



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Luiza Wille Augustin

**“ÁRVORE DA VIDA”: prevenção ao suicídio na adolescência no município de Jaraguá
do Sul – Santa Catarina**

Florianópolis
2021

Luiza Wille Augustin

**“ÁRVORE DA VIDA”: prevenção ao suicídio na adolescência no município de Jaraguá
do Sul – Santa Catarina**

Dissertação submetida ao Mestrado Profissional em
Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade
Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
Orientadora: Profa. Denise Cord, Dra.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra

Augustin, Luiza Wille

“ÁRVORE DA VIDA”: prevenção ao suicídio na adolescência no município de Jaraguá do Sul – Santa Catarina – Santa Catarina / Luiza Wille Augustin ; orientadora, Denise Cord, 2021. p. 102.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Suicídio. 3. Adolescência. 4. Prevenção. 5. Modelo lógico. I. Cord, Denise . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

Luiza Wille Augustin

“ÁRVORE DA VIDA”: prevenção ao suicídio na adolescência no município de Jaraguá do Sul – Santa Catarina

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Daniela Ribeiro Schneider, Dra.
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Raquel de Barros Pinto Miguel, Dra.
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Lígia Rocha Cavalcante Feitosa, Dra.
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. (a) Denise Cord, Dr. (a)
Orientadora

Florianópolis, 2021.

Este trabalho é dedicado a todos aqueles que, em algum momento, acreditaram não haver outra saída.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha orientadora Denise, que sempre esteve ao meu lado e me acompanhou em todas as redefinições, ansiedades, frustrações e vitórias. Obrigada por ter me dado liberdade para gestar esse projeto do meu jeito e ter confiado em minha capacidade. Você foi um apoio essencial nesse caminhar, que bom ter te encontrado!

Agradeço à minha família. Primeiramente, aos meus pais, Ciliane e Fábio pelo incentivo que sempre me deram para estudar. Vocês me ensinaram a buscar todo dia ser um pouco melhor. Vocês são o solo fértil de amor e ofertaram um apoio incondicional que me possibilitou alcançar os meus sonhos. E agradeço ao meu irmão Lucas, por ser meu parceiro há muitos anos e me conhecer de uma forma que mais ninguém conhece. Amo vocês.

Agradeço às minhas amigas e irmãs por opção, Ingrid e Bruna por serem meu heterossuporte quando só o autossuporte não foi suficiente. Nosso contato, quase diário, me fortalece e torna tudo mais leve.

Agradeço aos meus amigos de longuíssima data, Camila, Ander, Débora e Marcelo por terem me feito rir e estado sempre ao meu lado, me apoiando mesmo quando achavam minhas ideias meio doidas. Foi muito bom ter vocês como aliados nesse processo que se chama amadurecer.

Agradeço à minha psicóloga Ana, por ter me acompanhado durante todo esse processo.

Agradeço às minhas colegas de saúde mental (em especial minha amiga Elaine Pires) por terem me acolhido e me apoiado nas decisões difíceis que tive de tomar nesse processo. Toda escolha é uma renúncia, agradeço a compreensão.

Agradeço à Luísa Scaff pelas orientações e apoio para a construção do modelo lógico. É muito gratificante poder ter te encontrado em vários momentos dessa trajetória, torço demais por você!

Agradeço ao Alexandre, por todo acolhimento às frustrações inerentes ao caminho. Com você aprendi a importância de comemorar pequenas vitórias. Você me apoiou e me incentivou em diversos momentos e, por isso, serei eternamente grata.

Agradeço aos meus colegas de mestrado da turma 2019 por todas as trocas de conhecimento e de afeto que tornaram esse caminho mais leve.

Agradeço às minhas queridas colegas da Clínica Setes por terem sido um apoio leve e descontraído durante todo esse processo. Agradeço toda a compreensão pelas ausências.

Agradeço à bibliotecária Crislaine, da biblioteca universitária, pela disponibilidade e eficiência. Sua contribuição foi essencial para a revisão de literatura.

Agradeço às professoras Raquel e Daniela por terem aceito participar da minha banca de qualificação e de defesa, suas considerações foram essenciais para o redirecionamento da pesquisa. E a professora Lígia por ter aceito ser suplente. Muito obrigada!

Agradeço a todas as mulheres que vieram antes de mim e que buscaram educação superior, vocês abriram o caminho e nele, muitas ainda virão. A grande maioria das pessoas direta e indiretamente ligadas a este projeto são mulheres, isso me enche o peito de orgulho. Juntas vamos mais longe!

Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina e ao Mestrado profissional em saúde mental e atenção psicossocial por terem sido o terreno fértil onde pude crescer e me desenvolver enquanto pesquisadora. Sou muito privilegiada em poder ter estudado em uma universidade pública e de qualidade!

Agradeço às entrevistadas na pesquisa, pela confiança e por terem aberto as portas da estratégia Árvore da Vida para a construção conjunta desse trabalho. Essa vitória também é de vocês!

“Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Elas são coadjuvantes, não, melhor, figurantes, que nem devia 'tá aqui
Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Tanta dor rouba nossa voz, sabe o que resta de nóiz?
Alvos passeando por aí
Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Se isso é sobre vivência, me resumir a sobrevivência
É roubar o pouco de bom que vivi
Por fim, permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Achar que essas mazelas me definem, é o pior dos crimes
É dar o troféu pro nosso algoz e fazer nóiz sumir
Tenho sangrado demais, tenho chorado pra cachorro
Ano passado eu morri mas esse ano eu não morro”
(EMICIDA part. Majur e Pablo Vittar – Música AmarElo).

RESUMO

O comportamento suicida na adolescência tem crescido no Brasil e mundialmente, chamando a atenção da sociedade para a necessidade de criação de políticas públicas consistentes e programas de prevenção. Visando ampliar a discussão sobre esse tema, o presente estudo traz uma revisão de literatura em que buscou-se mapear as principais publicações, contendo descrições de 17 programas de prevenção ao suicídio na adolescência em nível mundial. No geral, foram encontradas intervenções breves, grupais e com foco em educação e sensibilização, treinamentos de habilidades de vida e liderança entre pares. Após a revisão, realizou-se uma pesquisa de campo qualitativa sobre a estratégia de prevenção denominada Árvore da Vida no município de Jaraguá do Sul, Santa Catarina. Para isso, foram efetivadas entrevistas individuais com quatro profissionais envolvidas em sua criação ou aplicação e uma oficina para validação dos achados. Como resultado, criou-se três desenhos que compõe o Modelo Lógico (ML): a árvore de problemas, as referências básicas e a estruturação, originando-se uma ferramenta para sua melhor gestão e possível avaliação futura.

Palavras-chave: Suicídio. Adolescência. Prevenção. Modelo lógico

ABSTRACT

Suicidal behavior in adolescence has grown in Brazil and worldwide, drawing the attention of society and bringing the need to create consistent public policies and prevention programs. Aiming to broaden the discussion on this topic, this study first brings a review of the literature in which we sought to map the main publications containing programs for the prevention of suicide in adolescence worldwide. Seventeen programs were found in the literature and described. Overall, were found brief interventions, group and focused on education and awareness, life skills training and peer leadership. After the review, a qualitative field research was carried out about the “Árvore da Vida” program carried out in the city of Jaraguá do Sul, Santa Catarina. For this, individual interviews were taken with four professionals involved in its creation or application and a workshop to validate the findings. As main results, it was possible to create three drawings that compose the Logical Model (ML) of the Program: the problem tree, the basic references and the structuring of the program. The ML serves as a tool for better program management and to support a possible subsequent evaluation process.

Keywords: Suicide. Adolescence. Prevention. Logical Model.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Árvore de Problemas.....	60
Figura 2 - Referências básicas.....	61
Figura 3 – Modelo Lógico.....	63
Figura 4 - Árvore de problemas – segunda versão.....	68
Figura 5 - Referências Básicas - segunda versão.....	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores de risco e proteção ao suicídio em adolescentes.....	66
Quadro 2 – Fatores de risco e proteção para saúde mental de crianças e adolescentes.....	66
Quadro 3 - Modificações dos termos da árvore de problemas de acordo com fatores de proteção e risco.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição das etapas da inclusão e exclusão de artigos na revisão.....	32
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas

BVS Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

DeCS Descritores de Ciências da Saúde

ERIC Educational Resources Information

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OMS Organização Mundial da Saúde

PRODIN Programa de Desenvolvimento Interpessoal para a Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde Mental no Curso de Vida

SciELO Scientific Eletronic Library Online

WHO World Health Organization

YAM Youth Aware of Mental Health

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	17
2 INTRODUÇÃO.....	19
3 OBJETIVOS.....	28
3.1 Objetivo Geral.....	28
3.2 Objetivos Específicos.....	28
4 DESENVOLVIMENTO.....	29
4.1 Artigo 1 – programas universais de prevenção ao suicídio na adolescência – uma revisão integrativa da literatura.....	29
Resumo.....	29
Abstract.....	29
Introdução.....	30
Método.....	31
Resultados e Discussão.....	31
Discussão.....	39
Considerações Finais.....	43
REFERÊNCIAS.....	45
4.2 Artigo 2 – construção da proposta de modelo lógico da estratégia “árvore da vida” – Ao comportamento suicida entre adolescentes em escolas.....	51
Resumo.....	51
Abstract.....	51
Introdução.....	52
Método.....	55
Resultados.....	55
DISCUSSÃO.....	64
Considerações finais.....	75

REFERÊNCIAS.....	78
5 CONCLUSÃO.....	80
REFERÊNCIAS.....	81
ANEXO A – ESTRATÉGIA USADA NAS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NAS TURMAS DE 9º ANO DA REDE ESCOLAR DO MUNICÍPIO DE JARAGUÁ DO SUL.....	83
ANEXO B – MATERIAL GRÁFICO ENTREGUE AOS ESTUDANTES APÓS A INTERVENÇÃO.....	88
APÊNDICE A – Descrição detalhada das etapas da revisão integrativa da literatura.....	90
APÊNDICE B – ROTEIRO de ENTREVISTA semiestruturada.....	93
APÊNDICE C – Quadro 4 – Informações dos programas de prevenção encontrados na Revisão Integrativa.....	95

1 APRESENTAÇÃO

Em minha trajetória como profissional psicóloga atuei em dois Centros de Atenção Psicossocial no interior de Santa Catarina. Por serem cidades de pequeno porte, estes locais atendem cidadãos de todas as faixas etárias. Meu incômodo com o tema do suicídio surgiu no primeiro CAPS em que trabalhei, pois as queixas de ideação e planejamento suicida vinham principalmente de adolescentes. No ano de 2018, foram registrados 3 suicídios de adolescentes na cidade, sendo que nenhuma das vítimas havia sido atendida no sistema de saúde com essa queixa.

Comecei a me questionar: por que essas pessoas não chegam até o serviço de saúde? Como aproximar esse público e acolhê-los em suas queixas de saúde mental? E ainda, como é possível prevenir o suicídio nessa faixa etária?

Quando mudei de cidade, iniciei outro trabalho e deparei-me com uma realidade muito precária de atendimentos em saúde mental aos adolescentes que vinham buscar o serviço do CAPS. Ao mesmo tempo, percebia que em outros pontos da rede de atenção à saúde do município, também não encontravam o acolhimento necessário.

Como forma de ampliar a atenção a esta etapa do ciclo vital humano participei de ações de prevenção ao suicídio e autoagressão desenvolvidas junto a uma escola estadual. Desde então questionava-me sobre a melhor forma de falar sobre suicídio com adolescentes, especialmente com estudantes do ensino médio. Foi um trabalho interessante, mas sigo sem saber se o objetivo inicial foi cumprido, pois não realizamos nenhuma avaliação da intervenção.

Nessa mesma época, ingressei no mestrado e decidi estudar mais sobre o fenômeno do suicídio na adolescência e, principalmente, quais estratégias de prevenção mostravam eficácia e poderiam ser implementadas no contexto brasileiro e catarinense.

Por ter trabalhado em um município próximo e por residir em Jaraguá do Sul, tive conhecimento de uma estratégia de prevenção denominada *Árvore da Vida*, criada em 2017 por iniciativa de trabalhadores da saúde mental que se mostravam preocupados com a alta demanda de atendimentos de adolescentes relatando comportamento suicida. Isso, somado ao jogo “Baleia Azul”, que ficou conhecido internacionalmente por incentivar os jovens a comportamentos autolesivos, levou a uma comoção municipal em torno do tema, resultando na constituição de um comitê municipal de prevenção ao suicídio, o qual iniciou uma ação de prevenção ao suicídio na adolescência, denominada de “*Árvore da Vida*”.

O nome provém de uma das ações da estratégia, a partir da qual os profissionais de saúde realizam rodas de conversa com estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental, abordando temas relativos a adolescência, família, sofrimento emocional, autoestima e comportamento suicida. Como um recurso para mediar a roda de conversa, o desenho de uma árvore da vida em um folha craft é utilizado para a colagem de imagens retiradas de revistas (para mais informações, acesse anexo A).

Após conhecer brevemente a intervenção considerei que haveria ali uma oportunidade de um objeto de estudo. Iniciei contato com uma integrante da equipe da estratégia e dei início a escrita do meu projeto de qualificação em março de 2020. Por ocasião da qualificação do projeto de pesquisa, em agosto de 2020, obtive indicações que mudariam bastante os rumos da pesquisa, incluindo a introdução da metodologia para construção de modelos lógicos, sobre a qual não tinha tido conhecimento mais aprofundado até então.

O resultado final da pesquisa está exposto nesta dissertação no formato de dois artigos científicos. O primeiro, apresenta a revisão integrativa de literatura, realizada com o objetivo de descrever as intervenções universais atuais de prevenção ao suicídio na adolescência no contexto escolar. O segundo artigo contém o modelo lógico da estratégia Árvore da Vida, além de outros resultados decorrentes da pesquisa de campo.

2 INTRODUÇÃO

O filósofo Durkheim foi um dos primeiros pensadores a estudar sobre o suicídio e o compreendia a partir de um ponto de vista puramente social, rejeitando quaisquer outras influências. Sua hipótese principal era de que todo o comportamento humano é determinado socialmente e, portanto, o suicídio teria relação direta com as rupturas normativas e morais instituídas no processo civilizatório pelo fenômeno da industrialização (DURKHEIM, 1897).

A teoria proposta por Durkheim foi criticada por outros pensadores (MINAYO, 1998; CLARK, 1989 apud SARAIVA, 2010) por excluir circunstâncias individuais na compreensão do suicídio e por não haver confiabilidade dos dados estatísticos disponíveis na época. De acordo com Minayo (1998), a principal falha de Durkheim foi de não ter abordado o sujeito e sua intencionalidade como integrantes do comportamento suicida, tendo considerado os determinantes individuais como secundários ao que considerou um ato social.

No campo da medicina, iniciou-se uma tentativa de compreensão deste fenômeno pelo olhar da psiquiatria no final do século XVII. No século XIX, Pinel e Esquirol continuaram os estudos sobre este tema. Seus achados, que perduram até hoje na compreensão deste fenômeno, são de que o suicídio é causado por uma doença mental. Essa visão médica e individualista propõe uma relação indivisível entre estar doente e cogitar o suicídio (CORREA & BARRERO, 2006).

Atualmente, diversos estudos de referência sobre suicídio (WHO, 2014; WASSERMAN, 2001; BOTEAGA, 2014) demonstram estatisticamente a correlação entre transtornos mentais e comportamento suicida. Entretanto, a OMS (WHO, 2014) sugere atenção e defende que “embora a ligação entre suicídio e transtornos mentais esteja bem estabelecida, amplas generalizações de fatores de risco são contraproducentes. Evidências crescentes mostram que o contexto é imprescindível para a compreensão do risco de suicídio” (p. 11, tradução nossa). Portanto, apesar de haver correlação, o comportamento suicida é atualmente compreendido como um fenômeno multifatorial, determinado por interações complexas e variáveis de fatores sociais, psicológicos, culturais, entre outros (WHO, 2014; BOTEAGA, 2014).

Dentre os pesquisadores deste tema, Edwin Shneidman (1918-2009) tem grande renome e é considerado o pai da suicidologia, disciplina que estuda o fenômeno do suicídio

(SARAIVA, 2010). Apesar de haver muitos autores anteriores a ele que já se debruçaram sobre o assunto, o psicólogo foi considerado o pai da suicidologia por tê-la nomeado e a instituído como disciplina (CHÁVEZ-HERNÁNDEZ, LEENAARS, 2010).

Shneidman (1994) conceituou o suicídio a partir de algumas características fundamentais: a) ser um comportamento consciente; b) incluir a intencionalidade de aniquilação de si mesmo c) estar relacionado a um mal-estar multidimensional; d) a percepção pelo indivíduo de a morte ser a melhor solução para o problema vivenciado. A OMS (WHO, 2014) o caracteriza como “o ato de se matar deliberadamente” (p. 12, tradução nossa).

Shneidman também considera que o suicídio é essencialmente resultado da dor psicológica, tendo descrito as 10 características comuns do suicídio durante sua carreira, as quais foram expostas posteriormente por Chavéz-Hernandéz & Leenaars (2010, p. 355, tradução nossa):

1. O propósito comum do suicídio é procurar uma solução;
2. O objetivo comum do suicídio é a cessação da consciência;
3. O estímulo comum no suicídio é a dor psicológica intolerável;
4. O estressor comum no suicídio são as necessidades psicológicas frustradas;
5. A emoção comum no suicídio é a desesperança-desamparo;
6. O estado cognitivo comum no suicídio é a ambivalência;
7. O estado perceptivo comum é constrição;
8. A ação comum no suicídio é a egressão;
9. O ato interpessoal comum no suicídio é a comunicação da intenção; e
10. A consistência comum no suicídio é com os padrões de sobrevivência ao longo da vida.

Complementando o apresentado por Shneidman, Botega (2014) apresentou oito estados afetivos relacionados ao risco de suicídio: dor psíquica (*psychache*), desespero, desesperança, desamparo, depressão, dependência química, delírio e delirium. Nem todos precisam estar presentes para caracterizar risco de suicídio, mas eles servem como pistas e são referenciados como os 8 D.

