observada essa ressalva, de acordo com os dados oficiais e disponíveis no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, entre 2011 a 2017, foram registrados **80.352** óbitos por suicídio na população a partir de 10 anos, dos quais **21.790 (27,3%)** ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo **17.221 (79,0%)** no sexo masculino e **4.567 (21,0%)** no feminino [7]. Comparando os anos de 2011 e 2017, houve um aumento de **10%** na taxa de mortalidade por suicídio na população de 15 a 29 anos.

O perfil dos jovens de 15 a 29 anos que se suicidaram durante o período de 2011 a 2017 era: a maioria do sexo masculino (**79,0%**), negros (**54,9%**), com 4 a 11 anos de estudo (**58,2%**), e de situação conjugal solteira, viúva ou divorciada (**84,0%**). Entre as mulheres, as características foram semelhantes [7].

Os dados do Ministério da Saúde apontaram ainda um aumento no número de notificações de lesão autoprovocada e na proporção de notificação de tentativas de suicídio entre jovens de 15 a 29 anos, de **18,3** em 2011 para **39,9** em 2018 [7]. No entanto, a Secretaria de Vigilância em Saúde, responsável pelos dados, observou que esses maiores números de notificação não necessariamente indicam um aumento das violências autoprovocadas ou das tentativas de suicídio, mas talvez uma melhor estruturação das redes de saúde e do sistema de vigilância em saúde que recebem as notificações de casos.

Nesse ponto, é importante ressaltar que a ampliação da abrangência e a melhoria da qualidade das notificações registradas nos sistemas do Ministério da Saúde são essenciais para mensurar o impacto do fenômeno do suicídio entre crianças e adolescentes e para melhor dimensionar ações para intervenção precoce nos casos identificados como de risco.

## Suicídio de crianças e adolescentes no Distrito Federal

As taxas anuais de óbitos de crianças e adolescentes (0 a 19 anos) em decorrência de suicídio no Distrito Federal foram maiores que as do Brasil em 10 dos 19 anos contabilizados entre 2000 e 2018. As maiores discrepâncias aconteceram em 2000, ano em que o Brasil apresentou taxa de **0,9 para cada 100 mil habitantes** e o DF, de **1,7 para cada 100 mil** e, em 2017 e 2018, quando a taxa brasileira foi de **1,5 por 100 mil** e a do Distrito Federal foi de **2,1 para cada 100 mil habitantes** em ambos os anos [8].

Foram registrados **17** óbitos por suicídio entre 2012 e 2016 na faixa etária dos 12 aos 18 anos, correspondente à adolescência, no Sistema de Controle de Laudos do Instituto de Medicina

Legal do Distrito Federal. Todos esses óbitos foram entre adolescentes de 15 a 18 anos. O ano de 2016 se destacou, com **9** registros. A região administrativa com mais casos foi o Plano Piloto (3 casos) e, seguindo a tendência dos dados, a maior parte dos óbitos foram de pessoas do sexo masculino: **12 entre os 17** do período [9]. Historicamente, são raros os registros de casos de suicídio na faixa etária até os 14 anos. Desde 2008, o DF vem registrando **entre um e três** casos anuais [10].

Em estudo realizado com alunos do sétimo e oitavo anos de uma escola do Guará-DF, evidenciou-se a presença de um dos grandes fatores de risco para o suicídio no contexto escolar: o bullying. A pesquisa retratou que aproximadamente **28%** dos alunos já se sentiram maltratados por colegas nas aulas de educação física e, em relação aos colegas das vítimas, **40,2%** se solidarizaram, **16,0%** tiveram medo que o fato ocorresse com ele próprio, 8,1% fingiram não ver o acontecido, **7,0%** não sentiram nada e **1,6%** se sentiram bem com o ocorrido [20].

Como um recorte que permite inferências sobre a saúde mental dos universitários de Brasília, um estudo coletou dados por meio de **2.004** entrevistas com alunos da Universidade de Brasília (UnB) identificou que:

- Respectivamente, **48% e 53%** dos alunos da UnB já foram afetados por algum caso de suicídio ou tentativa que ocorreu na universidade;
- Entre **43% e 48%** dos alunos conhecem alguém da UnB que cometeu ou tentou cometer suicídio;
- Entre **3% e 5%** dos alunos da UnB classificaram sua saúde mental como péssima e de 18% a 22% classificaram como ruim;
- Entre **52% e 56%** nunca procuraram ajuda psicológica profissional; e
- Entre **42% e 49%** já pensaram seriamente em se suicidar, e entre 8% e 11% dos alunos chegou a tentar o suicídio, ou seja, entre **2.400 a 3.300** universitários já tentaram se matar [21].

Mesmo que a grande maioria dos estudantes da UnB possua mais de 18 anos e já tenha saído da etapa da adolescência, esses dados reforçam ainda mais a importância de políticas de promoção da saúde mental no âmbito escolar. O olhar das escolas para detectar fatores de risco e comportamentos suicidas desde cedo nas crianças e nos adolescentes pode contribuir para mudar a trajetória de muitos jovens universitários e reverter esse quadro preocupante.

### Ações implementadas no Distrito Federal

A primeira unidade da federação a criar uma política estadual/distrital para prevenção ao suicídio foi o Distrito Federal. Em agosto de 2011, foi criada a Coordenação de Prevenção do Suicídio dentro da Diretoria de Saúde Mental (DISAM) da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF), que promoveu a primeira jornada distrital de prevenção ao suicídio em 2012 e, em 2013, propôs o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, que previa revisão quinquenal. Em 2018, foi formado um Grupo de Trabalho para elaboração da nova versão, apresentada durante a VII Jornada, culminando no Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio 2020–2023 que, assim como o anterior, está baseado em cinco eixos: avaliação e monitoramento; compromisso político; prevenção; tratamento e pós-prevenção; e capacitação e informação [11-13].

No âmbito escolar, em se tratando de educação básica, em 2015 e 2016 o projeto piloto do programa “Amigos do Zippy” foi desenvolvido, por meio do Programa Saúde na Escola, em escolas públicas de Sobradinho [13] [14]. Em 2019, a campanha “Setembro Amarelo – Vamos dar as Mãos?” promoveu várias atividades em escolas da rede pública, como discussões entre professores e alunos sobre o sofrimento psíquico infanto-juvenil [15], semana com ações que promovem o bem-estar físico e emocional [16], atividades de prevenção e enfrentamento ao bullying [17] e rodas de conversa sobre prevenção ao suicídio [18], além de ações realizadas também em escolas particulares, abrigos, unidades de internação socioeducativas e em espaços públicos [19].

Há também ações conjuntas estabelecidas, por exemplo, com a Universidade de Brasília, que se mostra presente nos eventos da Jornada de Prevenção ao Suicídio e que, em novembro de 2017, criou uma comissão para propor políticas de atenção à saúde mental e ao sofrimento psicossocial dos estudantes da Universidade (Ato da Reitoria 1753/2017), entre outras medidas que se relacionam com a prevenção ao suicídio [13].

As intervenções para prevenção do suicídio em crianças e adolescentes selecionadas foram organizadas em 4 opções:

- 1. Intervenções Primárias: Universais**
- 2. Intervenções Secundárias: Seletivas e Indicadas ou Direcionadas**
- 3. Intervenções Terciárias: Pósvenções**
- 4. Treinamento de Profissionais**

A qualidade metodológica de todas as revisões sistemáticas utilizadas neste estudo foi avaliada com a ferramenta AMSTAR. As evidências foram classificadas de acordo com a qualidade das revisões sistemáticas. **Todas foram classificadas como de média qualidade, exceto a revisão “Prévention des conduites suicidaires de l’enfant de moins de 13 ans: une revue de la littérature”, classificada como de baixa qualidade.** A qualidade das evidências é definida como: alta (AMSTAR igual ou acima de 9), média (AMSTAR 7 ou 8), baixa (AMSTAR 4 a 6) e muito baixa (AMSTAR igual ou menor que 3). Observe-se que, nesta síntese, não se apresenta uma avaliação da intensidade dos efeitos identificados.

**O que é?**

As medidas primárias de prevenção de suicídios são formas de intervenção que antecedem a identificação de indícios de pensamento suicida e ocorrências de suicídio [22]. Em geral, possuem uma abordagem universal, para o grande público.

Essas medidas objetivam reduzir os comportamentos relacionados ao suicídio, mudar atitudes indesejadas em relação ao comportamento suicida e colegas suicidas, aumentar o conhecimento sobre fatores de risco em relação ao suicídio etc. No ambiente escolar, as intervenções universais podem ser realizadas por meio de ferramentas como, por exemplo, vídeos e/ou grupos de discussão sobre como lidar com pessoas suicidas e depressivas e sobre relação entre suicídio e transtornos mentais por exemplo, e podem ser feitas em sessões únicas ou múltiplas [23].

As escolas são consideradas um bom ambiente para promover a prevenção ao suicídio e focar mais cedo em intervenções voltadas para crianças e jovens [24]. Isso se dá por alcançarem grande parte da população infanto-juvenil e por proporcionarem múltiplas atividades de desenvolvimento de competências socioemocionais.

De acordo com a OMS, as chamadas medidas de prevenção primária são as mais eficazes em suicidologia [22]. Embora existam outras medidas primárias, tais como melhorar as relações intrafamiliares e restringir o acesso a meios letais [22], estas não serão abordadas por não serem relacionadas ao ambiente escolar.

**Efeitos**

Sua segurança e eficácia em **reduzir a prevalência de comportamento suicida** foram demonstradas em adolescentes e em crianças, com eficácia a curto prazo em relação ao **conhecimento sobre suicídio** [22]. (EVIDÊNCIA DE BAIXA QUALIDADE)

Afirma-se que as intervenções universais no ambiente escolar são promissoras, apoiando-se em um estudo recente sobre uma intervenção escolar universal denominada “Salvando e capacitando jovens vidas na Europa (SEYLE)”, que foi aplicada em larga escala. Constatou-se que a iniciativa teve um **efeito positivo significativo na ideação suicida grave e nas tentativas de suicídio** em um acompanhamento de 12 meses [24].

### Exemplos de programas:

#### 1. Signs of Suicide (SOS)

O SOS é um programa universal que busca instruir os alunos de que o suicídio está diretamente relacionado à uma doença mental, em vez de uma reação provocada por estresse ou sofrimento emocional. O programa inclui estratégias de conscientização, educação e triagem de suicídio. Por meio de vídeo e discussões guiadas em sala de aula, os alunos aprendem a reconhecer o SOS nos outros e a levá-los a sério, a informar seus colegas que se importam com eles e, se necessário, a contar a um adulto. Os alunos identificados como em risco são incentivados a procurar mais ajuda [25].

#### 2. Desenvolvimento de habilidades para a vida no índio americano (AILSD)

O programa AILSD é um programa de prevenção universal culturalmente adaptado, projetado para reduzir os fatores de risco para suicídio e melhorar os fatores de proteção. Os alunos aprendem habilidades gerais da vida, como desenvolver autoestima, identificar emoções e estresse, aumentar as habilidades de comunicação e solução de problemas, eliminar o comportamento autodestrutivo e estabelecer objetivos pessoais e comunitários. As aulas são interativas e envolvem experiências mais provavelmente relevantes para a vida de um adolescente índio. Os resultados esperados deste programa foram uma diminuição da desesperança e aumento dos níveis de habilidades de intervenção suicida.

Os estudantes que receberam a intervenção obtiveram melhores pontuações nas medidas de desesperança e na probabilidade de suicídio. No entanto, não houve diferença nos níveis de depressão ou classificações de auto eficácia (entendida como nível de confiança na capacidade de exercer controle sobre a própria motivação, comportamento e ambiente social [26]) entre os grupos controle e intervenção. Na avaliação comportamental, o grupo de intervenção demonstrou melhores habilidades de resolução de problemas e de intervenção suicida do que o grupo de controle.

Esse programa pode reduzir os fatores de risco para suicídio e aumentar os fatores de proteção e provou que pode ser culturalmente adaptado a inúmeras comunidades indígenas (o programa foi adaptado para 20 tribos indígenas diferentes) [25].

#### 3. O jogo do bom comportamento (GBG)

O GBG é um programa universal para alunos do início do ensino fundamental e consiste em uma abordagem de gerenciamento de comportamento para ajudar as crianças a desenvolverem

rem autorregulação intrínseca. Trata-se de um jogo em que equipes que atendem aos padrões de comportamento estabelecidos pelo professor são recompensadas. O objetivo do programa é criar um ambiente positivo na sala de aula e desenvolver um espírito colaborativo nos alunos.

A intervenção é realizada em sala de aula e se inicia com a separação dos alunos em equipes que contenham um número equivalente de alunos com histórico de comportamentos considerados como perturbadores e/ou agressivos. O professor estabelece as regras do jogo em relação aos comportamentos que são esperados dos alunos e explica quais condutas podem ser punidas. Todas as equipes que acumulam quatro ou menos infrações às regras de bom comportamento são recompensadas. O tempo de duração do jogo fica a critério dos professores.

Ao reduzir comportamentos conflituosos por parte dos alunos, o GBG busca reduzir fatores de risco associados ao suicídio, além de outros resultados comportamentais, como problemas de controle de impulso, transtornos por uso de álcool e drogas e transtorno de personalidade antissocial. Há evidências de que o GBG reduza os principais fatores de risco, como uso de tabaco e abuso de drogas e álcool na adolescência e na idade adulta, o que também pode afetar as taxas de suicídio.

Em avaliação por meio de experimento aleatorizado controlado (mais conhecido pela sigla em inglês, RCT) os indivíduos que receberam a intervenção tiveram metade da probabilidade de experimentar ideação suicida e menor probabilidade de experimentar tentativas de suicídio em comparação com o grupo controle. O programa GBG resultou em um atraso no início das tentativas de suicídio em mulheres e uma redução nas estimativas de risco relativo em **30%** para tentativas de suicídio [25].

### Incertezas envolvidas

Em relação a **mudanças de atitudes e busca por ajuda**, os resultados das intervenções universais foram ambíguos [23].

Nenhum dos estudos examinou os potenciais efeitos negativos desse tipo de intervenção, embora exista historicamente uma preocupação sobre efeitos adversos do conteúdo do programa em estudantes que já estão vulneráveis. Apesar da falta de evidências robustas que indiquem que não causam danos, é recomendado que essas intervenções venham acompanhadas de atividades de promoção de saúde mental [23], como possibilitar espaços de troca entre alunos para que estes percebam que não estão sozinhos, disseminar informações confiáveis para desconstrução de estigmas etc.

Programas anteriores de conscientização incorporados ao currículo escolar produziram resultados variados em termos de **mudança de atitudes, conhecimento e comportamento**, demonstrando alguma melhoria, mas também alguns efeitos prejudiciais. Atualmente, o *design* desses programas reflete um modelo híbrido que inclui componentes de triagem (abordagem seletiva) e *gatekeeper* (treinamento de profissionais), aumentando a probabilidade de identificação de estudantes em risco [25].