Além da compreensão do conceito de suicídio, o termo comportamento suicida é utilizado atualmente. Segundo a OMS (WHO, 2014), o termo engloba, além do suicídio propriamente dito, a ideação, o planejamento e a tentativa. O termo também é utilizado por Botega (2006; 2014), psiquiatra brasileiro reconhecido pelas publicações nacionais sobre suicídio.

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde publicou um relatório inteiramente sobre suicídio. Na publicação denominada “Preventing suicide: a global imperative” estima-se que o suicídio está entre as dez principais causas de morte no mundo, alcançando aproximadamente 11,4 pessoas a cada 100 mil (WHO, 2014).

Ao falarmos especificamente da população jovem, em 2016, tivemos 4,5 suicídios para cada 100.000 habitantes na faixa etária de 15 a 19 anos no Brasil (sendo 6,4 do gênero masculino e 2,5 do gênero feminino). Na população entre 10 a 14 anos, o número foi de 0,9 para cada 100.000 (1,0 do gênero masculino e 0,7 do feminino). O número aumenta na população entre 20 a 24 anos, tendo uma prevalência de 6,7 para cada 100.000 habitantes com uma diferença significativa entre os gêneros, 11 entre os homens e 2,3 entre as mulheres.

Segundo a OMS (WHO, 2019), em 2016, o suicídio foi a segunda maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos depois de acidente de trânsito e a terceira entre 15 a 19 anos após acidente de trânsito e violência interpessoal. De acordo com Waiselfisz (2014), os números vêm crescendo ao longo das últimas décadas. Entre 2000 e 2012, o crescimento de mortes por suicídio foi de 40% na faixa etária de 10 a 14 anos e de 33,5% entre 15 a 19 anos.

Embora os dados apontados sejam alarmantes, acredita-se que exista uma grande subnotificação ou notificação errônea, por exemplo, a classificação da causa de morte como acidente, sendo esse número potencialmente muito maior (WHO, 2014). Segundo Botega (2014), há o registro de mortes que leva em consideração apenas o método utilizado e não a intenção em larga escala no Brasil. Por exemplo, 10,9% das notificações de falecimento por causas externas são listadas como “quedas e afogamentos” e aproximadamente 9% tem em seu registro como “mortes com intenção indeterminada”, o que pode camuflar o número de mortes por suicídio (BOTEGA, 2014).

Outro aspecto a ser considerado quando abordamos esse tema são as tentativas de suicídio (ou lesões autoprovocadas com intenção de morrer) que também sofrem subnotificação. Acredita-se que para cada uma das mortes decorrentes de suicídio haja ao menos 10 tentativas frustradas (WHO, 2014; BOTEGA, 2014). Em outras palavras, se pensarmos nos dados da OMS de 2016 que apontam para 4,5 suicídios para cada 100.000 habitantes na faixa da população entre 15 a 19 anos, teríamos em torno de 45 tentativas de suicídio para cada 100.000. Considerando uma cidade de 500 mil habitantes, teríamos em torno de uma tentativa de suicídio a cada 1 dia e meio, apenas para a faixa etária de 15 a 19 anos.

Ao observar tais números, surge a necessidade da criação de intervenções eficazes que busquem diminuir as taxas de suicídio. Em específico, a população jovem necessita de um olhar atento por vivenciar um aumento significativo nos números de mortes por suicídio nas

últimas décadas. Além disso, os comportamentos suicidas englobam mais pessoas do que apenas aquelas que efetuam o suicídio e entram para a estatística.

Entretanto, um olhar crítico sobre propostas de prevenção é necessário para que não se recaia em práticas medicalizantes ou manicomiais. De acordo com Netto (2013), o suicídio é compreendido como um problema social e não apenas individual e, por isso, ao nos questionarmos para quem essa prevenção deve ser endereçada, o caráter social do fenômeno deve figurar como pressuposto fundamental na elaboração de quaisquer intervenções para que não se recaia na culpabilização dos sujeitos pelos seus estados de saúde.

Especificamente ao pensarmos em intervenções para os adolescentes, devido a um olhar estigmatizante sobre esse período do ciclo vital, é necessário tomar cuidado para não individualizar questões. As representações sociais da adolescência foram fortemente influenciadas pela ciência tradicional e por teorias psicológicas desenvolvidas no início dos anos 70 e relacionadas a um momento instável, turbulento e principalmente de crise por uma busca identitária, um período identificado apenas como uma passagem entre a infância e a adultez. Em outras palavras, a adolescência não tinha um sentido por si só e, aos poucos, caminha-se para situar esse período como uma etapa singular do desenvolvimento humano apresentando seus próprios conceitos, protagonismo e criação cultural (QUIROGA E VITALLE; 2013).

Alguns autores clássicos da psicologia trazem esse aspecto individualizante e universalizante da psicologia. Um exemplo é Knobel (1981) ao apresentar o que denomina de síndrome da adolescência normal, discordando de autores que pontuam fatores sociais e culturais como predominantes na adolescência, os quais divergiriam do que ele denomina de “problema básica fundamental circunstância evolutiva que significa esta etapa, com toda a sua bagagem biológica individualizante” (KNOBEL, 1981, p. 24).

Para descrever o que considera como o fenômeno universal da adolescência, destaca 10 características observáveis nesta síndrome (KNOBEL, 1981, p. 29):

- 1) busca de si mesmo e da identidade;
- 2) tendência grupal;
- 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar;
- 4) crises religiosas, que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso;
- 5) deslocalização temporal, onde o pensamento adquire as características de pensamento primário;
- 6) evolução sexual manifesta, que vai do auto-erotismo até a heterossexualidade genital adulta;
- 7) atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversa intensidade;
- 8) contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta,

dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida; 9) uma separação progressiva dos pais; e 10) constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.

Além deste autor, essa linha de pensamento também pode ser encontrada em autores como Aberastury & Knobel (1981) e Stanley-hall (1906, 1904), muito influentes no modelo psicológico e médico de compreensão da adolescência até os dias atuais.

O pensamento individualizante e ao mesmo tempo, universalizante das características da adolescência é perigoso por excluir aspectos sociais, culturais, econômicos, familiares, entre outros que também constituem a vivência da adolescência. Por esse motivo, o ministério da saúde (BRASIL, 2007) aborda o conceito “adolescências” em vez de “adolescente” objetivando demarcar essas diferenças sociais e, assim, ser possível enxergar o sujeito em suas especificidades e sofrimento.

Dessa forma, considerando a gravidade das taxas de comportamento suicida para essa faixa etária e a necessidade de olhar o adolescente para além da roupagem desse ciclo vital, faz-se necessário propor intervenções preventivas.

Dentro da literatura sobre prevenção, há uma divisão entre três tipos de intervenções, diferenciados a partir da classificação de risco, são eles: universal, selecionada ou indicada (WHO, 2014; MILLER, ECKERT, MAZZA; 2009). As prevenções universais são desenhadas para chegar a mais pessoas, sem uma triagem prévia. A prevenção seletiva tem foco grupos de risco, dependendo do seu gênero, histórico familiar, entre outros. E por último, a prevenção indicada objetiva alcançar indivíduos que já demonstram sinais ou já apresentaram uma tentativa de suicídio (WHO, 2014).

As estratégias de prevenção universais têm como objetivos conscientizar, dar mais informações sobre fatores de risco, desmistificar o suicídio, ensinar o que falar quando encontrar alguém que possa estar em risco e dicas para identificar os adolescentes que possam estar em risco. Ou seja, o foco é psicoeducacional (MILLER, ECKERT, MAZZA; 2009).

Para que se possam efetivar tais estratégias preventivas, faz-se relevante construir uma estratégia nacional que demonstre o comprometimento do governo em criar ações para a prevenção ao suicídio. Uma política nacional de prevenção ao suicídio deve envolver diferentes áreas de atuação que atuem para minimizar os fatores de risco e potencializar os fatores de proteção (WHO, 2014).

O Brasil, em 2005 e 2006, foi o primeiro país da América Latina a iniciar os estudos de uma proposta nacional de prevenção ao suicídio (ESTELLITA-LINS, 2012). A Portaria

no. 1.876 (BRASIL, 2006) institui as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio constituindo-se no primeiro resultado desse grupo de trabalho iniciado em dezembro do ano anterior. Essa portaria determina que a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde constitua grupo de trabalho para regulamentar as diretrizes.

Para se obter mais conhecimento sobre a dimensão do problema, são necessários números indicativos. Para auxiliar nesse levantamento de dados, foi publicada em 2014 pelo Ministério da Saúde a Portaria Nº 1271, que torna o suicídio e as tentativas de suicídio itens presentes na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Ou seja, os profissionais de saúde tem o dever de notificar ao órgão competente quando houver algum desses eventos.

Como parte da construção da política pública, o Ministério da Saúde lançou em 2017 a “Agenda de Ações Estratégicas para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil – 2017-2020” (BRASIL, 2017a). O documento apresenta três eixos de atuação: vigilância e qualificação da informação, prevenção do suicídio e promoção da saúde e gestão do cuidado. Cada eixo é ramificado em sub-eixos, ações estratégicas e atividades descritas.

O segundo eixo, prevenção do suicídio e promoção da saúde, conta com um sub-eixo denominado “articulação inter e intrasetorial”, que aponta 15 estratégias que buscam unir diferentes setores em prol da prevenção. O eixo 6, descreve especificamente a necessidade de articulação com o Ministério da Educação para que as ações com estudantes e em escolas possam ser estimulados e difundidos.

Em Santa Catarina, A Secretaria de Estado da Saúde (SES-SC) recebeu em 2018 um aporte financeiro do Governo Federal para criação de um Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio. Santa Catarina foi escolhida por estar entre os seis estados considerados prioritários para essa ação. O plano estadual visa a educação de profissionais e incentivo para que as pessoas busquem ajuda, através de divulgação de informações (SANTA CATARINA, 2018).

Novamente na esfera federal, apenas em 2019 foi sancionada a Lei nº 13.819, que institui Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. A sua implementação está prevista pela “União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e com a participação da sociedade civil e de instituições privadas.” (BRASIL, 2019).

O principal avanço dessa lei para as crianças e adolescentes está na expansão da notificação compulsória de violência autoprovocada em estabelecimentos de ensino, que

deverão se reportar ao Conselho Tutelar, entretanto, cabe aos próprios estabelecimentos o treinamento das suas equipes para realizar tal notificação (BRASIL, 2019). Além disso, a lei também instituiu como responsabilidade da união a manutenção de serviço telefônico para atendimento gratuito e sigiloso para pessoas em sofrimento mental (BRASIL, 2019).

De acordo com o Artigo 3º da lei supracitada, os objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio são (BRASIL, 2019):

I - promover a saúde mental; II - prevenir a violência autoprovocada; III - controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; IV - garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; V - abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial; VI - informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; VII - promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras; VIII - promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão; IX - promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas.

Os objetivos citados são amplos e abrangentes englobando diversas estratégias diferentes de prevenção, desde vigilância, educação, conscientização e garantia de atendimento às pessoas em sofrimento e suas famílias.

Apesar de diversos avanços legislativos, ainda caminha-se com uma negligência histórica com relação a efetivação de políticas voltadas para esse tema e para essa faixa etária. Algumas ações locais podem ser encontradas, como é o caso da estratégia *Árvore da vida*, objeto de estudo deste trabalho.

Tal estratégia traz uma combinação de intervenções que seguem três eixos: atuação com profissionais escolares, adolescentes e articulação da rede de proteção dos adolescentes.

Primeiramente, para a construção do projeto, foram chamadas diversos representantes da rede de apoio destes adolescentes, como dos setores da educação, assistência social, segurança pública, saúde, ONGs, entre outros. Essa articulação com a comunidade em geral segue com divulgações da intervenção através da mídia e de eventos e reuniões.

Nesse momento, primeiramente os profissionais se apresentam a turma e a subdividem em pequenos grupos de até 15 pessoas. Após isso, a consigna para iniciar a roda de conversa é para que os adolescentes busquem em revistas, pelo menos uma imagem que represente algo

positivo e uma imagem que representa algo negativo para eles. É frisado que a escolha deve ser baseada em sua vida e que há um contrato de sigilo e respeito para aquele momento.

No momento de partilha sobre as escolhas de imagens, os adolescentes são instigados a refletir sobre suas vidas, sua rede de apoio, suas expectativas, realidades, etc. Nesse momento, o grupo também é convidado a ser um apoio para as questões ali partilhadas. A partir dessa discussão em grupo, muitos temas surgem, tais quais: bullying, relacionamento familiar, relacionamentos amorosos, conflitos na escola, entre outros (para um relato mais aprofundado sobre a dinâmica, consultar anexo A).

No fechamento da atividade, são repassadas informações sobre aonde os adolescentes podem buscar ajuda e é entregue um folder com informações sobre prevenção ao comportamento suicida, orientando-se os adolescentes a repassarem esse material aos seus pais (vide anexo B). Por fim, ainda na escola, caso os profissionais percebam algum comportamento de risco ao suicídio em algum dos estudantes, membros da equipe do projeto dialogarão com a escola e com o adolescente para que seja feito um encaminhamento ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

Além disso, anualmente são realizadas reuniões com os gestores escolares, com duração aproximada de 4 horas, cujo objetivo é sensibilizá-los quanto a questões atuais sobre o sofrimento na adolescência. Para isso, além de uma explicação sobre o tema, é realizado com estes adultos a mesma atividade que é realizada durante todo o ano com os adolescentes: a aplicação da dinâmica da árvore da vida. Com isso, pretende-se que, ao olhar para seu próprio sofrimento, os gestores escolares possam estar mais abertos a sentirem empatia pelo sofrimento dos adolescentes e, dessa forma, estarem sensibilizados a trabalhar com eles.

Além destas atividades, também são realizadas atividades de gestão e administração da intervenção. Para isso, conta-se com 10 a 20 profissionais (da rede pública ou voluntários) e uma forte parceria entre os setores de educação e saúde.

Para ser possível avaliar intervenções em saúde, é necessário, como passo inicial, estruturá-la e descrever seus objetivos, resultados esperados, recursos, público-alvo, entre outros e a inter-relação entre esses componentes. Para isso, um recurso metodológico viável são os modelos lógicos.

De acordo com a nota técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (CASSIOLATO & GUERESI, 2010): “(...) a proposta de modelo lógico é um recurso metodológico para explicitar a estrutura de programa orientado para resultados e foi

desenvolvida por autores que se dedicam especificamente à avaliação de programas.” (p. 7). Para implementar esse recurso metodológico, primeiramente faz-se necessário construir a árvore de problemas (que explicita qual problema a intervenção visa resolver) e a definição de referências básicas (objetivos e público-alvo) (CASSIOLATO & GUERESI, 2010). Após isso, é possível a construção do modelo lógico tanto para novas intervenções, quanto para aquelas já existentes, mas que buscam uma maior explicitação da sua teoria subjacente, o que será realizado neste trabalho.

Pelo exposto acima, mostra-se necessário ampliar os estudos sobre prevenção do comportamento suicida e promoção de saúde mental na adolescência a partir de uma perspectiva que busque a integralidade e o cuidado em liberdade, propiciando espaços que prezem pela autonomia dos sujeitos e escuta qualificada.

Para tanto, o presente estudo pretende estudar a temática da prevenção ao suicídio na adolescência em escolas sobre duas óticas: primeiramente, realizando uma revisão de literatura para levantar o estado da arte atual desta temática e de uma pesquisa de campo com objetivo da construção do modelo lógico de uma estratégia de prevenção existente na cidade de Jaraguá do Sul, Santa Catarina.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Construir o modelo lógico da estratégia *Árvore da Vida* do município de Jaraguá do Sul, Santa Catarina.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mapear o estado da arte sobre prevenção ao comportamento suicida na adolescência em escolas;

Descrever a estratégia *Árvore da Vida* criada pelo Grupo de Prevenção ao Suicídio do município de Jaraguá do Sul;

Identificar o problema original da estratégia *Árvore da Vida*, causas e consequências deste problema, objetivos, público-alvo, recursos, ações, produtos, resultados e fatores relevantes ao contexto.

4 DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso será apresentado no formato de dois artigos científicos. O primeiro artigo contém a revisão integrativa de literatura e o segundo artigo contém o trabalho de campo e a construção do modelo lógico da estratégia Árvore da Vida.

4.1 ARTIGO 1 – PROGRAMAS UNIVERSAIS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA – UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Resumo

O suicídio é uma questão de saúde pública e existem diversas estratégias possíveis para preveni-lo. Programas universais de prevenção constituem intervenções que atingem uma grande parcela da população e são geralmente aplicados em contextos escolares quando se direcionam para o público-alvo adolescente. A partir de uma revisão integrativa da literatura, buscou-se mapear as principais publicações contendo descrições de tais programas em nível mundial. Buscas foram realizadas nas bases de dados SCOPUS, Web of Science, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), ERIC (Educational Resources Information), PsycINFO e SciELO (Scientific Electronic Library Online), totalizando uma lista final de 26 artigos contendo a descrição de 17 programas. Os artigos trazem descrições de intervenções breves, grupais e com foco em educação e sensibilização sobre o tema, treinamentos de habilidades de vida e liderança de pares. Uma discussão sobre tais enfoques sob a ótica da educação em saúde foi realizada e a necessidade de mais publicações em contexto brasileiro foi apontada.

Palavras-chave Adolescência; Suicídio; Prevenção; Intervenção; Escola

Abstract

Suicide is a public health issue and there are several possible strategies to prevent it. Universal prevention programs are interventions that reach a large portion of the population and they are generally applied in school contexts when they target the adolescent audience. From an integrative literature review, we sought to map the main publications containing descriptions of such programs worldwide. Searches were carried out in the SCOPUS, Web of Science, BVS (Virtual Health Library), ERIC (Educational Resources Information), PsycINFO and SciELO (Scientific Electronic Library Online) databases, totaling a final list of

26 articles containing the description of 17 different programs. The articles provide brief descriptions of group interventions with a focus on education and awareness on the topic, life skills training and peer leadership. A discussion on such approaches was carried out from the perspective of health education and the need for more publications in the Brazilian context was pointed out.