## Facilitadores e barreiras de implementação

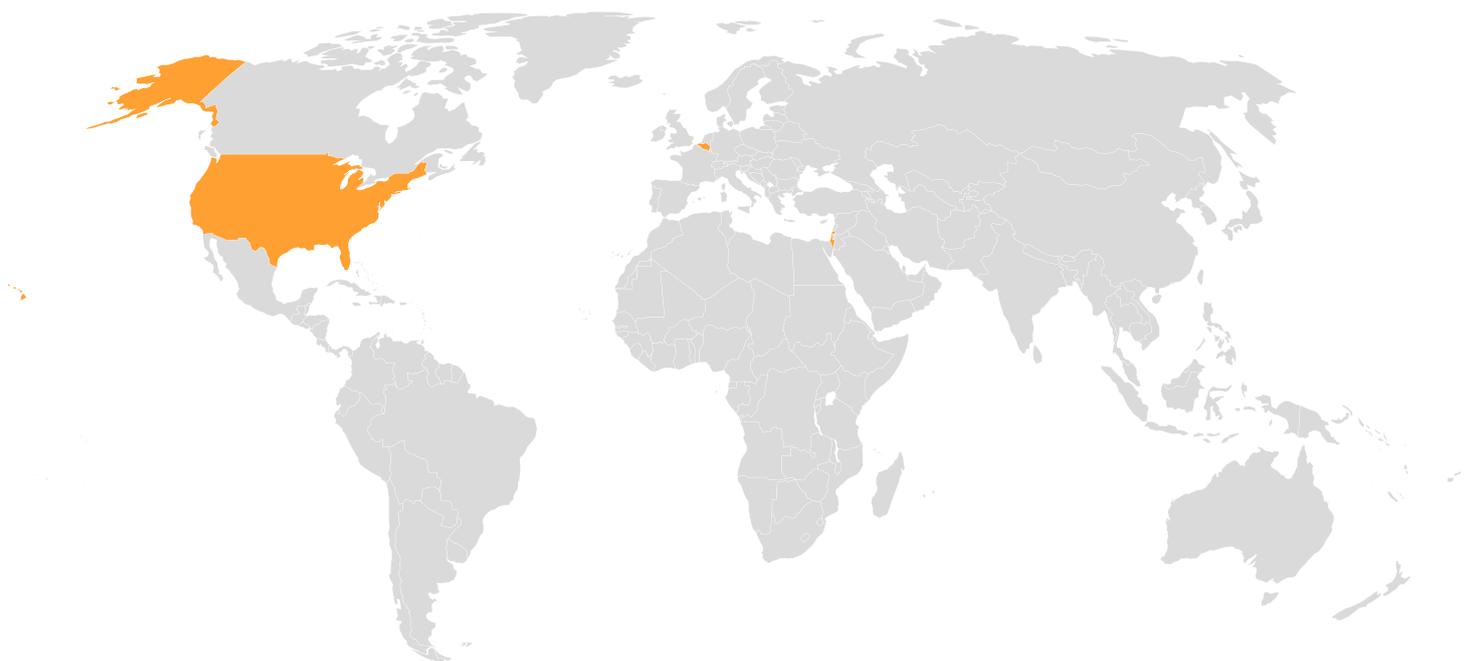
Todos, exceto um dos estudos identificados, encontraram que as intervenções psicossociais coletivas para o suicídio de jovens são seguras e dificilmente causam danos. Como tal, a implementação e avaliação contínuas desses programas na comunidade devem ser incentivadas, com foco no treinamento de pessoal-chave nas escolas e instituições de saúde para oferecer e apoiar essas intervenções (a opção 4, Treinamento de Profissionais, é dedicada para esse tipo de intervenções) [24].

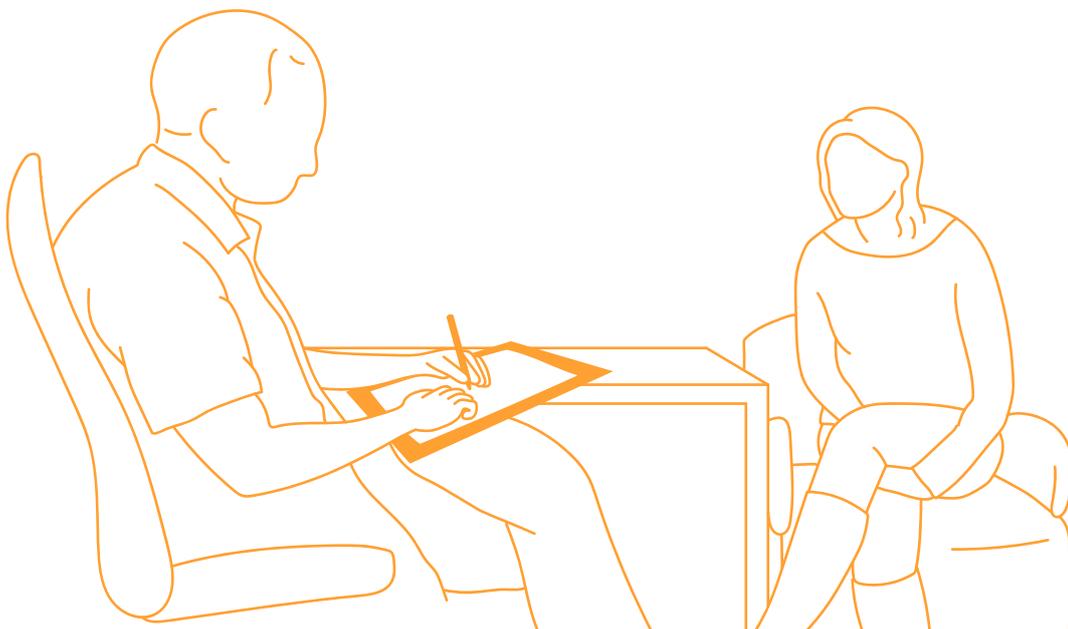
Embora os programas sejam projetados para prevenir o suicídio e desestigmatizar o uso dos serviços de saúde mental, as mudanças de conhecimento e atitude não estão necessariamente correlacionadas às mudanças de comportamento. Além disso, os estudantes mais propensos a cometer suicídio (seja por estarem em um grupo de risco ou por já terem tentado previamente) geralmente carecem de uma ampla rede de colegas, limitando o escopo desses programas [25].

Como recomendado pela OMS, a prevenção do suicídio exige uma abordagem abrangente e multissetorial (psiquiátrica, médico-social, etc.), com adaptações às especificidades locais. Além disso, se os contextos locais, de saúde e social, médico e cultural devem ser levados em consideração para entender a crise ou o comportamento de uma criança ou impedir a recorrência, é o impacto desses fatores para esse paciente neste momento de sua vida que importa. Parece, portanto, necessário informar educadores da escola ou da primeira infância, mas também treinar profissionais médicos e paramédicos para reconhecer e abordar o tema do comportamento suicida em crianças [22]. (EVIDÊNCIA DE BAIXA QUALIDADE)

## Localização geográfica dos estudos que foram considerados

Nos estudos que mencionaram as localidades das intervenções, foram encontradas experiências nos Estados Unidos, Israel e Bélgica [23].



**O que é?**

As medidas secundárias de prevenção de suicídios identificam o público-alvo por meio de algum critério de risco. Podem ser divididas entre seletivas e indicadas.

As intervenções seletivas focalizam subpopulações e podem ser desenhadas considerando características sociodemográficas, distribuição geográfica, prevalência de distúrbios mentais e mau uso de substâncias. Já as intervenções indicadas são destinadas a indivíduos que já são identificados como vulneráveis ao suicídio ou que tentaram suicídio [27].

Uma forma de fazer uma intervenção secundária é por meio das técnicas de triagem, que buscam identificar precocemente pessoas que podem estar em risco mas que não procuraram por ajuda nem foram identificadas por profissionais como alguém que precisa de apoio. Outra forma de implementar é identificar pessoas observando dificuldades que as colocariam em risco de suicídio como depressão, ansiedade, mau uso de substâncias ou outros fatores que as colocam como grupo de risco.