Key words Adolescence; Suicide; Prevention; Intervention; School

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014), 804 mil pessoas morreram vítimas de suicídio em 2012, colocando-o entre as dez principais causas de morte no mundo. Entre a população jovem, o número de suicídios tem sido crescente nas últimas décadas. De acordo com Waiselfisz (2014), entre 2000 e 2012, o crescimento foi de 40% na faixa etária de 10 a 14 anos e de 33,5% entre 15 a 19 anos. Além disso, acredita-se que os dados atuais são apenas uma estimativa devido ao fenômeno da subnotificação ou notificação errônea que caracteriza seu registro (BOTEGA, 2014; WHO, 2014).

O suicídio é compreendido como o resultado de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (WHO, 2014; OMS, 2000). Portanto, as formas de prevenção são múltiplas e necessitam de constante aprimoramento e adaptação.

Para a construção de projetos de prevenção em saúde, a OMS (WHO, 2014) identifica três modelos: universal, seletivo e indicado. Na abordagem universal, a intervenção busca atingir toda a população-alvo sem triagem prévia. Na seletiva, foca-se em grupos de risco, dependendo de características do seu contexto social. Já a indicada, destina-se a indivíduos que demonstram sinais de risco (WHO, 2014). Entre estes modelos, o mais amplamente descrito na literatura é o universal tendo em vista sua maior facilidade de aplicação e a necessidade de menos recursos para tal (JACOBS et al, 1999).

Para contribuir com o avanço das pesquisas sobre prevenção ao comportamento suicida na adolescência, bem como com o conhecimento acerca dos modelos de prevenção existentes, o presente estudo apresenta uma revisão integrativa da literatura com o objetivo geral de descrever as intervenções universais atuais de prevenção ao suicídio na adolescência no contexto escolar, as quais estão presentes nos artigos científicos selecionados.

Método

Pesquisou-se nas bases de dados SCOPUS, Web of Science, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), ERIC (Educational Resources Information), PsycINFO e SciELO (Scientific Eletronic Library Online), partindo-se da seguinte pergunta: “Quais e como são os programas universais de prevenção ao suicídio na adolescência em contexto escolar descritos na literatura atual?”. A busca seguiu à combinação entre os seguintes descritores: “suicídio”, “prevenção”, “combate”, “controle”, “escola”, “colégio”, “adolescente”, “programa”, “projeto” e “intervenção”.

Artigos em português, inglês e espanhol, publicados entre 2014 e agosto de 2020 (datas escolhidas para garantir a atualidade e relevância dos artigos selecionados), foram selecionados. Além disso, outros critérios de inclusão foram: a) caracterizar-se como um estudo primário contendo a descrição de programa de intervenção universal para prevenção ao suicídio na adolescência no ambiente escolar; b) o público-alvo do programa abranger as idades de 13 a 18 anos (faixa etária definida a partir do preconizado pelo DeCS – Descritores das Ciências da Saúde); c) apresentar informações sobre o programa, como objetivo, duração, frequência e modo de aplicação.

Após a busca nas bases de dados, efetivou-se a leitura dos resumos dos artigos recuperados, selecionando-se os que se enquadravam nos critérios de inclusão. Os artigos selecionados foram lidos de forma flutuante, havendo novas exclusões. Por fim, houve a exclusão de artigos repetidos, resultando em uma seleção final de 26 artigos (para mais informações sobre descritores e artigos excluídos, consultar Apêndice A).

Os dados foram extraídos a partir de categorias predefinidas: a) sobre o artigo: referência; palavras-chave; idioma; país do estudo; ano de publicação; revista de publicação; área de publicação; método e resultados; b) sobre a intervenção: nome; enfoque; população-alvo; duração e frequência; objetivos; modo; avaliação; teoria de base; intersetorialidade; profissional. Após a categorização, efetivou-se uma análise descritiva dos dados.

Resultados e Discussão

A busca inicial nas bases de dados gerou 3060 artigos. Os quantitativos e o processo de filtragem que resultou no número final de 26 artigos estão descritos na tabela 1.

Tabela 1 - Descrição das etapas da inclusão e exclusão de artigos na revisão

Etapa	Quantitativo de artigos recuperados
-------	-------------------------------------

	BVS	ERIC	PsycInfo	SciELO	Scopus	Web of Science	Total
1 – Busca nas bases de dados	669	37	1153	20	639	542	3060
2 – Exclusão pela leitura de resumos	33	6	29	3	30	29	130
3 – Exclusão pela leitura flutuante de resumos	23	23	5	2	21	20	89
4 – Exclusão de artigos repetidos							26

Para fins de apresentação dos resultados desta revisão, as principais contribuições encontradas nos artigos selecionados foram organizadas em duas partes. A primeira parte apresenta os dados relativos às características gerais das produções científicas e seu estado da arte. A segunda parte apresenta as características dos programas universais descritos nos artigos. Para visualizar a tabela que foi utilizada para tabulação dos dados, consulte Apêndice C.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Com relação ao ano de publicação dos artigos, constatou-se uma distribuição relativamente estável entre os seis anos incluídos na revisão. Em 2014, 4 artigos foram encontrados; em 2015, 3 artigos; em 2016, 6 artigos; em 2017, 1 artigo; em 2018, 3 artigos; em 2019, 4 artigos; em 2020, 5 artigos. As palavras-chave (*keywords*) dos artigos variaram bastante. As mais citadas foram “*health*” e “*suicide*”, seguidas de “*adolescent*”, “*prevention*”, “*mental*” e “*school*”.

Com relação aos idiomas, 22 artigos são em inglês, 1 em espanhol e 3 em português. Referente à quantidade de intervenções desenvolvidas e/ou aplicadas em diferentes países, 4 foram na Austrália, 1 na Áustria, 2 no Brasil, 1 no Camboja, 1 no Cazaquistão, 1 na Colômbia, 8 nos Estados Unidos da América, 1 na Holanda, 2 na Índia, 1 na Indonésia, 2 em Portugal e 2 em múltiplos países europeus (Áustria, Estônia, França, Alemanha, Hungria, Irlanda, Itália, Romênia, Eslovênia e Espanha).

Sobre as áreas de publicação, 8 artigos foram publicados em revistas de saúde pública ou correlatas. Além destas, 9 publicações ocorreram em revistas temáticas de profissões pertencentes à área da saúde, como enfermagem, psicologia e medicina. Houve 1 publicação na área da educação, 1 na área do serviço social e 2 na área da suicidologia. Por fim, 5 artigos foram publicados em revistas multi ou interdisciplinares.

Com relação ao método utilizado, 21 dos 26 artigos referenciam a abordagem quantitativa. Dentre estes, 11 utilizaram métodos experimentais, tais quais: *cluster-randomized* (WASSERMAN et al, 2015; CALEAR et al., 2016; FEKKER et al., 2016; PERRY et al, 2014), *randomized controlled* (KAHN, 2020; SCHILLING, ASELTINE & JAMES, 2016), *uncontrolled* (LINDOW et al., 2020; LINDOW et al., 2019), *cluster-randomized superiority* (PATHARE et al., 2020), *school-blocked randomized design* (PETROVA, WYMAN, SCHMEELK-CONE, & PISANI et al., 2015) e *controlled* (JEGANNATHAN, DAHLBLOM & KULLGREEN, 2014). Além disso, 3 artigos se definiram como quase-experimentais (SIMÕES et al., 2018; WULANDARI, KELIAT & MUSTIKASARI, 2019; CAÑÓN et al., 2018). Dentre os 7 artigos quantitativos restantes, 5 utilizaram metodologias de avaliação dos programas. Strunk, King, Vidourek e Sorter (2014) afirmaram utilizar uma metodologia de avaliação de impacto com grupo controle. Manjula, Roopesh, Philip e Ravishankar (2018) definiram seu método como avaliação pré e pós com grupo único. Bailey et al. (2017) utilizaram a pesquisa com finalidade específica (pré-teste e pós-teste). Flynn et al. (2016) utilizaram um questionário para avaliar o conhecimento dos estudantes. Por fim, o artigo de Abil et al. (2016) descreveu as etapas metodológicas utilizadas: análise da literatura, questionário, experimento e métodos de processamento estatístico.

Além destes, dois artigos trouxeram análises secundárias de dados. Strunk, Sorter, Ossege e King (2014) analisam dados apresentados anteriormente em King, Strunk e Sorter (2011) para compreender o impacto do programa em adolescentes que indicaram problemas emocionais na avaliação pré-intervenção. Kinchin et al. (2020) conduziram uma análise secundária para avaliação do custo-efetividade do programa.

Do total de 26 artigos selecionados, 5 utilizaram de abordagem qualitativa, adotando métodos de estudo de caso ou relato de experiência (SCHMIDT et al., 2015; LEME et al., 2019; SILVA et al., 2019a), estudo descritivo a partir de entrevistas com os adolescentes

participantes (LOUREIRO, FAÇANHA, ERSE, SIMÕES & SANTOS, 2016) e abordagem qualitativa participativa (BRAUN et al., 2020).

COMPONENTES DOS PROGRAMAS UNIVERSAIS DESCRITOS PELOS ESTUDOS

Após tabulação e análise inicial dos 26 artigos selecionados, concluiu-se que 17 intervenções distintas são descritas: HeadStrong (PERRY et al., 2014), I can (ABIL et al., 2016), PRODIN (Programa de Desenvolvimento Interpessoal para a Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde Mental no Curso de Vida) (LEME et al., 2019), Projeto + Contigo (LOUREIRO et al., 2016; SIMÕES et al., 2018), SafeTALK (BAILEY et al., 2017; KINCHIN et al., 2019), Signs of Suicide (SOS) prevention program (SCHILLING, ASELTINE & JAMES, 2016), Skills for Life (FEKKES et al., 2016), Sources of Strength (SOS) Suicide Prevention Program (CALEAR et al., 2016; PETROVA et al., 2016), The Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program (STRUNK, KING, VIDOUREK & SORTER, 2014; STRUNK, SORTER, OSSEGE & KING, 2014), The Yellow Ribbon Suicide Prevention Program (FLYNN et al., 2016; SCHMIDT et al., 2015), Youth Aware of Mental Health (YAM) (WASSERMAN et al., 2015; LINDOW et al., 2019; KAHN et al., 2020; LINDOW et al., 2020; PATHARE et al., 2020) e mais seis intervenções que não possuem nome (JEGANNATHAN et al., 2014; CAÑÓN et al., 2018; MANJULA et al., 2018; SILVA et al., 2019; WULANDARI et al., 2019 e BRAUN et al., 2020).

Buscou-se evidenciar as informações dos programas acerca dos profissionais participantes, da faixa etária, do embasamento teórico, duração e frequência, técnicas aplicadas e objetivos, os quais serão apresentados a seguir.

Dos programas estudados, diversos profissionais participaram da aplicação, tais como os professores da escola (PERRY et al., 2014; FEKKES et al., 2016), profissionais de saúde externos à escola (JEGANNATHAN et al., 2014; SIMÕES et al., 2016) ou internos à escola (STRUNK, KING, VIDOUREK & SORTER, 2014; STRUNK, SORTER, OSSEGE & KING, 2014; SSCHMIDT et al., 2015). Também houve programas aplicados por membros do grupo de pesquisa que produziram o artigo (CAÑÓN et al., 2018; MANJULA et al., 2018; SILVA et al., 2019a, BRAUN et al., 2020; LEME et al., 2019) ou pessoas treinadas por equipe especializada do programa (BAILEY et al., 2019; FLYNN et al., 2016; PATHARE et al., 2020; LINDOW et al., 2019; LINDOW et al., 2020; KAHN et al., 2020 e WASSERMAN

et al., 2015). Os demais estudos não explicitaram o papel profissional de quem aplicou a intervenção.

Com relação à faixa etária, 7 dos 26 artigos não a identificaram de modo explícito, apenas indicaram o ano escolar dos adolescentes. Outros 3 artigos trouxeram apenas a idade média ou mediana. Nos 16 artigos que trouxeram tais dados, consta-se que as intervenções ocorreram com pessoas entre 10 a 19 anos. A idade média inicial citada foi 13,43 e a mediana 13,5. Já a idade média final da faixa etária compreendida nas intervenções foi 17,125 e a mediana 17.

Outro aspecto analisado nos artigos foi a referência ao embasamento teórico das intervenções. Dos 26 artigos, a grande maioria (19) não trouxe de forma explícita qual teoria de base foi utilizada. Alguns desses artigos, como Abil et al. (2016), referenciaram teorias que estavam relacionadas aos objetivos principais do programa, mas não explicitaram qual delas ou se todas elas foram utilizadas nessa construção. Outro artigo, escrito por Kahn et al. (2020), analisa o programa YAM (Youth Aware of Mental Health) a partir dos pressupostos teóricos da teoria do *coping*, criada por Zimmer-Gembeck e Skinner (2011), mas não explicita se tal teoria foi utilizada na construção do programa ou apenas na sua avaliação posterior.

Os demais 7 artigos citaram uma ou mais teorias de base. A intervenção *Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program* (STRUNK, KING, VIDOUREK & SORTER, 2014; STRUNK, SORTER, OSSEGE & KING, 2014) utilizou a teoria da aprendizagem social de Bandura (1998), a qual “postula que as crenças de autoeficácia são as principais determinantes na regulação do comportamento e são necessárias para promover a mudança.” (STRUNK, KING, VIDOUREK & SORTER, 2014, p. 606). A intervenção *Skills for Life* (FEKKES et al., 2016) também cita esta teoria e a utiliza somada à terapia racional-emotiva-comportamental, com foco em realçar as habilidades sociais, emocionais e morais dos adolescentes. Segundo Fekkes et al. (2016, p. 4), “a aplicação dos princípios do REBT em intervenções educacionais aumenta o autocontrole cognitivo, a racionalidade e leva a um aumento do comportamento adaptativo em situações problemáticas”. O programa *Sources of Strength (SOS)* foi descrito em dois artigos, sendo que em um deles (PETROVA et al, 2015) a utilização da teoria da aprendizagem social é apontada e no outro (CALEAR et al., 2016), a teoria interpessoal do comportamento suicida (tradução nossa).

Já a intervenção descrita por Leme et al. (2019), com a sigla PRODIN, cita a abordagem da terapia cognitivo-comportamental. Por fim, o programa apresentado por Manjula et al. (2018) relata ter utilizado elementos do relatório feito pelo Centre for Disease Control dos EUA, O'Carroll e Potter (1994), sobre prevenção ao suicídio na adolescência, somado a estratégias cognitivo-comportamentais, tais quais a resolução de problemas e o manejo de pensamentos negativos.

No que se refere à duração e frequência dos programas, observou-se ampla variação entre eles, desde intervenções pontuais com apenas uma sessão, com duração de 25 minutos a uma hora, duas horas e três horas, respectivamente: The Yellow Ribbon Suicide Prevention Program (FLYNN et al, 2016; SCHMIDT et al, 2015), PRODIN (LEME et al., 2019) ou SafeTALK (BAILEY et al., 2019; KINCHIN et al., 2019). Ainda, há programas mais extensos, como o Skills for Life, de Fekkes et al (2016) que ocorre no decorrer de dois anos escolares, tendo 25 encontros com os adolescentes. Além disso, há programas mais intensivos, como o The Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program (STRUNK, KING, VIDOUREK & SORTER, 2014; STRUNK, SORTER, OSSEGE & KING, 2014) que ocorre em 4 dias consecutivos e programas com encontros mais espaçados, como o Youth Aware of Mental Health (YAM) (PATHARE et al., 2020; LINDOW et al. 2019; LINDOW et al, 2020; KAHN et al, 2020; WASSERMAN et al, 2015) que ocorre entre 3 a 5 semanas, contendo 5 sessões de 1 hora cada.

Dessa forma, com exceção de cinco programas (FEKKES et al., 2016; BRAUN et al., 2020; CAÑÓN et al., 2018; JEGANNATHAN et al., 2014 e ABIL et al., 2016), a maioria apresentou características de intervenções em um curto período de tempo e com um número reduzido de encontros.

Para o alcance dos objetivos, a utilização de diferentes técnicas foi registrada. Nos 17 programas constantes dessa revisão, as mais comumente empregadas foram as discussões e rodas de conversa sobre temas de saúde mental, adolescência e/ou habilidades de enfrentamento (PATHARE et al., 2020; LINDOW, et al., 2019; LINDOW et al., 2020; KAHN et al., 2020; WASSERMAN et al., 2015; BAILEY et al., 2017; KINCHIN et al., 2019; SILVA et al., 2019a; CAÑÓN et al., 2018; JEGANNATHAN et al., 2014).

Materiais gráficos contendo informações sobre o suicídio e sobre como buscar ajuda também foram utilizados com frequência. Essas informações foram entregues em formato de livretos (PERRY et al., 2014), cartões (BAILEY et al., 2017; KINCHIN et al., 2019;

STRUNK, KING, VIDOUREK & SORTER, 2014; STRUNK, SORTER, OSSEGE & KING, 2014; FLYNN et al, 2016) e/ou pôsteres fixados na escola (PATHARE et al., 2020; LINDOW, et al., 2019; LINDOW et al., 2020; KAHN et al., 2020; WASSERMAN et al., 2015).

Outras técnicas empregadas foram as dramatizações, *role-playing* e jogos socioterapêuticos, tendo sido encontrados relatos em quatro programas (PATHARE et al., 2020; LINDOW, et al., 2019; LINDOW et al., 2020; KAHN et al. 2020; WASSERMAN et al, 2015; STRUNK, KING, VIDOUREK & SORTER, 2014; STRUNK, SORTER, OSSEGE & KING, 2014; LOUREIRO et al., 2016; SIMÕES et al., 2018).

Além das rodas de conversa, o programa I Can (ABIL et al., 2016) relata a utilização de vídeos, enredos e arteterapia. Cañón et al. (2018) utilizam elementos audiovisuais, dança, leitura, esportes e arte para além das rodas de conversa.

Alguns programas utilizaram o modelo de palestras isoladamente (MANJULA et al., 2018) ou combinado com outras técnicas: palestra que culminou em produção de pôsteres pelos adolescentes, (WULANDARI et al, 2019); apresentação com exercícios em pequenos grupos, (LEME, 2019); apresentação e entrega de materiais, (FLYNN et al., 2016; SCHMIDT et al., 2015). Petrova et al. (2015) e Calcar et al. (2016) apresentam um modelo que segue o formato clássico de palestra. Entretanto, o modelo tem como locutores alguns adolescentes da escola, pré-selecionados e treinados, denominados “líderes de pares”, os quais compartilham informações relevantes para incentivar a busca de ajuda e trazem exemplos pessoais de como enfrentaram situações desafiadoras.

Por fim, Braun et al. (2020) realizou uma atividade prática de construção de vídeos de prevenção ao suicídio para adolescentes pelos próprios adolescentes. Com isso, obteve-se um duplo efeito – tanto para os estudantes envolvidos na atividade, quanto para aqueles que irão posteriormente assistir aos vídeos.

Ao analisarmos os objetivos dos 17 programas mapeados, percebemos uma tendência em embasar as intervenções segundo três enfoques: educação e/ou sensibilização, treinamentos de habilidades de vida e/ou treinamentos de habilidade de enfrentamento (*coping*) e liderança entre pares. Os programas apresentados variaram sua metodologia de desenvolvimento entre utilizar os enfoques citados de maneira isolada ou composta.

A maioria dos programas analisados focou em educação e/ou sensibilização (12 entre os 17) desenvolvendo estratégias de educação em saúde ou psicoeducação (PATHARE et al.,

2020; LINDOW et al., 2019; LINDOW et al., 2020; KAHN et al., 2020; WASSERMAN et al., 2015; STRUNK, KING, VIDOUREK & SORTER, 2014; STRUNK, SORTER, OSSEGE & KING, 2014; FLYNN et al., 2016; SCHMIDT et al., 2015; SCHILLINGS et al., 2016; BAILEY et al., 2019; KINCHIN et al., 2019; LOUREIRO et al., 2016; SIMÕES et al., 2018; PERRY et al., 2014; BRAUN et al., 2020; CAÑÓN et al., 2018; MANJULA et al., 2018; SILVA et al., 2019a; WULANDARI et al., 2019).

Estes programas pretendem educar os alunos sobre sinais e sintomas, fatores de risco e ofertar informações sobre transtornos mentais e comportamento suicida. Objetivam, para além de apenas mostrar informações relevantes sobre suicídio, apontar maneiras de buscar ajuda e enfrentamento para tais problemas, seja por um viés individual ou social entre os adolescentes. Dessa forma, a partir da sensibilização, entendem ser possível apontar a gravidade do problema do suicídio na adolescência para que os estudantes possam ajudar a si próprios ou aos colegas em risco.

Dentre os 17 programas, 7 apresentaram objetivos gerais ou específicos que os enquadram no enfoque treinamentos de habilidades de vida e/ou treinamentos de habilidades de enfrentamento (*coping*) (WASSERMAN et al., 2015; LINDOW et al., 2019; KAHN et al., 2020; LINDOW et al., 2020; PATHARE et al., 2020; STRUNK, KING, VIDOUREK & SORTER, 2014; STRUNK, SORTER, OSSEGE & KING, 2014; FEKKES et al., 2016; LOUREIRO et al., 2016; SIMÕES et al., 2018; LEME et al., 2019; ABIL et al., 2016; JEGANNATHAN et al., 2014).

Nestes programas, buscou-se o desenvolvimento de habilidades por meio de atividades vivenciais, por exemplo, a comunicação e a resolução de problemas e o aprimoramento de aspectos como a autoestima e o autoconceito. Nesse caso, diferentemente dos dois enfoques apresentados anteriormente, não se aborda diretamente o fenômeno do suicídio, mas busca-se fortalecer fatores de proteção.

Por fim, o enfoque denominado de liderança de pares pode ser considerado um “subtipo” das outras abordagens, pois se embasa em educação, sensibilização ou habilidades de vida. A diferença primordial é sobre quem “entrega” a intervenção ao público-alvo, nesse caso, os próprios adolescentes. Os artigos constantes desta revisão que utilizam essa abordagem (WULANDARI et al., 2019, PETROVA et al., 2015; CALEAR et al., 2016) tendem a se basear em uma metodologia de apresentação de modelos positivos de

enfrentamento de dificuldades pelos adolescentes escolhidos como “líderes” para os demais adolescentes da escola, dando a liberdade para eles utilizarem exemplos pessoais.

Além destes, a metodologia apresentada por Braun et al. (2020) não se autodenominou liderança entre pares, porém, também busca incluir os adolescentes no processo de construção da intervenção ao propor que os mesmos criem vídeos informativos e de sensibilização sobre o problema do suicídio na adolescência.

Discussão

A seguir, será realizada uma discussão das informações obtidas pelos artigos. Essa discussão será realizada a partir da literatura brasileira na área de prevenção e promoção em saúde.

Primeiramente, dentre os programas de prevenção estudados, foi possível observar uma prevalência de intervenções breves. De acordo com Leandro-França, Barletta, Murta e Tavares (2015), tais intervenções geralmente variam entre uma e quatro sessões, com duração menor do que uma hora, tendo como objetivos a modificação de comportamentos, ampliação da autonomia e a responsabilização pelas decisões sobre si e sobre a sua saúde.

Em tais intervenções, é possível utilizar uma grande diversidade de técnicas. Nesta revisão de literatura, as técnicas aplicadas com os adolescentes variaram entre discussões e rodas de conversa, materiais gráficos, *role-playing*, palestras realizadas por profissionais ou por pares, atividades de arteterapia e atividades de construção de vídeos.

Silva (2019b) relata que existem historicamente dois modelos de técnicas principais ao se inserir temas sobre saúde na escola. O primeiro traz práticas de educação popular, incentivando o estudante a desenvolver sua capacidade crítica e autonomia. Em outras palavras, ao discutir sobre suas condições de vida e de saúde, busca-se reafirmar o papel do sujeito como protagonista, pautando-se nos preceitos da promoção da saúde. No segundo modelo, as práticas buscam a domesticação de condutas apenas repassando informações a partir de um conhecimento de saúde vigente e descolado da realidade dos jovens.

Para que seja possível uma educação que propicie a participação ativa dos jovens, a escolha da técnica adequada é fundamental. Silva (2019b) relata que a palestra é utilizada para sensibilizar grupos, entretanto, falha ao não ofertar um espaço de escuta, colocando estudantes em uma posição de quem apenas recebe informações.

Dentre as técnicas apresentadas pelos artigos desta revisão, é possível visualizar que algumas priorizam o engajamento participativo, como as rodas de conversa, sessões de *role-playing*, atividades de arteterapia e de construção de vídeos pelos adolescentes. Outras mantêm o adolescente no papel de receptor de informações, como palestras ou distribuição de materiais gráficos.

Por outro lado, no modelo “liderança de pares” as palestras são apresentadas pelos próprios adolescentes, desconstruindo em parte a lógica do mero repasse de informações ao colocar um estudante como apresentador. Neste modelo, alguns adolescentes pré-selecionados são protagonistas no processo, enquanto outros mantêm-se como passivos espectadores daqueles.

Com relação aos três enfoques identificados a partir da revisão aqui apresentada, a educação e sensibilização e os treinamentos de habilidades de vida e liderança de pares estão em concordância com os achados de Katz et al. (2013) em sua revisão de literatura sobre projetos de prevenção ao suicídio, na qual reconheceu 5 enfoques: “(...) sensibilização/educação, triagem, *gatekeeper*, liderança entre pares e treinamento de habilidades” (p. 1032, tradução nossa). Na presente revisão de literatura, não foram incluídos programas do estilo triagem ou *gatekeeper* por não serem considerados de intervenções universais. Os achados também corroboram com o descrito por Baggio (2019) ao afirmar que os programas de prevenção universal em escolas geralmente têm como objetivos a sensibilização sobre os fatores de risco e o suicídio (enfoque educação/sensibilização), o incentivo à busca por ajuda (presente em todos os enfoques e mais especificamente na liderança entre pares) e a aquisição de habilidades de enfrentamento (enfoque de treinamentos de habilidades de vida).

O primeiro enfoque, de educação e sensibilização, tem como um dos principais benefícios a diminuição dos estigmas e tabus relativos à relação entre saúde mental e suicídio. De acordo com o relatório da OMS sobre prevenção ao suicídio, “o estigma, particularmente em torno dos transtornos mentais e suicídio, significa que muitas pessoas são impedidas de pedirem ajuda. Sensibilizar as comunidades e quebrar tabus são estratégias importantes para países que fazem um esforço em prevenir o suicídio.” (WHO, 2014, p. 11, tradução nossa). Esse mesmo relatório aponta que um dos principais objetivos de planos de prevenção do suicídio nacional deve ser o de aumentar a sensibilização através da educação pública, com foco em abordar o fato de que os suicídios são preveníveis.

Salerno (2016) conduziu uma revisão de literatura sobre programas de sensibilização em saúde mental em escolas dos EUA e concluiu que houve resultados positivos entre os estudantes quanto ao seu conhecimento sobre saúde mental, suas atitudes e seu comportamento de pedir ajuda quando necessário.

O segundo enfoque se refere aos treinamentos de habilidades de vida. Segundo Del Prette, Ferreira, Dias e Del Prette (2015), as habilidades sociais podem atuar como fatores de proteção ao longo do desenvolvimento e são grupos de comportamentos demandados para uma melhor convivência em situações de sociabilidade e relações interpessoais e também contribuem para a qualidade de vida e autoestima. Além disso, Del Prette e Del Prette (2017) expõem uma relação entre insuficiência de habilidades sociais e transtornos psicológicos que ocorre das seguintes maneiras: o déficit de habilidades sociais apareceria como algo anterior a um transtorno psicológico (fator de risco) ou no decorrer do seu curso natural (sintomas e efeitos).

Dessa forma, o treinamento de habilidades de vida pode ser considerado uma forma de prevenção ao suicídio e de promoção à saúde, pois, segundo Abreu, Barletta e Murta (2015), a prevenção busca evitar alguns males específicos que possam ser mensurados a curto, médio e longo prazo, enquanto a promoção da saúde mental foca mais especificamente em fortalecer os fatores de proteção através da busca de desfechos positivos (por exemplo, vínculos afetivos e sociais, bem-estar e qualidade de vida).

Entretanto, apesar de os fatores de proteção e de risco para o suicídio na adolescência incluírem as habilidades sociais, eles também abarcam diversos outros fatores. O manual de prevenção ao suicídio construído pela OMS (2000) para professores e educadores apresenta uma separação destes em três domínios: de personalidade e cognitivo, familiares e fatores culturais e sociodemográficos. O primeiro domínio apresenta uma relação mais direta com habilidades sociais ao descrever comportamentos como autoconfiança e habilidade para pedir ajuda. Os demais domínios também sugerem uma relação com tais habilidades, mas apenas indiretamente. Por exemplo, no domínio familiar há a citação de um bom relacionamento familiar e no sociodemográfico, os bons relacionamentos na escola, comportamentos que podem ser influenciados pela aquisição das habilidades sociais, mas não dependem exclusivamente delas.

Sendo assim, os programas que seguem o modelo de treinamento de habilidades de vida, apresentam como recorte intervenções em fatores individuais não diretamente vinculados com outros pontos do sistema em que o estudante está inserido.

Por fim, o terceiro enfoque, denominado de “liderança de pares”, ou segundo Santos e Polejack (2015), “educação de pares”, tem como base a importância do aprendizado mútuo a partir da compreensão da influência potencialmente positiva da interação entre membros de uma mesma comunidade com idade ou situações similares. Alguns dos benefícios dessa abordagem são o foco no protagonismo social, o aspecto colaborativo e a possibilidade de complementação de baixo custo à atuação de profissionais. Entretanto, é necessário um claro delineamento do papel dos pares e apoio profissional para a atuação dos mesmos, para que não seja um substituto empobrecido da atuação profissional (Santos & Polejack, 2015).

Esse modelo, quando realizado com amplo apoio e planejamento, pode ter uma importante contribuição para a participação social e protagonismo juvenil, ideais preconizados pelo SUS. Segundo caderno do Ministério da Saúde, Brasil (2017):

“É importante dar ao jovem a oportunidade dele fazer por ele mesmo. Desenvolver o protagonismo juvenil engajando-o em projetos que ele mesmo crie, assuma e administre. Dar-lhe autonomia, apoio e aprovação. Usar seu potencial de energia em atividades comunitárias que propiciem autoconhecimento e altruísmo.” (p. 40).

Nesse caso, os adolescentes são incluídos não apenas como o público-alvo de intervenções, mas atuam na construção da intervenção, precisam opinar e estudar sobre os temas para desenvolver intervenções e contam com o apoio de adultos tutores para guiá-los nesse processo.

Algumas lacunas nos resultados da revisão de literatura também foram observadas. Temáticas relevantes para a construção de programas de prevenção ao suicídio foram pouco ou nada abordadas. Entre elas, destaca-se a vinculação com políticas públicas, o papel da escola na promoção e prevenção em saúde mental e a tendência dos estudos de focarem em determinantes do microsistema (individuais).

Primeiramente, observou-se que as possíveis relações entre os programas apresentados nos estudos analisados e as políticas públicas dos respectivos países em que foram aplicados não foram discutidas. Além disso, nenhum dos estudos discutiu qual seria o papel da escola na promoção da saúde de estudantes adolescentes. Segundo Del Prette & Del Prette (2017), a vivência na instituição escolar é de grande importância para o processo de construção das

habilidades sociais e educacionais pelos indivíduos de nossa sociedade, mas, a escola também pode ser um espaço que coloca as crianças e adolescentes em situações de estresse e conflitos. Se essa exposição se tornar frequente, poderá haver um déficit educacional ou socioemocional do estudante (BORGER & MATURANO, 2012). Consideramos ser de grande relevância estudos que incluam uma compreensão de quais impactos positivos ou negativos essa instituição poderia ter na saúde mental dos adolescentes ou de que forma a relação dos alunos com a escola impactaria na implementação de um programa de prevenção.

Por fim, observou-se que os programas tenderam a desenvolver intervenções com foco em mudanças de comportamentos individuais (habilidades sociais, comportamentos de busca de ajuda, resiliência etc.), as quais não estão voltadas aos sistemas relacionais, sociais ou institucionais. Ao se construir um programa de prevenção, diversos determinantes são possíveis de serem abordados. Essa escolha, deve ser baseada na relevância e no potencial de mudança de cada um deles, ou seja, que afetam mais o desenvolvimento do problema (a partir de estudos prévios de consistência e evidência) e quais são mais facilmente modificáveis em um determinado projeto (avaliando as barreiras de complexidade, tempo e abrangência) (Murta & Santos, 2015). Além disso, alguns autores (SINGER, 2019; KATZ, 2013; WHO, 2014) apontam para uma melhor efetividade em programas multiníveis que combinam diferentes formas de intervenção.

Considerações Finais

O presente estudo atingiu os objetivos da revisão integrativa de literatura, tendo mapeado e descrito os principais programas universais de prevenção ao suicídio na adolescência, publicados durante os anos de 2014 e 2020. Na discussão, buscou-se apontar pontos de aproximação e distanciamento entre os programas, a partir de categorias pré-definidas que auxiliaram na abordagem exploratória do material. Ressalta-se a importância de estudos que realizem uma análise comparativa entre os resultados de cada um dos programas estudados, tarefa que não estava no escopo do presente estudo.

Quanto aos resultados encontrados, os artigos da revisão de literatura estavam majoritariamente escritos na língua inglesa, provenientes de programas de países diversos na América, Europa, Ásia e Oceania. Os artigos tiveram maior incidência em revistas da área da saúde e apresentaram métodos majoritariamente quantitativos.

Dos 26 artigos selecionados, 17 programas foram mapeados, visto que alguns artigos abordavam os mesmos programas. Algumas características desses programas foram categorizadas, buscando-se as aproximações entre eles.

A maioria dos artigos não trouxe explicitamente qual teoria de base foi utilizada para a construção da intervenção. Dentre as teorias, foram citadas a teoria da aprendizagem social de Bandura, a terapia racional-emotiva-comportamental, a teoria interpessoal do comportamento suicida (tradução nossa) e a terapia cognitivo-comportamental.

Além disso, apesar de uma grande variação, a maioria dos programas desenhou intervenções curtas: duração total de poucas horas divididas em encontros espaçados em não mais que uma semana entre eles.

Três enfoques principais foram encontrados nos programas: educação e/ou sensibilização, treinamentos de habilidades de vida e liderança de pares. Levando os limites e potências de cada um em consideração, os programas descritos optaram por utilizar uma combinação entre eles.

Considerando que no Brasil o desenvolvimento de programas como os aqui descritos é incipiente, espera-se que essa revisão contribua para uma compreensão dos programas de prevenção ao suicídio na adolescência em escolas, auxiliando na construção e adaptação de novos programas e no aprofundamento de estudos em programas existentes. Além disso, espera-se que ao evidenciar esta falta, estejamos contribuindo para motivar profissionais e cientistas brasileiros a desenvolver estudos que levem em conta nosso contexto social e auxiliem tanto na adaptação cultural de programas existentes e aplicados em outros países quanto na construção de novos programas por aqui.

Por fim, entendemos que cabem novas pesquisas sobre os programas aqui apresentados, as quais comparem os resultados já existentes e avaliem quais se destacam em eficácia.