Geralmente envolvem dois estágios: primeiramente um breve instrumento para identificar os que podem estar em risco e, posteriormente, uma entrevista clínica face a face para identificar quais precisam de acompanhamento contínuo e quais não [23].

**Efeitos**

A maior parte das evidências analisadas vieram de avaliações de intervenções indicadas (**22 ou 69%**). Oito programas avaliados (**25%**) eram seletivos. Metade de cada tipo de programa foi considerado eficaz.

A maioria dos programas eficazes identificados foi executado com uma população indicada, sugerindo que é mais eficaz intervir com aqueles que apresentam sintomas precoces. Também constatou-se que intervenções com foco exclusivo nos indivíduos tiveram efeitos somente sobre a ideação suicida, enquanto que programas voltados para famílias e grupos tiveram efeitos somente sobre tentativa de suicídio [24]. Já os programas que incluíram componentes voltados tanto para o indivíduo, quanto para as famílias e grupos de pessoas, tiveram efeitos sobre ambos, isto é, sobre a ideação suicida e sobre a tentativa de suicídio.

Há evidências de que tratamento precoce leva a melhores resultados. No caso de abordagens seletivas, existe um número razoável de evidências que apontam que a implementação de treinamento para a equipe escolar (opção 4) e o uso de triagens de saúde mental de rotina ou check-ups para estudantes de ensino médio devem ser feitos com instrumentos sensíveis e específicos e incluir uma “triagem de suicídio” [23].

### Exemplos de programas:

#### 1. TeenScreen

Essa intervenção se baseia no uso da ferramenta TeenScreen, que faz triagem por autorrelato, avaliando fatores de risco para suicídio. A ferramenta tem eficácia de **75 a 100%** em identificar alunos com fatores de risco em uma população estudantil. Uma amostra de conveniência foi usada para o estudo, que constatou que muitos estudantes identificados por esse método não foram identificados por nenhum outro método. Também se observou que o benefício da ferramenta depende do tempo e pode falhar na identificação de estudantes que não estão ativamente em risco. O sucesso da prevenção também depende de encaminhamento subsequente.

Dados recentes indicam que os alunos examinados pelo TeenScreen tinham maior probabilidade do que aqueles que não foram examinados de acessar serviços de saúde mental. A maior proporção de alunos buscou serviços de saúde mental escolares e uma proporção menor, mas significativa, acessou serviços comunitários [25].

#### 2. CARE (Cuidar, Avaliar, Responder, Capacitar) / CAST (Coping and Support Training)

O programa CARE identifica jovens com alto risco de suicídio por meio de uma entrevista aprofundada de avaliação assistida por computador e uma subsequente intervenção de aconselhamento motivacional. O programa também inclui uma sessão de reforço e reavaliação do risco de suicídio e fatores de proteção. Os objetivos do programa CARE são diminuir comportamentos suicidas e fatores de risco relacionados e aumentar o capital pessoal e social.

O CAST também é um programa de prevenção selecionado que visa aumentar as habilidades para a vida e o apoio social dos alunos em um formato de pequenos grupos. Estudantes em risco são identificados através do CARE e participam do CAST. Os objetivos do programa são melhorar a gestão do humor e o desempenho escolar e diminuir o uso de drogas [25].

Quatro estudos examinaram a eficácia do programa CARE na prevenção do suicídio juvenil, três dos quais também avaliam o programa CAST. Os participantes foram randomizados para receber apenas C-CARE (Counselors CARE, ou seja, uma intervenção com conselheiros), C-CARE mais CAST ou tratamento como de costume. Todos os estudos consideraram que apenas C-CARE e C-CARE mais CAST são eficazes na redução dos sintomas depressivos e na melhora da autoestima [25].

Todos os grupos testados tiveram uma diminuição nos comportamentos de risco de suicídio, problemas de controle da raiva e angústia familiar. Aumentos em habilidades como resolução de problemas e autocontrole, eficácia na redução da depressão e desesperança e, entre as mulheres, eficácia na redução da ansiedade e da raiva, e aumento no suporte familiar foram vistos apenas no grupo que participou das duas iniciativas. Resultados de um estudo de acompanhamento indicam que jovens em risco que participaram dos programas apresentaram níveis mais baixos de depressão.

No geral, o programa CARE foi eficaz na redução dos fatores de risco para suicídio e no aumento dos fatores de proteção. O programa P-CARE (ou Parents CARE, indicando que é uma intervenção com os pais), juntamente com o C-CARE, levou à melhora no comportamento positivo e à redução no comportamento negativo. No estudo de acompanhamento de longo prazo, o CARE teve como resultado maior redução no comportamento de risco de suicídio, depressão e raiva. P-CARE sozinho não teve resultados significativos. As avaliações não encontraram efeitos com significância estatística dos programas nos resultados do comportamento suicida [25].

### **3. Reconectando a Juventude (RY)**

É um programa de prevenção ao suicídio aplicado ao contexto escolar, que tem como alvo os alunos com baixo desempenho acadêmico e correndo o risco de abandonar a escola. Esses alunos são geralmente os que também apresentam sintomas tais como abuso de substâncias, depressão, agressão e ideação suicida.

O programa se inicia com o convite para que os alunos pertencentes ao público alvo participem de sessões extraclasse, com um currículo voltado para ensiná-los a desenvolver resiliência e controlar sinais precoces de abuso de substâncias e sofrimento emocional. As aulas são lecionadas por um professor ou um facilitador treinado especificamente para implementar o programa na escola. O programa também fornece apoio social por meio de atividades que desenvolvem o vínculo dos alunos com o ambiente escolar e que fortalecem o envolvimento dos pais [25].

O programa não teve efeito sobre a frequência escolar e não houve mudança entre os homens; no entanto, menos mulheres apresentaram condutas desviantes (agressividade, falta de colaboração, dentre outras) em relação aos colegas e, além disso, o programa pode diminuir o uso de drogas. O RY também pode reduzir os fatores de risco para suicídio, como raiva, depressão e desesperança, e aumentar a autoestima e o apoio social [25].

## Incertezas envolvidas

Há evidência limitada sobre as abordagens indicadas. Na falta de intervenções apropriadas, a escola deve continuar oferecendo orientação e apoio para estudantes em risco, mas intervenções terapêuticas individuais devem ser conduzidas em ambiente clínico [23].

Além disso, o programa Reconectando a Juventude (RY) foi desenvolvido para enfraquecer os comportamentos desviantes dos jovens e fortalecer as conexões com a escola. No entanto, ao agrupar jovens em risco para participar do programa, pode-se fortalecer as conexões entre esses colegas que apresentam comportamentos considerados como desviantes, levando a efeitos adversos [25].

## Facilitadores e barreiras de implementação

Os programas de triagem têm a vantagem de oferecer um check-up em todos os estudantes em vez de só identificar que o estudante está em risco e, em geral, identificaram com sucesso estudantes em risco que não procurariam ajuda de outra forma. Mas existem ainda duas preocupações: a de estigmatizar aqueles estudantes que são identificados como “desviantes” e a de ter uma alta taxa de identificação de “falsos positivos”. A sensibilidade e a especificidade do instrumento são centrais para o sucesso do programa. São necessários estudos futuros que mensurem resultados de longo prazo relacionados à saúde, já que o sistema de saúde mental está sobrecarregado e é problemático identificar estudantes em risco sem a capacidade de fornecer ajuda. Em relação à identificação de falsos positivos, as taxas chegaram a 63,4% quando identificados por profissionais da escola e a 37,3% quando pela Columbia Suicide Screen (CSS), 18,3% dos estudantes em risco não foram identificados pela CSS ou profissionais da escola [23].