REFERÊNCIAS

- ABIL, Yerkin A.; KIM, Natalia P.; BAYMUHAMBETOVA, Botagoz Sh.; MAMIYEV, Nurlan B; LI, Yelena D; SHUMEYKO, Tatyana S.. Psychologic-Pedagogical Conditions for Prevention of Suicidal Tendencies among Teenagers. **International Journal Of Environmental And Science Education**, Netherlands, v. 11, n. 11, p. 4954-4966, jan. 2016. Disponível em: <http://www.ijese.net/>. Acesso em: 29 dez. 2020.
- ABREU, S., BARLETTA, J. B., MURTA, S. G. Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In: *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. p. 54-74
- BAGGIO, Stéphanie et al. Evaluation of a suicide prevention program in Switzerland: protocol of a cluster non-randomized controlled trial. *International journal of environmental research and public health*, v. 16, n. 11, p. 2049, 2019.
- BAILEY, Eleanor; SPITTAL, Matthew J.; PIRKIS, Jane; GOULD, Madelyn; ROBINSON, Jo. Universal Suicide Prevention in Young People: an evaluation of the safetalk program in australian high schools. **Crisis: The journal of crisis intervention and suicide prevention**, [S.L.], v. 38, n. 5, p. 300-308, set. 2017. Hogrefe Publishing Group. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000465>. Disponível em: <https://www.hogrefe.com/us/journal/crisis>. Acesso em: 29 dez. 2020.
- BANDURA, Albert. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. **Psychology & Health**, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 623-649, jul. 1998. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/08870449808407422>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870449808407422>. Acesso em: 29 dez. 2020.
- BORGES, D. S. C. MATURANO, E. M. Alfabetização em valores humanos: Um método para o ensino de habilidades sociais. São Paulo, Summus. 2012.
- BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia Usp*, v. 25, p. 231-236, 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2. ed. 2018.
- BRAUN, Marlies; TILL, Benedikt; PIRKIS, Jane; NIEDERKROTENTHALER, Thomas. Suicide Prevention Videos Developed by and for Adolescents: a qualitative study. **Crisis: The journal of crisis intervention and suicide prevention**, [S.L.], p. 1-7, 19 maio 2020. Hogrefe

Publishing Group. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000696>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000696>. Acesso em: 29 dez. 2020.

CALEAR, Alison L.; BREWER, Jacqueline L.; BATTERHAM, Philip J.; MACKINNON, Andrew; WYMAN, Peter A.; LOMURRAY, Mark; SHAND, Fiona; KAZAN, Dominique; CHRISTENSEN, Helen. The Sources of Strength Australia Project: study protocol for a cluster randomised controlled trial. **Trials**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-12, 26 jul. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-016-1475-1>

CAÑÓN, Sandra Constanza; CASTRILLÓN, José Jaime Castaño; LOZANO, Andrea Marcela Mosquera; ANGARITA, Luisa María Nieto; DAZA, María Orozco; LONDOÑO, William Felipe Giraldo. Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). **Diversitas**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 27-40, 1 ago. 2018. Universidad Santo Tomas. <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.02>.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Editora Vozes Limitada, 2017

DEL PRETTE, Z. A. P., FERREIRA, B. C., DIAS, T. P., DEL PRETTE, A. Habilidades sociais ao longo do desenvolvimento: perspectivas de intervenção em saúde mental. In: *Prevenção e Promoção em Saúde Mental – Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. MURTA, S. G., LEANDRO-FRANÇA, C., SANTOS, K. B. dos., POLEJACK, L. (org). Sinopsys Editora. 2015

FEKKES, M.; SANDE, M.C. E. van de; GRAVESTIEN, J. C.; PANNEBAKKER, F.D.; BUIJS, G. J.; DIEKSTRA, R.F.W.; KOCKEN, P. L.. Effects of the Dutch Skills for Life program on the health behavior, bullying, and suicidal ideation of secondary school students. **Health Education**, [S.L.], v. 116, n. 1, p. 2-15, 4 jan. 2016. Emerald. .

FLYNN, Alexandra; ZACKULA, Rosalee; KLAUS, Nicole M.; MCGINNESS, Liz; CARR, Susan; MACALUSO, Matthew. Student Evaluation of the Yellow Ribbon Suicide Prevention Program in Midwest Schools. **The Primary Care Companion For Cns Disorders**, [S.L.], v. 3, n. 18, p. 1-20, 30 jun. 2016. Physicians Postgraduate Press, Inc. .

JACOBS, Douglas G.; BREWER, Margaret; KLEIN-BENHEIM, Marci. *Suicide assessment: an overview and recommended protocol*. 1999.

JEGANNATHAN, Bhoomikumar; DAHLBLOM, Kjerstin; KULLGREN, Gunnar. Outcome of a school-based intervention to promote life-skills among young people in Cambodia. **Asian journal of psychiatry**, v. 9, p. 78-84, 2014.

KAHN, Jean-Pierre et al. Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. **European Child & Adolescent Psychiatry**, p. 1-11, 2020.

KATZ, Cara et al. A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and anxiety*, v. 30, n. 10, p. 1030-1045, 2013.

KINCHIN, Irina; RUSSELL, Alex M. T.; PETRIE, Dennis; MIFSUD, Adrienne; MANNING, Laurence; DORAN, Christopher M.. Program Evaluation and Decision Analytic Modelling of Universal Suicide Prevention Training (safeTALK) in Secondary Schools. **Applied Health Economics And Health Policy**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 311-324, 14 ago. 2019. Springer Science and Business Media LLC. .

KING, Keith A.; STRUNK, Catherine M.; SORTER, Michael T. Preliminary effectiveness of surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program on adolescents' suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors. **Journal of school health**, v. 81, n. 9, p. 581-590, 2011.

LEANDRO-FRANÇA, C., BARLETTA, J. B., MURTA, S. G., TAVARES, N. G. **Intervenções breves aplicadas à prevenção e promoção em saúde mental**. In: *Prevenção e Promoção em Saúde Mental – Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*, p. 341-367, 2015.

LEME, Vanessa Barbosa Romera *et al.* Habilidades Sociais e Prevenção do Suicídio: Relato de Experiência em Contextos Educativos. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 284-297, jan. 2019.

LINDOW, Janet C. *et al.* Feasibility and acceptability of the Youth Aware of Mental Health (YAM) intervention in US adolescents. **Archives of suicide research**, p. 1-16, 2019.

LINDOW, Janet C. *et al.* The Youth Aware of Mental Health Intervention: Impact on Help Seeking, Mental Health Knowledge, and Stigma in US Adolescents. **Journal of Adolescent Health**, 2020.

LOUREIRO, Candida; FACANHA, Jorge; ERSE, Maria; SIMOES, Rosa; SANTOS, Jose Carlos. The +Contigo Project in the Voice of Eight-Grade Students. **The European**

Proceedings Of Social & Behavioural Sciences, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 158-170, 31 jul. 2016.
Cognitive-crcs. .

MANJULA, M. et al. A brief school based, awareness program for depression and suicidal behaviours in Indian youth. *Mental Health & Prevention*, v. 11, p. 47-53, 2018.

MURTA, S. G., SANTOS, K. B. dos. **Desenvolvimento de programas preventivos e de promoção de saúde mental**. In: *Prevenção e Promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. p. 168-191, 2015.

O'CARROLL, Patrick W.; POTTER, Llyod B. Suicide contagion and the reporting of suicide: Recommendations from a national workshop. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, p. 9-18, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio: Manual para professores e educadores*. 2000.

PATHARE, Soumitra et al. Evaluation of the SPIRIT Integrated Suicide Prevention Programme: study protocol for a cluster-randomised controlled trial in rural Gujarat, India. *Trials*, v. 21, n. 1, p. 1-13, 2020.

PERRY, Yael et al. Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: a cluster randomised controlled trial. *Journal of adolescence*, v. 37, n. 7, p. 1143-1151, 2014.

PETROVA, Mariya et al. Positive-themed suicide prevention messages delivered by adolescent peer leaders: Proximal impact on classmates' coping attitudes and perceptions of adult support. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 45, n. 6, p. 651-663, 2015.

SALERNO, John P. Effectiveness of universal school-based mental health awareness programs among youth in the United States: a systematic review. **Journal of school health**, v. 86, n. 12, p. 922-931, 2016.

SANTOS, K. B. dos., POLEJACK, L. Quando iguais fazem a diferença: o que estamos tentando alcançar com a estratégia de educação de pares? *Prevenção e Promoção em Saúde Mental – Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. 2015.

SCHILLING, Elizabeth A.; ASELTINE, Robert H.; JAMES, Amy. The SOS suicide prevention program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prevention science*, v. 17, n. 2, p. 157-166, 2016.

SCHMIDT, Robert C. et al. Integrating a suicide prevention program into a school mental health system: A case example from a rural school district. *Children & Schools*, v. 37, n. 1, p. 18-26, 2015.

SILVA, Carlos dos Santos. **Saúde na Escola: intersectorialidade e promoção da saúde**. Editora FIOCRUZ, 2019b. 170p.

SILVA, Gabriel Veloso da et al. Promoção de saúde mental para adolescente em uma escola de ensino médio - Um relato de experiência. *Rev. NUFEN*, Belém, v. 11, n. 2, p. 133-148, ago. 2019a.

SIMOES, Rosa Maria Pereira et al. Promoção do bem-estar em adolescentes: contributos do projeto +Contigo. *Port J Public Health*, Lisboa, v. 36, n. 1, p. 1-7, 2018

SINGER, Jonathan B.; ERBACHER, Terri A.; ROSEN, Perri. School-based suicide prevention: A framework for evidence-based practice. *School mental health*, v. 11, n. 1, p. 54-71, 2019.

STRUNK, Catherine M. et al. Effectiveness of the Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program: An impact evaluation utilizing a comparison group. *Health education & behavior*, v. 41, n. 6, p. 605-613, 2014a.

STRUNK, Catherine M. et al. Emotionally troubled teens' help-seeking behaviors: An evaluation of surviving the teens® suicide prevention and depression awareness program. *The Journal of School Nursing*, v. 30, n. 5, p. 366-375, 2014b.

TAVARES, M. LORDELLO, S. R. MONTENEGRO, B. (2015). Estratégias preventivas do suicídio com adolescentes nas escolas. *Prevenção e Promoção em Saúde Mental – Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*.

TORRACO, Richard J. Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. *Human resource development review*, v. 4, n. 3, p. 356-367, 2005.

WASELFISZ, J. J. Os jovens do Brasil: mapa da violência 2014. Brasília: FLACSO. 2014

WASSERMAN, Danuta et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, v. 385, n. 9977, p. 1536-1544, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Suicide rate estimates, crude estimates by country. Global Health Observatory Data Repository. <http://apps.who.int/gho/data/node/main/MHSUICIDE>, 2018.

WULANDARI, Ni Putu Dita; KELIAT, Budi Anna; MUSTIKASARI. The Effect of Peer Leadership on Suicidal Ideation in Senior High School Teenagers. *Comprehensive child and adolescent nursing*, v. 42, n. sup1, p. 166-172, 2019.

ZIMMER-GEMBECK, Melanie J.; SKINNER, Ellen A. The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, v. 35, n. 1, p. 1-17, 2011.

4.2 ARTIGO 2 – CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DE MODELO LÓGICO DA ESTRATÉGIA “ÁRVORE DA VIDA” – AO COMPORTAMENTO SUICIDA ENTRE ADOLESCENTES EM ESCOLAS

Resumo

A estratégia *Árvore da Vida* foi criada no município de Jaraguá do Sul em Santa Catarina por profissionais de saúde e voluntários com o objetivo inicial de prevenir suicídios na adolescência. O primeiro passo para realizar uma avaliação sistemática de uma intervenção preventiva em saúde é construir e definir o seu Modelo Lógico (ML). Logo, o objetivo geral deste artigo foi construir uma proposta de ML da estratégia *Árvore da Vida*. Para tanto, utilizou-se a metodologia de construção de modelos lógicos sugerida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) seguindo três passos: coleta e análise de informações, pré-montagem do modelo lógico e a validação deste. A primeira etapa foi realizada por meio de entrevistas individuais com quatro profissionais envolvidas na estratégia, seguida de uma oficina de validação cujo objetivo era analisar coletivamente as respostas individuais. Os resultados divergentes entre as entrevistadas foram mantidos e levados para discussão e validação na etapa da oficina, obtendo-se uma pré-moldagem do ML contendo três produtos: diagrama com as referências básicas; árvore de problemas e a estruturação. O objetivo da estratégia foi definido como sendo o de auxiliar os adolescentes e a comunidade escolar a criar estratégias para lidar com situações de sofrimento e o resultado final esperado é capacitar adolescentes e a comunidade escolar para criar estratégias de enfrentamento ao sofrimento a partir de um manejo saudável dos sentimentos. Observou-se que estes elementos possuem concordância entre si. Por fim, algumas questões são discutidas, como a concepção de adolescência que embasa as ações, a técnica utilizada para o desenvolvimento da estratégia e sua vinculação frágil com as políticas públicas.

Palavras-chave: Adolescência. Prevenção. Escola. Modelo Lógico.

Abstract

The *Árvore da Vida* program was created in the city of Jaraguá do Sul, Santa Catarina, by health professionals and volunteers with the initial objective of preventing suicide in adolescence. The first step to carry out a systematic evaluation of a health program is to build and define its Logic Model (LM). Therefore, the general objective of this article was to build

a proposal for a Logic Model for the *Árvore da Vida* program. Therefore, the methodology for building logic models suggested by the Institute of Applied Economic Research (IPEA) was used, following three steps: collection and analysis of information, pre-assembly of the logical model and its validation. The first step was carried out through individual interviews with four professionals involved in the process, followed by a LM validation workshop. From the responses analyzed in the interviews, the pre-assembly of the LM was prepared. The divergent results among the interviewees were kept and taken for discussion and validation in the workshop stage in which the final result was obtained with three products: diagram with the basic references of the program; problem tree and program structure. The results obtained from the problem tree showed that although the program was created with the aim of preventing suicide, the defined problem refers to psychological distress in adolescence, considered as one of the factors that could lead to suicide. The program's objective was defined as follows: helping adolescents and the school community to create strategies to deal with situations of suffering and the expected final result is: adolescents and the school community capable of creating strategies to deal with suffering and a healthy handling of feelings. It was observed that these program's elements are in agreement with each other. Finally, some issues are discussed, such as the concept of adolescence that underlies the actions, the technique used to develop the program and its fragile link with public policies.

Key-words: Adolescence. Prevention. School. Logic Model.

Introdução

O suicídio é um fenômeno presente em diversas culturas e foi alvo de tentativas de explicação e compreensão por múltiplas teorias na história da humanidade. Algumas das áreas que se debruçaram sobre o tema são a filosofia, a sociologia, a psicologia, a biologia, entre outras. De acordo com Shneidman (1994), o suicídio é um comportamento consciente em que há intenção de tirar a própria vida ocasionado por um sentimento de mal-estar multidimensional em que o indivíduo acredita que morrer será a melhor solução para aquele momento. Atualmente, outro termo amplamente utilizado é o comportamento suicida que, segundo a OMS (WHO, 2014), engloba, além do suicídio propriamente dito, a ideação, o planejamento e a tentativa.

A preocupação quanto ao suicídio pela população jovem é crescente. Em 2016, o suicídio foi apontado como sendo a terceira causa de morte mundial entre jovens de 15 e 19

anos depois de acidente de trânsito e violência interpessoal (WHO, 2019). O Brasil está em oitavo lugar em números absolutos de suicídio. Quando analisamos os dados do nosso país na perspectiva dos termos de coeficiente de mortalidade (número de mortes por suicídio a cada 100 mil habitantes ao longo de 1 ano) e comparamos com outros países, o índice poderia ser considerado baixo (BOTEGA, 2014; WHO, 2014).

Entretanto, segundo Waiselfisz (2014), o aumento progressivo das mortes por suicídio em nosso país é evidente, principalmente na população jovem. Na década de 80, para a faixa etária de 15 a 19 anos, este índice cresceu 2,7%, seguido de 18,8% na década de 90 e de 33,3% entre 2000 a 2012 (WAISELFISZ, 2014). Dentre as faixas etárias, a que teve maior crescimento no coeficiente de mortalidade entre 2000 e 2012 foi a de 10-14 anos com um aumento de 40%, seguida da faixa etária entre 15 a 19 anos.

Mesmo havendo a compreensão de que é possível prevenir muitas mortes decorrentes do suicídio, políticas públicas de prevenção tem aparecido com uma prioridade baixa para os governantes (WHO, 2014). No Brasil, Machado, Leite e Bando (2014) denunciam a negligência histórica da prevenção ao suicídio, a qual perdura até hoje. Os autores apontam para algumas conquistas em termos de mobilização nacional, como as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Portaria no. 1.876 de 2006). Todavia, poucos municípios criaram diretrizes de ações locais a partir desta iniciativa. Como forma de mitigar esse problema, há a necessidade de construir programas de prevenção. Para isso, a OMS (WHO, 2014) indica três modelos: o universal, o seletivo e o indicado, divididos de acordo com a classificação de risco do público-alvo.

Existe uma intervenção iniciada em 2017 que atua com a prevenção do suicídio em escolas denominado *Árvore da Vida* em Jaraguá do Sul, Santa Catarina. Segundo o Censo de 2010 (IBGE, 2012), o município de Jaraguá do Sul possuía uma população de 143.123 pessoas. A religião mais praticada pela população é a católica apostólica romana. De acordo com dados de 2018, conta com o 22º PIB per capita mais elevado do Estado, com um salário médio mensal dos trabalhadores formais de 3,1 salários-mínimos (IBGE, 2018).

De acordo com dados colhidos pelo presente estudo junto à Secretaria Municipal da Saúde através do Sistema de Informações de Mortalidade, houve 87 suicídios no município entre 2010 e 2017. Deste total, 79,23% vitimou homens e 20,69% vitimou mulheres. Com relação à faixa etária, as mais atingidas foram entre 20 a 29 anos e 40 a 49 anos, com 17

óbitos cada. A faixa etária de 10 a 14 anos contabilizou 1 suicídio. Já a de 15 a 19 anos, 7 suicídios.

Preocupados com esses dados e conhecendo a realidade de atendimentos em saúde mental do município, um grupo de trabalhadores da saúde convidou voluntários de diversos setores para juntamente criarem esta estratégia com o objetivo de prevenir o suicídio na adolescência. Nele, alguns profissionais dos serviços de saúde mental do município e voluntários capacitam os profissionais da escola sobre o tema e conduzem uma atividade com os adolescentes em salas de aula anualmente com duração de aproximadamente 2 horas. Nela, também promovem a divulgação dos serviços de saúde mental do município e incentivam a criação de uma rede de apoio entre os pares. Devido às características da intervenção, ela pode ser classificada como universal. Segundo a OMS (WHO, 2014), uma prevenção universal é direcionada à população em geral sem uma análise de risco prévia.

Esta intervenção não pode ser caracterizada como um programa, por ainda não ser manualizada e descrever sistematicamente suas etapas de efetivação. Portanto, será descrita no presente estudo como uma estratégia de intervenção.

Para descrever intervenções de prevenção e promoção e organizá-los de forma a mostrar seu funcionamento e a teoria subjacente, uma das metodologias utilizadas e referenciadas é o Modelo Lógico (ML). Seguindo esta metodologia, busca-se mostrar a articulação entre ações, resultados, recursos, objetivos, entre outros componentes. Dessa forma, é possível visualizar, de acordo com Cassiolato & Guerresi (2010), uma “explícita descrição das ideias, hipóteses e expectativas que constituem a estrutura do programa e o seu funcionamento esperado” (p. 4).

Portanto, o ML é um desenho de como funciona ou funcionará uma intervenção que se proponha a resolver um problema observado em um determinado contexto. De acordo com Cassiolato & Guerresi (2010), “os elementos do modelo lógico são: recursos, ações, produtos, resultados intermediários e finais, assim como as hipóteses que suportam essas relações e as influências das variáveis relevantes de contexto” (p. 5). O objetivo da construção de um ML é explicitar de que forma as ações e recursos podem ou não levar aos resultados, além de uma análise do impacto social do mesmo. Este desenho é importante como uma base para realizar a gestão e a avaliação da estratégia posteriormente (CASSIOLATO; GUERESI, 2010). Desse modo, este estudo objetiva construir o modelo lógico da estratégia Árvore da Vida.

Método

A pesquisa foi aprovada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), sob o número de protocolo CAAE 37040720.5.0000.0121, como um estudo de natureza qualitativa.

A metodologia seguida foi a descrita pela nota técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (CASSIOLATO; GUERESI, 2010) organizada em três etapas: coleta e análise de informações, pré-montagem do modelo lógico e a validação deste. A primeira etapa foi realizada através de entrevistas individuais com as quatro participantes com duração de aproximadamente 1 hora e meia. A segunda consistiu na análise dos dados pela pesquisadora. A terceira etapa foi caracterizada como uma oficina de validação do modelo lógico com duração de aproximadamente 2 horas, contando com a participação das quatro entrevistadas.

A primeira etapa (entrevistas individuais) foi conduzida entre novembro e dezembro de 2020 e a terceira etapa (oficina para validação do modelo lógico) ocorreu em agosto de 2021. As profissionais entrevistadas foram convidadas a participar considerando seus conhecimentos e envolvimento na estratégia, pois todas atuaram na sua construção e/ou aplicação no município. O roteiro de entrevista utilizado consta no apêndice B e se caracteriza como uma adaptação do roteiro sugerido por Cassiolato & Guerresi (2010).

Três componentes são essenciais dentro do formato criado pelo IPEA para o ML: “1) explicação do problema e referências básicas do programa (objetivos, público-alvo e beneficiários), 2) Estruturação do programa para alcance de resultados (resultado final e impactos) e 3) Identificação de fatores relevantes de contexto” (CASSIOLATO; GUERESI, 2010, p. 07). Eles serão descritos nas seções a seguir.

Resultados

A apresentação dos resultados será subdividida em quatro seções: 1) caracterização das entrevistadas, mantendo o sigilo e anonimato; 2) concepções sobre adolescência; 3) informações sobre o histórico e contextualização da estratégia *Árvore da Vida* e 4) modelo lógico contendo a estruturação, as referências básicas e a árvore de problemas.

1 - CARACTERIZAÇÃO DAS ENTREVISTADAS

Nas primeiras perguntas do roteiro de entrevista, buscou-se informações sobre as entrevistadas e sua trajetória profissional. Na ocasião, solicitou-se que escolhessem o nome de

uma árvore para ser utilizada como codinome a fim de manter o sigilo da participação no estudo. Os nomes escolhidos foram Primavera, Ipê Amarelo, Cerejeira e Flamboyant.

Dentre as quatro entrevistadas, havia uma psicóloga da rede privada (voluntária na atividade) e uma psicóloga da rede pública, ambas com mais de 10 anos de atuação em atendimentos a crianças e adolescentes e especialização em psicopatologia da infância e adolescência. Uma enfermeira e uma assistente social também participaram da pesquisa, ambas com especialização em saúde mental e atuantes na rede pública de saúde há mais de 20 anos.

2 - CONCEPÇÕES SOBRE ADOLESCÊNCIA

Como pergunta de aquecimento, objetivou-se conhecer suas concepções sobre a adolescência. As respostas foram categorizadas em grupos a partir da sua maior recorrência, resultando em quatro ideias principais.

A primeira delas refere-se à concepção da adolescência como uma etapa de transição da infância para a vida adulta, caracterizada pelo luto da infância e pela descoberta de outras formas de ser.

Um segundo ponto abordado foi a necessidade de escuta e de apoio, principalmente por parte dos pais, para que se possa lidar com os sofrimentos e as dualidades deste momento e, assim, passar por essa fase de transição. De acordo com a entrevistada Ipê Amarelo:

“A adolescência pode te preparar bastante para a vida adulta, como pode também trazer problemas para a vida adulta, vai depender de como é que vai ser... apoio da família, ter objetivos, acesso à educação, acesso a se preparar realmente para a vida adulta, as amizades (...).”

Além disso, expressou-se uma concepção de adolescência como uma fase caracterizada pela vivência de conflitos, contradições e sofrimento, conforme diz a entrevistada Primavera:

“Momento difícil, muito difícil... e eu acho que é uma fase muito difícil de muito sofrimento para o jovem.”

Além das concepções anunciadas acima, foi possível depreender que, para as entrevistadas, a adolescência constitui uma fase positiva e socialmente necessária:

“Adolescência é o melhor momento da vida de um sujeito” (Cerejeira)

“Fase de descoberta, super bonita!” (Flamboyant)

“Mas eu acho que se a adolescência não questionar algumas coisas o mundo não muda” (Ipê Amarelo)

3 – HISTÓRICO E DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA ÁRVORE DA VIDA

A estratégia em estudo teve início em 2017 após mobilização de trabalhadores da saúde mental e da comunidade da sociedade por conta das notícias sobre o jogo “Baleia Azul”. Ele ficou mundialmente conhecido e consistia em um jogo on-line difundido entre os adolescentes que continha desafios de automutilação e suicídio. De acordo com as entrevistadas:

“Acho que o desencadeante mesmo, por mais que a saúde mental sempre trabalha com a questão do risco, do sofrimento mental, o que desencadeou mesmo foi toda a comoção com a tal da baleia azul, que daí mobilizou o Brasil mesmo, Estado, teve até nota técnica da secretaria estadual de saúde, chamando a atenção né, de vários setores, que fez naquele momento até o CAPS infanto-juvenil tá mais preparado porque a demanda poderia aumentar” (Flamboyant)

“Nós também vínhamos trabalhando assim e quando nos deparamos ali com a baleia azul, isso já era um problema que estava nos incomodando, né, essa frequência cada vez maior de aparecimento de adolescentes com tentativa ou ideação. Que nos levou a pensar em algo realmente mais focado nisso” (Ipê Amarelo)

A partir deste desencadeante, a equipe de gestão da saúde mental municipal convidou diversos atores da sociedade para uma reunião, a qual gerou a criação de um comitê municipal de prevenção ao suicídio.

“Aí fizemos reuniões, mais de uma, com várias entidades aí do município que a gente entendia que tinha a ver com esse tema, como conselho tutelar, as faculdades aonde tinha curso de psicologia, conselho da juventude, OAB, escolas, educação (secretaria municipal), quanto o Estado, escolas particulares, que é onde normalmente se percebe por que a criança fica muito tempo ali. A prefeitura dentro de suas diversas secretarias, educação, assistência social, através dos CRAS e CREAS e a saúde, teve também o conselho municipal de saúde, enfim, todos nós fomos discutindo isso e todos nós tínhamos essa percepção e esse desejo de que algo precisava ser feito, que a gente estava tapando isso há muito tempo, resolvendo coisas muito pontuais, mas que a gente precisava ter algo pra conversar com a sociedade.” (Ipê Amarelo)

Após essas primeiras reuniões, um esboço da estratégia foi desenhado e um grupo de trabalho que atuaria no seu desenvolvimento foi definido. Esse grupo cresceu e se tornou o grupo que atualmente media as intervenções nas escolas. Ele é composto por trabalhadores da saúde municipal e voluntários (o número não é fixo, mas varia entre 10 a 20 pessoas). Todos os participantes possuem nível superior e são de diferentes áreas, como psicologia,

enfermagem, medicina, assistência social, farmácia, direito, entre outras. A seleção dos participantes é realizada a partir de convite pelos membros mais antigos.

De forma geral, a estratégia engloba ações dos profissionais de saúde com a rede de proteção aos adolescentes, com os gestores escolares e com os adolescentes do 9º ano do ensino fundamental de todas as escolas do município.

As atividades consistem em rodas de conversa que abordam temas como comportamento suicida, família, adolescência, bullying, relacionamentos íntimos, entre outros, a depender da demanda do grupo (para mais informações sobre como a atividade é desenvolvida, consultar anexo A).

4 – O MODELO LÓGICO

Três desenhos são apresentados nesse estudo, a árvore de problemas (figuras 1 e 4) e as referências básicas (figura 2 e 5) são etapas anteriores necessárias para a construção do modelo lógico, descrito na figura 3 (estruturação) A primeira versão dos desenhos foi estruturada a partir das entrevistas individuais e validada na oficina com as participantes da pesquisa. A versão final foi construída após a adequação aos termos relativos à literatura de prevenção ao suicídio e promoção de saúde mental na adolescência. Vale ressaltar que informações novas não foram incluídas na segunda versão, apenas reescritas segundo esta padronização.

Inicialmente, as entrevistadas foram questionadas sobre o problema que a estratégia pretende resolver. As respostas se concentraram em três pontos principais: a falta de escuta qualificada e de comunicação com os adolescentes, o sofrimento e as frustrações vivenciados pelos adolescentes e o comportamento suicida.

Essas três diferentes opções foram apresentadas às entrevistadas no momento da oficina para que debatessem e pudessem concordar com a eleição de um único problema. A falta de escuta qualificada e a busca de comunicação foi indicada pelas participantes como o método que embasa as ações da equipe nas quais há contato direto com os adolescentes. Segundo elas, a falta de espaços de escuta qualificada contribui para a dificuldade em lidar com as frustrações e sofrimentos inerentes à vida e, portanto, podem levar ao suicídio. Dessa forma, o suicídio não poderia ser encarado como um problema a ser solucionado.

Em relação ao segundo ponto, o sofrimento e as frustrações vivenciadas pelos adolescentes, as entrevistadas buscaram definir se eles poderiam ser entendidos como um

problema que precisa ser solucionado ou como algo inerente à vida. Concluíram que o sofrimento sempre existirá na experiência humana, mas cabe ao adolescente, a sua família e à comunidade escolar saber como lidar com essas frustrações para que isso não gere consequências mais graves como comportamentos autodestrutivos. Portanto, após essa discussão, o problema foi definido como “sofrimento e frustrações vivenciadas pelos adolescentes”, entendendo se tratar de um problema que não será resolvido (no sentido de ser aniquilado da experiência humana), mas manejado da melhor forma para que não gere consequências mais graves.

Deste modo, concluíram que, apesar de a estratégia ter nascido como uma proposta de combate aos suicídios na adolescência na cidade, não é este o problema que se busca resolver, embora tenha uma relação direta com o problema em si e possa ser uma consequência deste. Na sequência, as entrevistadas foram questionadas sobre as causas e as consequências do problema eleito. Suas respostas foram compiladas e posteriormente apresentadas para validação, gerando o conteúdo apresentado na figura 1.



Figura 1: Árvore de Problemas

Após a discussão sobre a árvore de problemas durante a oficina, a pauta girou em torno das referências básicas, ou seja, público-alvo, beneficiários e objetivos. A figura 2 contém essas informações e também inclui os fatores de contexto favoráveis e desfavoráveis aos objetivos da estratégia.

O público-alvo foi definido com unanimidade durante as entrevistas individuais como sendo estudantes de 9º ano de escolas públicas e privadas do município. Com relação aos beneficiários, durante as entrevistas individuais, as participantes responderam que não há priorização de algum grupo, sendo objetivo da estratégia atingir 100% dos estudantes. Entretanto, no momento da oficina houve uma nova discussão sobre esse tema devido à importância de haverem critérios claros de priorização se for necessário. Para isso, dois critérios foram escolhidos: priorizar escolas públicas e escolas que comuniquem uma demanda de intervenção em saúde mental.

Com relação aos objetivos, todos que haviam sido citados nas entrevistas foram trazidos para as participantes debaterem, podendo incluir, excluir ou editar. De 9 objetivos inicialmente propostos, 5 foram mantidos (1 principal e 4 complementares) após uma junção de objetivos que traziam ideias complementares, conforme o exposto na figura 2. Acerca dos fatores de contexto considerados favoráveis ou desfavoráveis à plena efetivação da estratégia no município, todos os fatores originalmente listados foram mantidos e também estão expostos na figura 2.

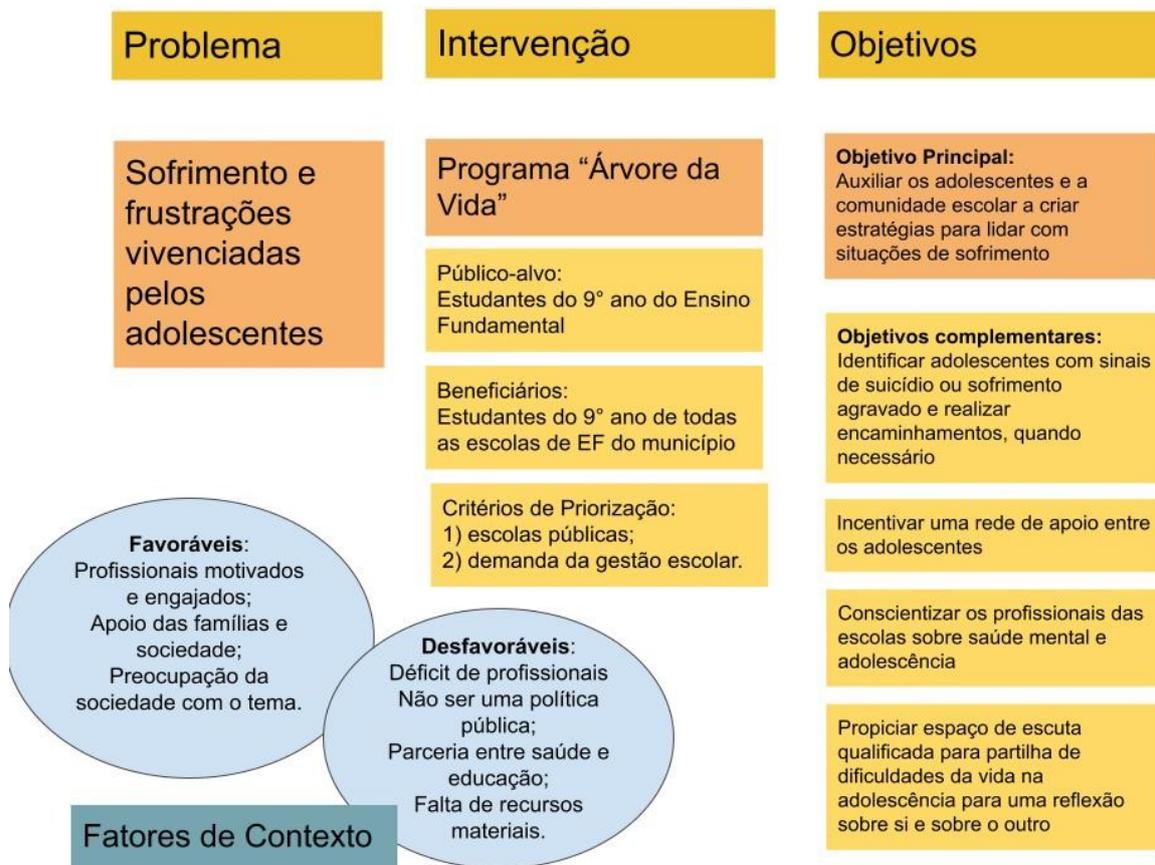


Figura 2 - Referências básicas

Por fim, os recursos, atividades, produtos e resultados da estratégia foram categorizados a partir das entrevistas. Além disso, na análise após as entrevistas, um trabalho de conectar esses elementos entre si, buscando explicitar a lógica e a teoria que embasa a intervenção, foi realizado. Tal relação está exposta na figura 3, na qual é possível visualizar o desenho da estruturação (modelo lógico). Os recursos foram agrupados em uma caixa única, pois eles perpassam todas as etapas. As atividades foram divididas entre gestão e saúde. As primeiras são aquelas realizadas para organização das intervenções e as demais envolvem a comunidade diretamente. Ambas se conectam entre si ou conectam-se aos produtos e estes aos resultados intermediários e finais.