A disponibilidade dos locais de referência é fundamental para os programas de triagem. Isso pode ser um problema por si só, pois há uma falta de evidências conclusivas sobre a melhor forma de tratar adolescentes em risco de cometer suicídio, além de uma escassez de médicos com esse conhecimento [25].

## Localização geográfica dos estudos que foram considerados

As intervenções que tiveram seus locais de implementação identificados nos estudos foram todas nos Estados Unidos.





### O que é?

São intervenções que ocorrem após o suicídio para abrandar o impacto sofrido pelos enlutados. A pósvenção pode ser considerada como uma “prevenção futura” cujo objetivo é minimizar as sequelas deixadas pela morte por suicídio, cuidando daqueles que sofreram com o impacto que esse tipo de morte violenta causa. Ela busca fortalecer a prevenção, desfazer o estigma desse tipo de morte, e organizar ações para lidar com as consequências. Quando realizada no ambiente escolar, um dos focos é reduzir o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos entre os estudantes e, assim, reduzir a chance de nova ocorrência do suicídio ou uma tentativa no grupo.

Algumas atividades são recomendadas aos tomadores de decisões como opções para realização de pósvenção. Uma delas é o treinamento de *gatekeepers* – pessoas que têm contato primário com aqueles em risco de cometer suicídio, isto é, aqueles próximos da pessoa que cometeu suicídio. Também podem ser úteis provisão de informação e sessões de apoio ou aconselhamento individual (em oposição às de grupo), comunicação aos funcionários da escola ou profissionais externos, consulta com a família imediata do aluno e aos demais alunos. É importante que comunicações para públicos diferentes (alunos, pais ou profissionais da escola) sejam customizadas, distinguindo-se as informações passadas para cada grupo.

### Efeitos

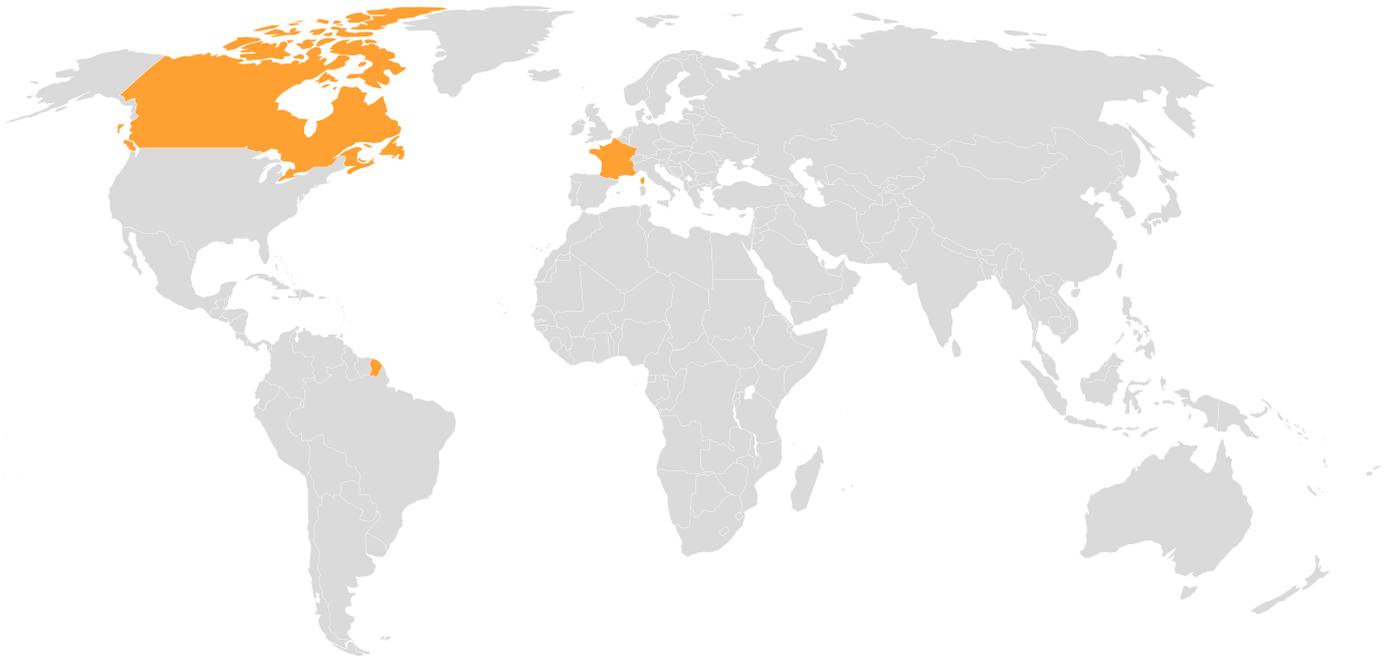
Os efeitos potenciais, positivos ou negativos, permanecem desconhecidos. Sabe-se, entretanto, que ter ligação com o colega falecido é um preditor significativo de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

### Incertezas envolvidas

Não há evidência sobre a eficácia de atividades de pósvenções em escolas, mas pode-se verificar os “toolkits” (ferramentas de avaliação de risco à ideação suicida) para orientar atividades de pósvenções.

### Localização geográfica dos estudos que foram considerados

Não foi possível identificar todos os países. Foram encontrados exemplos na França e no Canadá.



**O que é?**

São intervenções seletivas de treinamento de *gatekeepers* que têm como objetivo:

- 1. Aumentar o conhecimento disponível para os jovens sobre suicídio, fatores de risco e comportamentos relacionados;**
- 2. Aprimorar a capacidade de reconhecimento dos sinais de suicídio em potencial; e**
- 3. Fortalecer a confiança dos profissionais para o trabalho com os estudantes que tenham pensamentos suicidas. O treinamento de *gatekeepers* considera que esses profissionais são *ajudantes naturais* e ensina a eles habilidades para reconhecer sinais e sintomas de suicídio.**

*Gatekeepers* são definidos como “indivíduos em uma comunidade que tem contato pessoal com grande número de membros da comunidade como parte de sua rotina” [23]. No contexto escolar, são os funcionários da escola: professores, supervisores e administradores. Esse tipo de intervenção supre uma lacuna de habilidades para lidar com os sinais e comportamentos suicidas de alunos, relatada por professores. A abordagem realizada pelo *gatekeeper* é considerada um método potencialmente eficaz para aumentar seus conhecimentos e habilidades no trato com adolescentes em risco de suicídio [28].

## Efeitos

Alguns professores relataram falta de habilidades para lidar com os sinais e comportamento suicidas dos alunos. A abordagem realizada pelos *gatekeepers* é um método potencialmente eficaz para aumentar seus conhecimentos e habilidades no trato com adolescentes em risco de suicídio.

## Exemplos de programas

Perguntar, Persuadir, Referenciar (QPR) é o principal programa de *gatekeeper* nas escolas. O QPR é um programa universal que treina estudantes e funcionários da escola para reconhecer os fatores de risco de suicídio em colegas ou alunos, respectivamente. O programa é baseado em quatro etapas: (1) reconhecer sinais de alerta de suicídio, (2) treinar todos os funcionários da escola em QPR, (3) treinar conselheiros escolares para avaliar adequadamente os alunos em risco e (4) organizar o acesso à avaliação profissional e ao tratamento [23].

Efeitos positivos foram mostrados no aumento de conhecimento geral sobre o assunto, contudo, os profissionais relatam uma falta de habilidades para responder ao lidar com os sinais e comportamento suicidas dos alunos.

## Incertezas envolvidas

Embora existam evidências de que o treinamento de *gatekeepers* possa melhorar o conhecimento e as atitudes dos participantes junto aos alunos com comportamento suicida, alguns estudos não identificaram a eficácia desse programa [25].