Durante a entrevista, questionou-se sobre qual seria, na perspectiva das profissionais, o resultado principal da estratégia, obtendo-se as seguintes respostas:

“Difícil, mas acho que o falar (importância de falar sobre si e seus sentimentos) ainda porque acho que se ele se propõe a falar, ele vai buscar um lugar aonde ele possa conversar.” (Ipê Amarelo)

“Eu acho que é a escuta porque, na verdade, claro que o objetivo principal do grupo é que a gente pudesse verificar dentro desses adolescentes quem tá com ideia de suicídio para que a gente pudesse dar possibilidades de encaminhamento a um serviço especializado, o CAPS. Acho que esse é o primeiro objetivo, mas o objetivo secundário é dar escuta de forma geral” (Cerejeira)

“Que esses jovens possam falar mais... e possam escutar mais... escutar e ser escutado seria ótimo, mas a gente tem que lidar com isso que ainda tem gente querendo morrer né.” (Flamboyant)

“De cara, reduzir a taxa de tentativas de suicídio e suicídio. Acho que o primeiro... reduzir sofrimento dos jovens e despertar também, nos profissionais da área de educação e da saúde o quanto é importante o papel deles de acolher o sofrimento desses jovens” (Primavera)

Durante a oficina, todos os resultados elencados anteriormente nas entrevistas individuais foram distribuídos em pequenos cartões para que elas pudessem discuti-los e definir qual seria o resultado final que a estratégia pretende atingir.

Apesar de ter sido criado com o propósito de prevenir o suicídio, a discussão entre elas foi sobre o real impacto da estratégia por acreditarem se tratar de um algo mais amplo que traz reflexões sobre a saúde mental e a adolescência para a comunidade escolar. Pelas respostas acima, pode-se observar que a escuta e a fala são tidas como ferramentas para acolher o sofrimento e para incentivar os jovens a buscarem ajuda quando necessário. Dessa forma, definiu-se que a escuta qualificada e a orientação da comunidade escolar constituem ferramentas necessárias para atingir tanto os resultados intermediários quanto o resultado final da estratégia. Na figura 3 demonstra-se o resultado desta etapa da pesquisa que objetivou mostrar a estruturação da estratégia e as inter-relações entre os elementos.

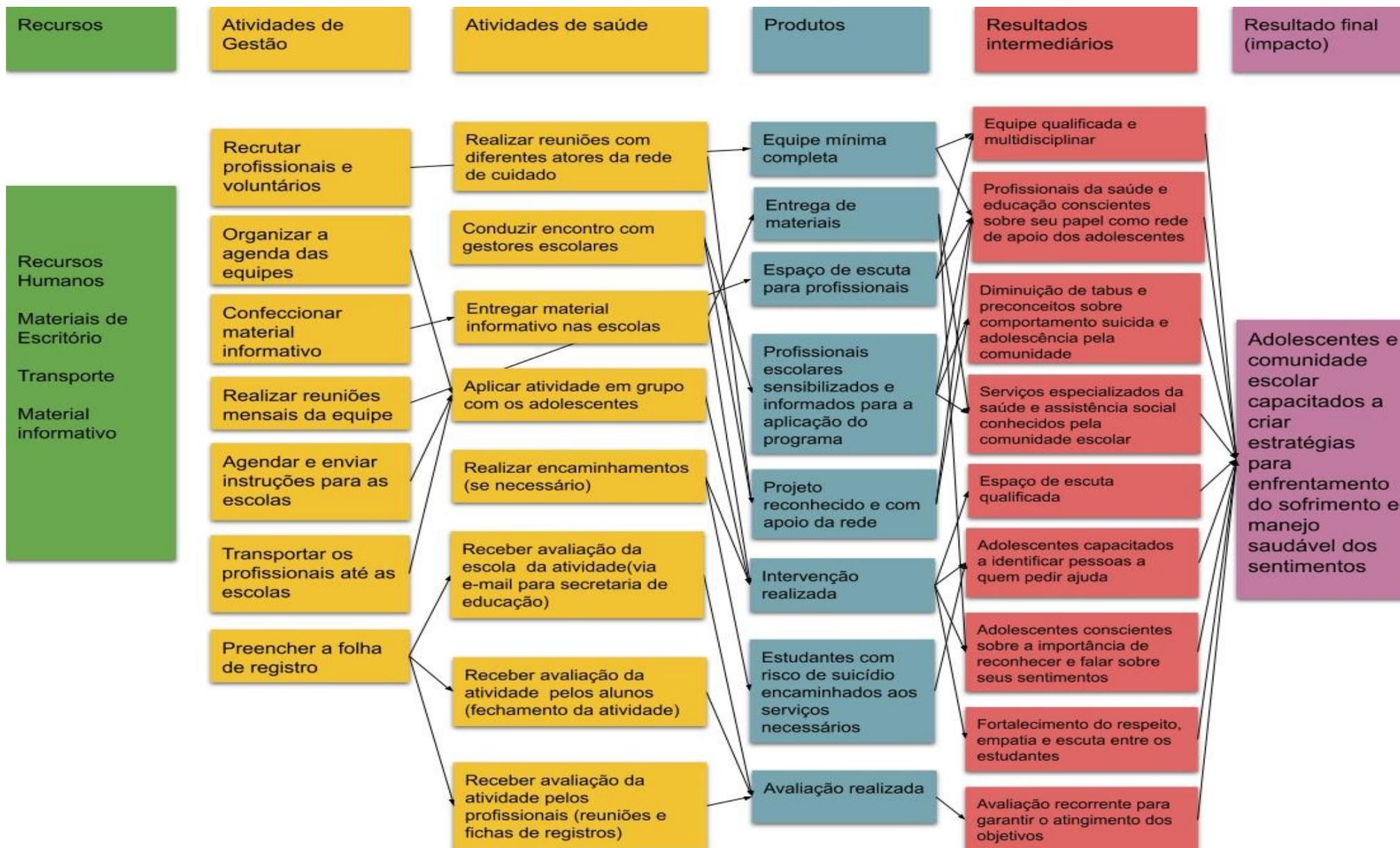


Figura 3 – Modelo lógico

Na figura 3, encontra-se o modelo lógico da estratégia *Árvore da Vida*, contendo os recursos, atividades (de gestão e de saúde), produtos, resultados intermediários e resultado final. O modelo lógico visa explicitar a teoria da estratégia, ou seja, de que forma os componentes se relacionam entre si para o atingimento dos resultados. Esta relação está explicitada a partir das flechas que os unem, demonstrando uma causalidade entre os componentes conectados. Por exemplo, a atividade de gestão “recrutar profissionais e voluntários” está conectada ao produto “equipe mínima completa” que, por sua vez, conecta-se ao resultado intermediário “equipe qualificada e multidisciplinar”, o qual contribuirá para o atingimento do resultado final.

DISCUSSÃO

A discussão será dividida em três partes. Primeiramente, as modificações realizadas nos desenhos da árvore de problemas e das referências básicas são evidenciadas e explicadas juntamente com as versões finais.

1 - VERSÃO FINAL DAS REFERÊNCIAS BÁSICAS E ÁRVORE DE PROBLEMAS

Após a realização da oficina, buscou-se adaptar os termos utilizados pelas participantes a conceitos mais amplamente utilizados na bibliografia sobre prevenção ao suicídio e promoção da saúde. As figuras 1 e 2 (árvore de problemas e referências básicas) foram adaptadas. A estruturação (figura 3) não sofreu alterações após a oficina e seus componentes e suas inter-relações foram mantidas.

Primeiramente, buscou-se adequar os conceitos presentes na árvore de problemas correspondentes às causas e consequências levantadas pelas participantes para o problema que a estratégia visa resolver. Para isso, duas referências principais foram utilizadas: a) o manual para escolas sobre suicídio na adolescência organizado pela OMS (2000) cujos fatores de risco e proteção estão dispostos no quadro 1 e b) o caderno de atenção básica criado pelo Ministério da Saúde que traz fatores de risco e proteção para saúde mental de crianças e adolescentes (BRASIL, 2013), conforme quadro 2.

Domínio	Fatores de Proteção	Fatores de Risco
Padrões familiares e eventos de vida durante a infância	Bom relacionamento com familiares; apoio familiar.	Psicopatologia dos pais (presença de transtornos psiquiátricos, abuso de álcool e outras substâncias ou comportamento antissocial); história familiar de suicídio ou tentativas; abuso e violência (inclui abuso físico e sexual na infância); cuidado insuficiente

		<p>provido pelos pais/guardiões com pouca comunicação; brigas frequentes entre os responsáveis; divórcio, separação ou morte dos responsáveis; autoridade excessiva ou inadequada dos responsáveis; falta de tempo dos responsáveis para observar e lidar com estresse emocional dos filhos; negligência; rigidez familiar; família adotiva.</p>
<p>Personalidade e estilo cognitivo</p>	<p>Boas habilidades/relações sociais; confiança em si mesmo, em suas conquistas e sua situação atual; capacidade de procurar ajuda quando surgem dificuldades, ex. em trabalhos escolares; capacidade de procurar conselhos quando decisões importantes devem ser tomadas; estar aberto para os conselhos e as soluções de outras pessoas mais experientes; estar aberto ao conhecimento.</p>	<p>Fatores pessoais apresentados são geralmente concomitantes a transtornos mentais e, portanto, sua utilidade em prever suicídio é limitada:</p> <p>Humor instável; raiva e comportamento agressivo; comportamento antissocial; comportamento manipulativo; alta impulsividade; irritabilidade; pensamento e padrões rígidos de enfrentamento de problemas; pouca habilidade para resolver problemas; dificuldade em aceitar a realidade; tendência a viver num mundo ilusório; fantasias de grandeza alternando com sentimentos de menos-valia; baixa tolerância a frustrações; ansiedade, particularmente com sinais de sofrimento físico ou frustração leve; perfeccionismo; sentimentos de inferioridade e incerteza que podem estar mascarados por manifestações exageradas de superioridade, comportamento provocativo ou de rejeição a colegas e adultos, incluindo pais; incertezas em relação à identidade ou orientação sexual; relacionamentos ambivalentes com pais, outros adultos e amigos.</p>
<p>Fatores culturais e sócio demográficos</p>	<p>Integração social; bom relacionamento com colegas de escola, professores e outros adultos; aceita ajuda de pessoas relevantes.</p>	<p>Baixo nível socioeconômico e/ou educacional; desemprego na família; populações indígenas e imigrantes; atributos de gênero, identidade e orientação sexual que não são aceitos em determinadas sociedades.</p>
<p>Transtornos Psiquiátricos</p>	<p>Não há registros.</p>	<p>Depressão (mais comumente quando há a combinação entre sintomas depressivos combinados com comportamento antissocial); Transtornos de ansiedade; abuso de álcool e drogas; transtornos alimentares; transtornos psicóticos.</p>

Eventos de vida estressores	Não há registros.	Tentativas de suicídio prévias; problemas familiares; separação de amigos, namorado(a), colegas de classe etc.; morte de pessoa amada e/ou significativa; término de relacionamento amoroso; conflitos ou perdas interpessoais; problemas legais ou disciplinares; opressão pelo seu grupo de identificação ou comportamento autodestrutivo para aceitação no grupo; opressão e vitimização; decepção com resultados escolares e falência nos estudos; demandas altas na escola durante época de provas; desemprego e dificuldades financeiras; gravidez indesejada, aborto; infecção por HIV ou outra doença sexualmente transmissível; doença física grave; desastres naturais.
-----------------------------	-------------------	---

Quadro 1 - Fatores de risco e proteção ao suicídio em adolescentes

Fonte: adaptado da OMS (2000)

	Domínio	Fatores de risco	Fatores protetores
Social	a) Família	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado parental inconsistente; - Discórdia familiar excessiva; - Morte ou ausência abrupta de membro da família; - Pais ou cuidadores com transtorno mental; - Violência doméstica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculos familiares fortes; - Oportunidades para envolvimento positivo na família.
	b) Escola	<ul style="list-style-type: none"> - Atraso escolar; - Falência das escolas em prover um ambiente interessante e apropriado para manter a assiduidade e o aprendizado; - Provisão inadequada-inapropriada do que cabe ao mandato escolar; - Violência no ambiente escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidades de envolvimento na vida da escola; - Reforço positivo para conquistas acadêmicas Identificação com a cultura da escola
	c) Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Redes de sociabilidade frágeis; - Discriminação e marginalização; - Exposição à violência; - Falta de senso de pertencimento; - Condições socioeconômicas desfavoráveis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ligação forte com a comunidade; - Oportunidade para uso construtivo do lazer; - Experiências culturais positivas; - Gratificação por envolvimento na comunidade.
	Domínio Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Temperamento difícil; - Dificuldades significativas de aprendizagem; - Abuso sexual, físico e emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidade de aprender com a experiência; - Boa autoestima; - Habilidades sociais; - Capacidade para resolver problemas.
	Domínio Biológico	<ul style="list-style-type: none"> - Anormalidades cromossômicas; - Exposição a substâncias tóxicas na gestação; - Trauma craniano; - Hipóxia ou outras complicações ao nascimento; - Doenças crônicas, em especial neurológicas e metabólicas; - Efeitos colaterais de medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento físico apropriado à idade; - Boa saúde física; - Bom funcionamento intelectual.

Quadro 2 – Fatores de risco e proteção para saúde mental de crianças e adolescentes

Fonte: BRASIL (2013)

Seguindo os termos utilizados nessas referências, a adequação foi realizada conforme o Quadro 3:

Domínio	Como era	Como ficou
Social	Sentimento de solidão	Redes de sociabilidade frágeis e falta de senso de pertencimento
	Individualismo	Falta de senso de pertencimento
	Consumismo	Falta de senso de pertencimento
	Preconceitos	Discriminação e marginalização
	Falta de diálogo com pessoas próximas	Redes de sociabilidade frágeis
	Busca por modelo de beleza padrão	Falta de senso de pertencimento
Familiar	Rotina extenuante dos pais	Cuidado parental inconsistente e falta de tempo dos responsáveis para observar e lidar com estresse emocional dos filhos
	Falta de diálogo com responsáveis	Autoridade excessiva ou inadequada de responsáveis e pouca comunicação familiar
Pessoal	Expectativa irreal da adolescência	Dificuldade em aceitar a realidade e baixa tolerância a frustrações
	Descrença no mundo	Dificuldade em aceitar a realidade e baixa tolerância a frustrações

Quadro 3 - Modificações dos termos da árvore de problemas de acordo com fatores de proteção e risco

Com relação às consequências expostas na árvore de problemas, poucas adequações foram realizadas. Apenas os conceitos “sentimento de solidão”, “sentimento de desamparo” e “descrença no mundo” foram agrupados e substituídos por “sentimentos negativos”.

De acordo com Cassiolato & Guerresi (2010), “o resultado final, associado à consecução dos resultados intermediários, deve remeter-se à mudança do problema para o alcance do objetivo do programa.” (p. 21). Sendo assim, também buscou-se analisar se havia uma nítida relação entre o problema, o objetivo principal e o resultado final, estabelecendo entre estes e os resultados intermediários concordância entre si.

Nesse caso, o resultado foi definido como “adolescentes e comunidade escolar capacitados a criar estratégias para enfrentamento do sofrimento e manejo saudável dos sentimentos”. O problema propriamente dito foi definido como sendo o “sofrimento e as

frustrações vivenciadas pelos adolescentes”, o qual alinhou-se ao alcance do objetivo definido como “auxiliar os adolescentes e a comunidade escolar a criar estratégias para lidar com situações de sofrimento”. Os três componentes apresentam, portanto, concordância entre si.

Apenas para uma adequação conceitual do problema escolhido pelas participantes, sem modificação do sentido, realizou-se uma busca no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e optou-se por utilizar o termo “sofrimento psicológico”, um termo alternativo para “angústia psicológica” (em inglês: psychological distress e em espanhol: distrés psicológico).

Como evidenciado na figura 4, o problema está ligado a causas sociais (em alaranjado), pessoais (em verde) e familiares (em azul), não sendo possível individualizar este sofrimento e suas consequências, mas compreendê-lo e lidar com o mesmo a partir da rede de apoio. Como visto, a estratégia prevê a participação de diversos âmbitos, como a comunidade municipal de forma mais ampla, contando com atores sociais relevantes, a comunidade escolar (gestores escolares e professores), os próprios adolescentes e os profissionais participantes.

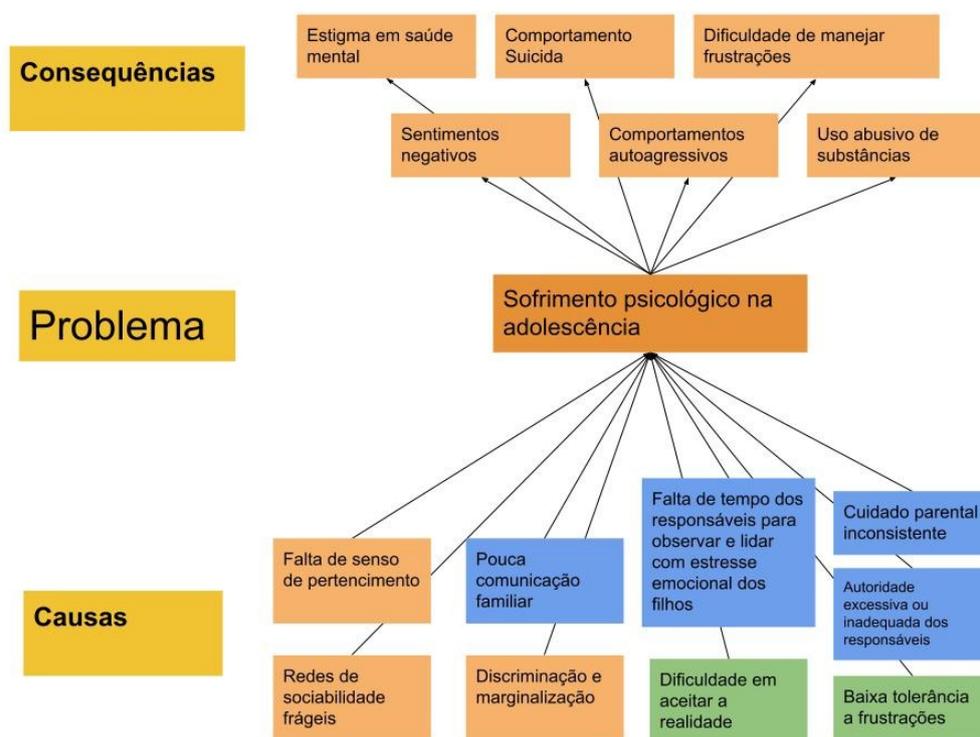


Figura 4 - Árvore de problemas – segunda versão

A relação entre o sofrimento psicológico, os fatores de risco e as consequências explicitadas na figura 4 dialoga com o descrito por Sapienza e Pedromônico (2005) que relatam que o aumento dos fatores de risco para um adolescente o torna mais vulnerável ao

sofrimento psicológico e outras circunstâncias, como, nesse caso, o comportamento suicida. O inverso também ocorre, pois observa-se que os fatores de proteção vão atuar na redução de agravos em saúde.