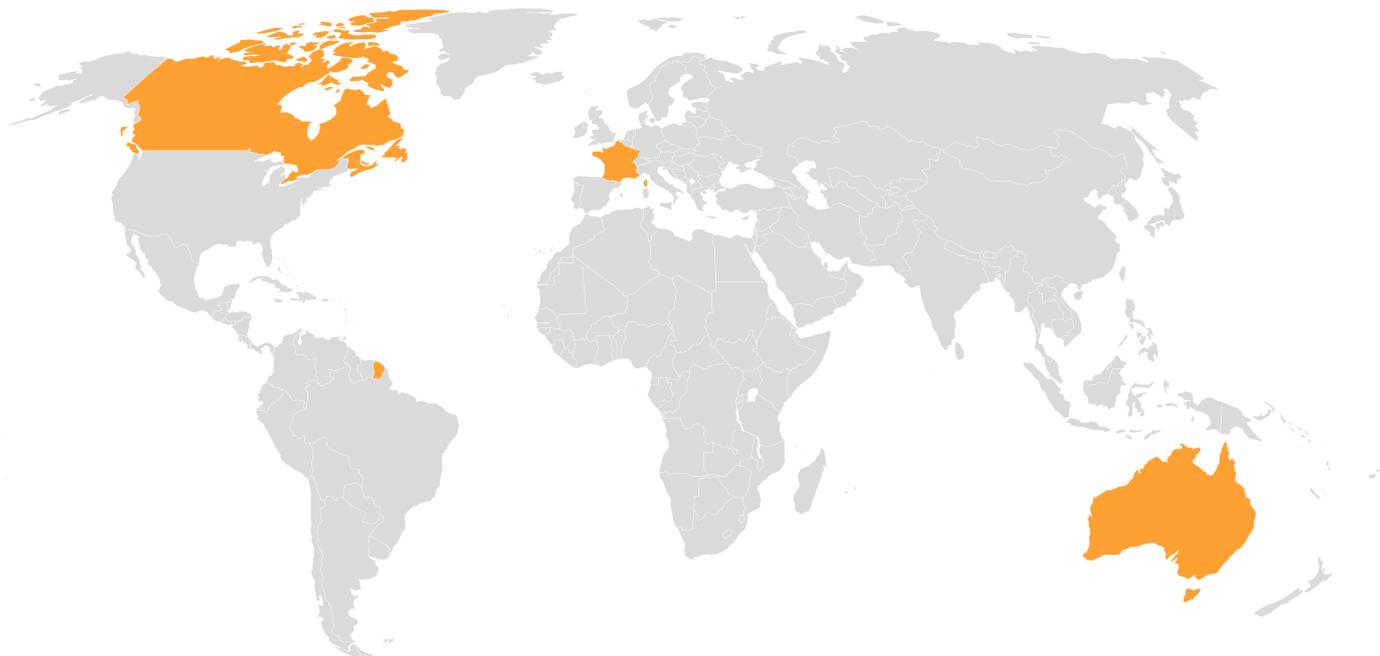
O QPR não mostrou efeitos no uso subsequente dos serviços de saúde mental, por exemplo. Também não deixou *gatekeepers* seguros para atuarem junto aos alunos.

## Facilitadores e barreiras de implementação

Diferentes perfis de profissionais podem facilitar a implementação da iniciativa. Para os treinamentos de *gatekeepers*, idade e profissão tiveram efeitos: grupos mais jovens e professores e administradores mostraram melhores resultados. As intervenções baseadas em equipes de apoio mostraram perdas no efeito ao longo do tempo ou nenhuma mudança de atitude após a intervenção. O treinamento para prevenção de suicídio tem se mostrado mais efetivo quando conduzido com outros grupos profissionais, como clínicos gerais e profissionais da saúde mental (uma revisão estende esse achado a equipe escolar). As intervenções mais promissoras para as escolas parecem ser programas de treinamento e triagem de *gatekeepers*. No entanto, são necessárias mais pesquisas [23].

### Localização geográfica dos estudos que foram considerados

Entre as evidências que mencionaram as localidades das intervenções, foram encontradas experiências na França, Canadá e Austrália.



## Considerações sobre equidade

Para pensar em intervenções no âmbito escolar para prevenção e enfrentamento do suicídio, é importante considerar os múltiplos fatores envolvidos no fenômeno, sejam eles de natureza biológica, psicológica, sociocultural ou ambiental. A interação entre esses fatores conforma subpopulações em situações de maior risco potencial, como aquelas com acesso aos meios de cometer suicídio, que apresentam dificuldade em lidar com estresses e sofrem violência baseada em gênero, abuso infantil, discriminação [29], entre outras. Os resultados das intervenções podem ter efeitos diferentes em distintos subgrupos.

Pessoas participantes da comunidade LGBTQI+, devido à maior exposição a fatores como pressão social, estereótipos estabelecidos e preconceito no mercado de trabalho, e menor apoio familiar e social podem tornar-se mais vulneráveis a depressão, ideação e tentativas de suicídio [30]. Ademais, minorias sexuais e de gênero não devem ser tratadas como um grupo homogêneo, pois podem existir distinções nos fatores de risco de diferentes identidades de gênero e/ou orientações sexuais, o que pode requerer intervenções distintas. Um exemplo disso é a omissão sobre identidade transgênero em pesquisas, que dificulta a identificação de fatores de risco específicos para esse grupo e o desenvolvimento de intervenções eficazes nos níveis individual, familiar, comunitário e político. Uma vez ultrapassada tal dificuldade e possibilitadas pesquisas voltadas especificamente para esse grupo, constata-se que intervenções focadas no apoio e aceitação da família podem ser benéficas [31].

Há indicações de que intervenções direcionadas a homens podem ser mais benéficas para homens jovens do que programas que não atentem para recortes específicos de gênero [32]. Isso merece atenção de decisores, dado o predomínio do sexo masculino em óbitos por suicídio e do sexo feminino em tentativas e ideação de suicídio observado na literatura [33]. A diferença dessas prevalências pode estar relacionada ao fato de as mulheres reconhecerem precocemente sinais de risco para depressão, e buscarem ajuda em momentos de crise, participando de redes de apoio social [34].

O risco de ocorrência de suicídio na população indígena se destaca, independentemente do sexo. O risco supera em mais de duas vezes o da população branca e tem alta proporção entre os adolescentes. Portanto é necessário ter ferramentas de prevenção condizentes com a realidade dos diferentes grupos indígenas e fortalecer redes comunitárias de proteção e promoção da saúde dos jovens indígenas por meio de ações intersetoriais para além do setor saúde [29].

Subnotificações podem dificultar considerações sobre equidade. Motivos religiosos, sociais, culturais, políticos, econômicos, etc. ou relutância ou preenchimento inadequado pelo profissional médico ao registrar o óbito como “morte acidental” ou “causa indeterminada” [33] podem levar à omissão de informações e à subnotificação. As subnotificações podem esconder a dimensão real do fenômeno em certos subgrupos.

# Considerações sobre implementação

Para a elaboração de considerações úteis à implementação das opções aqui apresentadas foi desenvolvida uma pesquisa online com profissionais que atuam em unidades escolares de Ensino Básico do Distrito Federal.

Para a realização dessa consulta foi possível por causa do apoio da Secretaria de Educação. Foram enviados convites para participação para o gestor(a) da unidade escolar, com a solicitação de envio para toda a equipe pedagógica.

O questionário ficou disponível para resposta anônima no período entre 27 de abril e 05 de maio de 2020 na plataforma de pesquisas online Limesurvey. Foram contabilizadas **40** respostas completas. A pesquisa buscou compreender aspectos ligados à implementação das opções apresentadas, considerando a experiência prática adquirida no cotidiano escolar e no convívio com os estudantes e suas famílias.

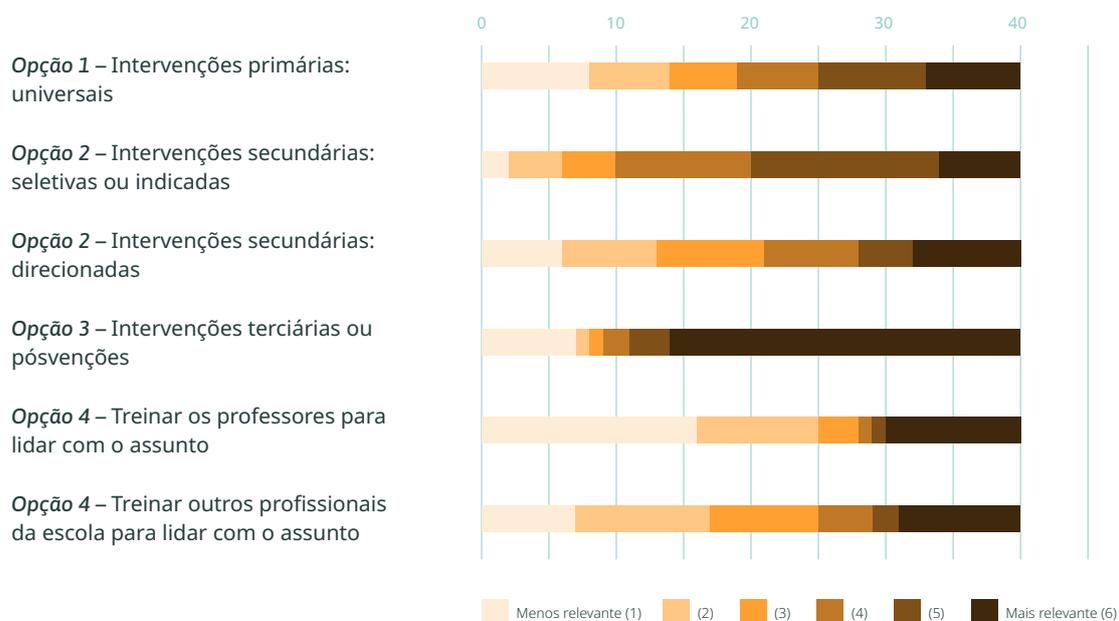
## Abordagem do tema na unidade escolar

Opção de resposta	Quantidade	Porcentagens
Sim, e é um tema importante	26	65%
Sim, mas não é um tema importante	5	13%
Não, mas é importante abordar	5	13%
Não e não é um tema importante	0	0%
Não sabe	4	10%

## Relevância das opções de intervenção

A maioria dos respondentes identificou que a necessidade de abordar o tema na escola surge com uma ocorrência de suicídio entre os estudantes da unidade e deve focalizar as consequências no corpo discente (**Opção 3**). Essa foi a opção indicada como **mais relevante**.

A **opção 4 – Treinamento de gatekeeper** foi considerada a **menos relevante** em ambas as formas apresentadas: a) treinar professores e b) treinar outros profissionais da escola para lidar com o tema.



## Desafios para lidar com o tema no ambiente escolar

Os principais desafios identificados para lidar com o tema do suicídio entre crianças e adolescentes foram:

- A insuficiência de profissionais capacitados;
- A existência de um tabu sobre o tema; e
- A ideia de que abordar o tema pode incentivar tentativas de suicídio entre os estudantes.

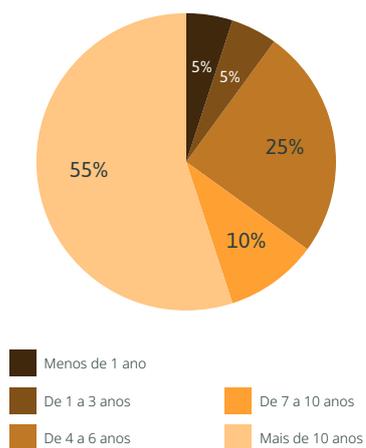


## Perfil dos correspondentes

Região administrativa da unidade escolar	Quantidade	Porcentagens
Plano Piloto	2	3,85%
Gama	1	1,92%
Taguatinga	2	3,85%
Brazlândia	6	15,38%
Ceilândia	10	26,92%
Samambaia	7	17,31%
Santa Maria	12	26,92%

Função na unidade escolar	Quantidade	Nível de ensino	Quantidade
Professor de educação básica	27	Ensino fundamental (anos finais)	19
Vice-diretor	6	Ensino médio	31
Diretor(a)	5		
Pedagogo(a) / Orientador vocacional	4		
Supervisor(a)	2		
Apoio administrativo	2		
Secretaria escolar	2		
Outros	2		

## Tempo de trabalho na Secretaria da Educação



# Referências bibliográficas

- [1] World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. (2014).
- [2] Psiquiatria, A. B. de. Suicídio: informando para prevenir. 5–29 (2014).
- [3] World Health Organization. Suicide in the world: Global Health Estimates. *World Heal. Organ.* 1–33 (2019).
- [4] Diego De Leo, K. K. Child, Adolescent and Young Adult Suicides: A Comparison Based on the Queensland Suicide Registry. *J. Child Adolesc. Behav.* **03**, 1–6 (2015).
- [5] de Sousa, G. S., dos Santos, M. S. P., da Silva, A. T. P., Perrelli, J. G. A. & Sougey, E. B. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Cienc. e Saude Coletiva* **22**, 3099–3110 (2017).
- [6] Shain, B. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* **138**, (2016).
- [7] SAÚDE, M. DA. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. *Bol. epidemiológico* **50**, 14 (2019).
- [8] AObservatório da Criança e do Adolescente. Taxa de óbito de crianças e adolescentes por suicídio (para cada 100 mil habitantes). Disponível em: <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/violencia/625-taxa-de-obito-de-criancas-e-adolescentes-por-suicidio-para-cada-100-mil-habitantes?filters=1,245;30,245>. Acesso em: 13 set. 2019.
- [9] Oliveira, D. N. R. de, Barbosa, L. de S. & Soares, A. Prevalência De Suicídio De Adolescentes No Distrito Federal Entre 2012 E 2017. **2017**, 395–400 (2017).
- [10] Agência Brasília. Prevenção ao suicídio deve começar na infância. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2019/09/30/prevencao-ao-suicidio-deve-comecar-na-infancia/> (2019). Acesso em: 16 abr. 2020.
- [11] Federal, G. do D. Plano distrital de prevenção ao suicídio 2020 – 2023. (2020).
- [12] 12. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. DF foi pioneiro na implementação de políticas de prevenção ao suicídio. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/df-foi-pioneiro-na-implementacao-de-politicas-de-prevencao-ao-suicidio/> (2016). Acesso em: 06 abr. 2020.
- [13] Parpinelli, A. C. de F. Política Distrital de Prevenção do Suicídio: uma análise sobre sua implementação no Distrito Federal. (2018).
- [14] Brasília Capital. Projeto ajuda crianças a lidar com emoções. Disponível em: <https://www.bsbcapital.com.br/projeto-ajuda-criancas-a-lidar-com-emocoes/> (2016). Acesso em: 08 abr. 2020.
- [15] Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. CED 104 do Recanto das Emas aborda saúde mental infantojuvenil. Disponível em: <http://www.se.df.gov.br/ced-104-do-recanto-das-emas-aborda-saude-mental-infantojuvenil/> (2019) Acesso em: 01 abr. 2020.
- [16] Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. Escola de Brazlândia realiza semana “Falando sobre a Vida”. Disponível em: <http://www.se.df.gov.br/escola-de-brazlandia-realiza-semana-falando-sobre-a-vida/> (2019). Acesso em: 01 abr. 2020.
- [17] Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. Cultura de Paz é fortalecida nas escolas públicas. Disponível em: <http://www.se.df.gov.br/cultura-de-paz-e-fortalecida-nas-escolas-publicas/> (2019). Acesso em: 01 abr. 2020.
- [18] Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. Estudantes e especialistas debatem prevenção ao suicídio. Disponível em: <http://www.se.df.gov.br/estudantes-e-especialistas-debtem-prevencao-ao-suicidio/> (2019). Acesso em: 01 abr. 2020.
- [19] Agência Brasília. GDF lança campanha de prevenção ao suicídio de crianças e adolescentes. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2019/09/02/gdf-lanca-campanha-de-prevencao-ao-suicidio-de-criancas-e-adolescentes/> (2019). Acesso em: 01 abr. 2020.
- [20] Bomfim, D. L. et al. Ocorrência De Bullying Nas Aulas De Educação Física Em Uma Escola Do Distrito Federal. *Pensar a Prática* **15**, 302–317 (2012).
- [21] Estat Consultoria - Universidade de Brasília. Saúde Mental e Suicídio na UnB. (2019).

- [22] Baux-Cazal, L., Gokalsing, E., Amadeo, S. & Messiah, A. Prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans : une revue de la littérature. *Encephale* **43**, 273–280 (2017).
- [23] Robinson, J. *et al.* A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis* **34**, 164–182 (2013).
- [24] Caelear, A. L. *et al.* A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* **25**, 467–482 (2016).
- [25] Katz, C. *et al.* A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depress. Anxiety* **30**, 1030–1045 (2013).
- [26] American Psychological Association. Teaching Tip Sheet: Self-Efficacy. Disponível em: <https://www.apa.org/pi/aids/resources/education/self-efficacy>. Acesso em: 27 abr. 2020.
- [27] Organização Mundial da Saúde. Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura. 29 (2012).
- [28] Bennett, K. *et al.* A youth suicide prevention plan for Canada: A systematic review of reviews. *Can. J. Psychiatry* **60**, 245–257 (2015).
- [29] BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. D. V. E. S. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Bol Epidemiol* **48**, (2017).
- [30] Teixeira-Filho, F. S. & Rondini, C. A. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saude e Soc.* **21**, 651–667 (2012).
- [31] O'Brien, K. H. M. M., Putney, J. M., Hebert, N. W., Falk, A. M. & Aguinaldo, L. D. Sexual and Gender Minority Youth Suicide: Understanding Subgroup Differences to Inform Interventions. *LGBT Heal.* **3**, 248–251 (2016).
- [32] Gwyther, K., Swann, R., Casey, K., Purcell, R. & Rice, S. M. Developing young men's wellbeing through community and school-based programs: A systematic review. *PLoS One* **14**, 1–20 (2019).
- [33] Souza, V. D. S. *et al.* Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *J. Bras. Psiquiatr.* **60**, 294–300 (2011).
- [34] Gonçalves, L. R. C., Gonçalves, E. & de Oliveira, L. B. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: Uma abordagem regional. *Nov. Econ.* **21**, 281–316 (2011).
- [35] Schneider, D. R. *et al.* Evaluation of the Implementation of a Preventive Program for Children in Brazilian Schools. *Psicol. Ciência e Profissão* **36**, 508–519 (2016).
- [36] Mo, P. K. H., Ko, T. T. & Xin, M. Q. School-based gatekeeper training programmes in enhancing gatekeepers' cognitions and behaviours for adolescent suicide prevention: A systematic review. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* **12**, 1–24 (2018).

# Apêndice I

## Metodologia

Foram pesquisadas, em setembro de 2019, cinco bases de dados científicas em busca de revisões sistemáticas sobre intervenções voltadas para o papel da escola na redução de suicídios entre crianças e adolescentes, além de busca manual na literatura cinza e em mapas de evidências sobre o tema.

As palavras-chave utilizadas na busca foram:

suicide AND children OR youth e suas versões em português para a base Scielo.

O período da busca abrangeu os anos 2013-2019 e os filtros mudaram de acordo com a disponibilidade de cada base:

suicide AND children OR youth e suas versões em português para a base Scielo

O período da busca abrangeu os anos 2013-2019 e os filtros mudaram de acordo com a disponibilidade de cada base:

Base	Filtros	Resultados	Excluídos após leituras de títulos e resumos	Excluídos após leitura diagonal
BVS	1) type of study: systematic review; e 2) limit: adolescente or child	66	57	4
Social Systems Evidence	1) type (Systematic review of effects); 2) Programs and services: education: any; e 3) ODS: quality education	16	14	1
Scielo	1) WoS áreas temáticas: educação e pesquisa educacional.	8	8	0
3ie	1) Evidence Hub: Systematic review repository; <sup>1</sup> 2) SR Type: Effectiveness Review; 3) SR Status: review; 4) Sector and subsector: education	16	16	0
Eric	1) Filtro manual de data.	4	8	0

1. A opção "Systematic review repository" utilizada no momento da busca não está mais disponível no site. Agora para filtrar somente revisões sistemáticas o caminho é: 1) **Evidence Hub**: 3ie Development Evidence Portal; 2) **Products**: Systematic Reviews;

Das 27 revisões sistemáticas selecionadas, 21 foram excluídas após a leitura por não se relacionarem diretamente com o tema ou por não serem avaliações de intervenções. Assim, 6 revisões sistemáticas foram incluídas no texto final e 5 foram utilizadas para descrever as opções de intervenções.

A busca na chamada literatura cinza foi realizada sem filtros e os resultados foram utilizados para a elaboração do diagnóstico e das evidências locais. Os 30 documentos identificados foram incluídos no texto final (11 textos e 11 notícias/sites para descrever diagnóstico e 8 textos para a descrever as considerações sobre equidade).

As revisões sistemáticas incluídas nas opções foram avaliadas metodologicamente pela aplicação da ferramenta AMSTAR. Todas foram classificadas como de média qualidade, exceto a revisão “Prévention des conduites suicidaires de l’enfant de moins de 13 ans: une revue de la littérature”, classificada como de baixa qualidade. A qualidade das evidências é definida como: alta (AMSTAR igual ou acima de 9), média (AMSTAR 7 ou 8), baixa (AMSTAR 4 a 6) e muito baixa (AMSTAR igual ou menor que 3).

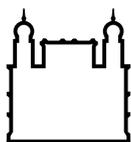
A lista dos estudos incluídos pode ser consultada no Apêndice II e a lista dos estudos excluídos pode ser consultada no link: <https://bit.ly/3aThYNP>.

## Apêndice II

### Relação de revisões sistemáticas incluídas no estudo

Nº	Referência bibliográfica	Avaliação Amstar
1	WESTHORP, Gill et al. Enhancing community Baux-Cazal, L., Gokalsing, E., Amadeo, S. & Messiah, A. Prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans : une revue de la littérature. <i>Encephale</i> 43, 273-280 (2017).	4/11
2	Robinson, Jo, et al. "A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people." <i>Crisis</i> (2013).	7/10
3	Calear, A. L. et al. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. <i>Eur. Child Adolesc. Psychiatry</i> 25, 467-482 (2016).	8/11
4	Katz, C. et al. A systematic review of school-based suicide prevention programs. <i>Depress. Anxiety</i> 30, 1030-1045 (2013).	6/11
5	Bennett, Kathryn, et al. "A youth suicide prevention plan for Canada: a systematic review of reviews." <i>The Canadian Journal of Psychiatry</i> 60.6, 245-257 (2015).	8/10

Apoio e supervisão



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
Brasília