Dessa forma, as intervenções preventivas buscam minimizar os impactos dos fatores de risco ao mesmo tempo que amplificam potencialmente os fatores de proteção. A compreensão dos determinantes de saúde e dos fatores de risco e de proteção no desenvolvimento de estratégias de prevenção ou promoção de saúde é relevante para que saber onde é possível e como se deve atuar (MURTA E SANTOS, 2015).

Por fim, devido a adaptação do problema após a oficina, o desenho das referências básicas também foi alterado, conforme a figura 5 a seguir.

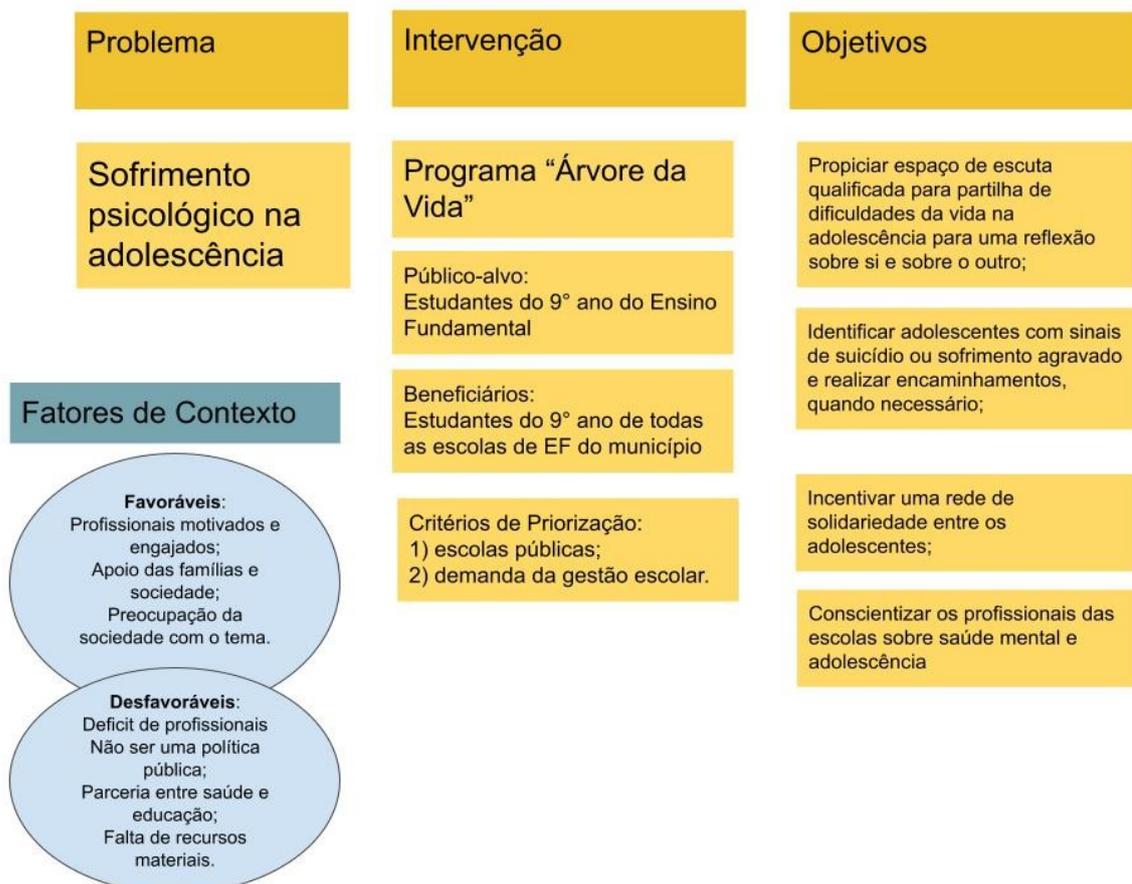


Figura 5 - Referências Básicas - segunda versão

Dentre os fatores de contexto destacados, constou como desfavorável o fato de a estratégia não ser uma política pública e, portanto, ter a sua ocorrência condicionada às mudanças na gestão municipal. Esse fato está conectado a um contexto político mais

abrangente no qual faltam políticas públicas e diretrizes para a população adolescente e também específicas para a prevenção do suicídio.

De acordo com Machado, Leite e Bando (2014), uma das principais barreiras para a efetivação de políticas públicas consistentes sobre suicídio não é apenas o tabu em torno do tema, aparente em níveis mais altos de decisão política, mas também na rede de atendimento de profissionais da saúde em geral. Nesse sentido, a estratégia *Árvore da Vida* possui um papel de desmistificar vários tópicos em saúde mental com a comunidade escolar (gestores escolares e estudantes), sendo “a diminuição de tabus e preconceitos sobre comportamento suicida e adolescência pela comunidade” um dos resultados intermediários esperados. Esse resultado, como demonstra a figura 3, poderá ser atingido a partir da conscientização dos gestores escolares e de outros atores importantes da rede de apoio. Durante essas reuniões, atividades de conscientização e ampliação da compreensão sobre a etapa do ciclo vital denominado adolescência são realizadas.

2- CONCEPÇÕES SOBRE ADOLESCÊNCIA

Além desses esforços de conscientização, um olhar crítico sobre esse período de vida que o compreenda como uma construção social, cultural e histórica é necessário, não sendo possível desconectar essa vivência de categorias como classe social, gênero e raça (KLAUMANN, 2021). Compreendendo essa construção sócio-histórica da adolescência, o Ministério da Saúde aborda o conceito de “adolescências”, como exposto no trecho a seguir (BRASIL, 2007, p. 9):

[...] temos de falar não da adolescência, mas das adolescências, que são definidas por aquilo que está ao redor, pelos contextos socioculturais, pela sua realidade, situando-as em seu tempo, em sua cultura. Trabalhar com essa perspectiva é passar a fazer perguntas a respeito do sujeito sobre o qual estamos falando, nas dimensões social, político-institucional e pessoal, e, a partir daí, identificar questões que podem aumentar o grau de vulnerabilidade dos adolescentes frente aos riscos.

Sobre a concepção de adolescência das entrevistadas, pode-se identificar ideias como: a) fase caracterizada por vivência de conflitos, contradições e sofrimento; b) adolescência como uma etapa de transição da infância para a vida adulta (luto e descobertas); c) necessidade de escuta e de apoio por parte dos pais e d) uma fase positiva e necessária socialmente.

A literatura indica que a adolescência é considerada um período do ciclo vital, havendo divergências sobre qual faixa etária compreende. Groppo (2016) relata que com o surgimento da sociedade moderna tornou-se necessário traduzir a juventude por uma faixa etária, objetivando melhor orientar as ações do Estado, tais como julgamentos individuais e definição de direitos e deveres. Segundo o padrão da OMS seguido pelo Ministério da Saúde,

é adolescente o indivíduo entre 10 a 19 anos. Entretanto, este órgão oficial ressalta que além da idade, as características biológicas, psicológicas e sociais devem ser levadas em conta para uma compreensão de adolescência (BRASIL, 2007).

As representações sociais da adolescência foram fortemente influenciadas pela ciência tradicional e por teorias psicológicas desenvolvidas no início dos anos 70 e relacionadas a um momento instável, turbulento e principalmente de crise por uma busca identitária, um período identificado apenas como uma passagem entre a infância e a adultez. Em outras palavras, a adolescência não tinha um sentido por si só (QUIROGA, VITALLE, 2013). Essa concepção está relacionada à ideia trazida pelas entrevistadas, de entender a adolescência como uma fase de transição.

Além disso, observa-se que algumas das concepções das entrevistadas alinham-se a propostas mais clássicas da medicina e da psicologia para as quais a adolescência se caracteriza como “uma transformação físico-mental universal e compulsória a todo indivíduo”, conforme sinaliza Rezende (1989 apud GROPPPO, 2016). Essa concepção vincula-se a uma ideia individualizante desse período do ciclo vital. No viés da psicologia clássica, os comportamentos dos adolescentes fazem parte de uma fase psicológica denominada adolescência. Em contrapartida, pesquisas antropológicas, como as de Margareth Mead, apontam que tais eventos não são universais (GROPPPO, 2016). Atualmente, compreende-se que muitas das características tomadas pela psicologia como naturais são de fato construídas historicamente (OZELLA, 2002).

A noção de adolescência foi construída ao longo do tempo, não tendo sido reconhecida em sua singularidade durante boa parte da história da humanidade. Devido a esse caráter histórico-cultural, há tantas divergências quanto a sua definição. Somado ao fato de que a experiência individual da adolescência não é homogênea, sujeitos divergem em suas necessidades e contextos de vida apesar da idade aproximada (UNICEF, 2001). Atualmente, caminha-se para situar esse período como uma etapa do desenvolvimento própria que apresenta seus próprios conceitos, protagonismo e criação cultural (QUIROGA E VITALLE; 2013).

Apesar de em alguns momentos trazerem uma concepção individualizante, as entrevistadas também narram diversos fatores de contexto que contribuem para que os adolescentes participantes se comportem de determinadas formas, não os descolando de seus contextos. Entre os pontos citados, elas relatam as características culturais da cidade, a influência das mídias e redes sociais e os contextos familiares diversos.

A constituição da subjetividade está vinculada às experiências dos sujeitos em sua cultura, a qual inclui modelos de educação, inclusive midiática. De acordo com Ozella & Aguiar (2008), é necessário “buscarmos cada vez mais o(a) adolescente concreto, historicamente situado e constituído nas suas contradições e no seu real movimento” (p. 15). Para tanto, é importante questionar as representações sociais da adolescência a concepção subjacente deste período para os criadores de intervenções para que não se exclua o adolescente de seu contexto ou que se leve em consideração apenas o contexto familiar, mas não o social e cultural, considerando os atravessamentos de gênero, orientação sexual, raça, entre outros.

Por fim, um ponto amplamente abordado pelas entrevistadas foi a necessidade de escuta que os adolescentes apontam. Elas relatam que ouviram repetidas falas sobre os pais estarem muito ocupados e não haver diálogo nas famílias durante a aplicação da atividade. Esse relato se alinha com o descrito por Silva (2015) que, ao estudar conflitos entre pais e adolescentes, pontua que o contato entre estes e perante as suas comunidades tem diminuído, em grande parte motivado pelo excesso de trabalho e outras atividades extras. Tal pensamento também está exposto na figura 4 em que a falta de tempo dos pais e a falta de comunicação estão assinaladas como causas para o sofrimento psicológico na adolescência.

Compreendendo a adolescência a partir da desconstrução de seu caráter natural e universal, abre-se espaço para uma construção coletiva com estes grupos e a consequente melhora global na saúde dessa população. Ou seja, a partir de uma abordagem isenta de preconceitos com relação ao público-alvo de estudo, viabiliza-se a aplicação de um método de co-criação. Essa é a importância de se compreender a concepção dos autores da estratégia sobre esse período do ciclo vital para evitar que haja transmissão de preconceitos e/ou práticas medicalizantes.

Um dos principais perigos em se ancorar em uma visão individualizante e universal sobre a adolescência, é recair em um olhar invisibilizador ou patologizante dos sofrimentos daqueles sujeitos. Essa visão pode transparecer a partir de falas como “é só uma fase”, “isso é algo normal nessa faixa etária”, entre outros. Quando o profissional carrega tais concepções e se propõe a atuar com uma escuta qualificada, há o perigo de recair em uma não validação dos sentimentos e uma suposição de que se sabe mais sobre o sujeito do que ele mesmo.

3 - TÉCNICA UTILIZADA

Ainda sobre a necessidade de escuta qualificada pelos adolescentes, esse discurso foi recorrente em diversos pontos da entrevista, como no trecho a seguir:

“E aí o adolescente quando você chega com uma atividade, como essa da árvore da vida, que você senta no chão, e você deixa eles falarem o que eles quiserem, eles ficam espantadíssimos, por que eles nunca foram escutados. Eu escutei tanto isso, sabe, dos adolescentes, eles diziam “ah, (...), eu nunca conversei com ninguém nunca desse jeito, eu nunca vi um adulto me escutar assim”. (Primavera)

A fala da entrevistada explicita essa devolutiva de muitos adolescentes sobre se verem sem possibilidades de escuta por outros adultos. De acordo com Silva (2019), existem dois principais modelos de intervenção utilizados para realizar ações de saúde nas escolas. O primeiro é voltado à educação popular e incentiva o estudante a desenvolver sua capacidade crítica e autonomia. O segundo busca uma domesticação de condutas, pois apenas repassa informações a partir de um conhecimento de saúde vigente e descolado da realidade dos jovens, como é o caso das palestras. Essa metodologia é utilizada para sensibilização, entretanto, apresenta falhas por não ofertar um espaço de escuta e manter o jovem em um papel passivo sem protagonismo.

Dessa forma, para que seja possível uma educação que propicie participação ativa dos jovens, a escolha da técnica adequada é fundamental. Por esses motivos, a estratégia Árvore da Vida optou pela escolha de metodologias participativas em que os jovens são convidados a realizar uma atividade de reflexão sobre fatores de sua vida e compartilhá-los posteriormente. Esse momento é realizado em rodas de conversa com aproximadamente 15 estudantes. Os momentos de capacitação com a rede de gestores escolares também possuem esse formato de rodas de conversa e reflexão sobre temáticas relevantes.

Segundo o caderno “Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica” do Ministério da Saúde (Brasil, 2017), faz-se necessário buscar uma ampliação do cuidado integral ao adolescente para a dimensão da liberdade dele em relação àquilo que lhe é colocado. Em outras palavras, a partir de uma horizontalidade entre serviço de saúde e os jovens cria-se uma nova abordagem de modo a incentivar o usuário adolescente a utilizar o conhecimento adquirido unido ao protagonismo com relação a sua própria vida e saúde. Essa noção está alinhada a proposta da estratégia Árvore da Vida como um espaço de escuta qualificado, de reflexão e de criações de vínculos entre os pares.

4 – MODELO LÓGICO

O principal benefício decorrente da construção do modelo lógico é a possibilidade de explicitar a teoria que embasa a intervenção. Assim, é possível apontar para pontos positivos e/ou inconsistências presentes na mesma. O modelo lógico da estratégia Árvore da Vida está exposto na figura 3 na qual é possível notar algumas inconsistências na descrição da estratégia. Ou seja, um desencontro entre o que se busca fazer e o que de fato está sendo realizado.

Por exemplo, as ações “realizar encaminhamentos (se necessário)”, “realizar atividade em grupo com adolescentes” e “entregar material informativo nas escolas” ligam-se ao produto “intervenção realizada”. Essa ação ocorre anualmente, tem duração de aproximadamente 2 horas e consiste em uma atividade lúdica de reflexão sobre a vida, seguida de uma roda de discussão. Ao final, folders contendo informações sobre os serviços de saúde e como acessá-los são entregues aos estudantes. A discussão da roda de conversa é pautada em assuntos que os próprios adolescentes trouxeram. Segundo as entrevistadas, os temas são diversos: bullying, discriminação, família, relacionamentos, traumas, entre outros. A construção deste momento é participativa.

Por um lado, essa forma de organização é positiva porque garante a autonomia do adolescente e abre um maior espaço para falar sobre diversas questões, garantindo uma escuta qualificada. Por outro, ao realizá-la dessa forma, não é possível garantir que essa ação atingirá os 4 resultados aos quais ela está conectada, são eles: “espaço de escuta qualificada”, “adolescentes capacitados a identificar pessoas a quem pedir ajuda”, “adolescentes conscientes sobre a importância de reconhecer e falar sobre seus sentimentos” e “fortalecimento do respeito, escuta e empatia entre os estudantes”.

De acordo com a revisão de literatura apresentada no artigo 1 deste trabalho de conclusão, a maioria dos programas mapeados também realizaram intervenções breves. Entretanto, de 3 a 4 encontros eram realizados em média e não apenas 1, como é o caso da estratégia Árvore da Vida. Dessa forma, uma sugestão para aumentar a probabilidade de atingir os resultados intermediários seria o de ampliar o leque de atividades e intervenções e, dessa forma, atingir todos os resultados esperados.

Outro ponto de atenção refere-se aos encaminhamentos. De acordo com as entrevistadas, eles ocorrem caso algum adolescente demonstre um nível elevado de sofrimento durante a dinâmica ou sinais de ideação suicida. O estudante é então encaminhado para acolhimento no CAPS infanto-juvenil. Duas questões podem ser melhor delineadas para que o resultado “estudantes com risco de suicídio encaminhados para os serviços necessários” seja efetivo e tenha concordância com o resultado final.

Primeiramente, não há uma homogeneidade na forma em que o encaminhamento é realizado, o que dificulta o acompanhamento e controle de questões éticas envolvidas. Além disso, visto que o entendimento das entrevistadas com relação ao problema principal da estratégia foi modificado após a oficina do modelo lógico, é possível que algumas ações também sejam modificadas, como a ampliação destes encaminhamentos para abarcar não apenas casos que se relacionem a risco de suicídio, mas também para outras questões de saúde

mental e, ainda, ampliar a rede de encaminhamentos para outros serviços da rede pública, como a assistência social.

Por fim, de maneira geral, o modelo lógico conseguiu explicitar todas as atividades da estratégia e poderá ser utilizado para a gestão e para embasar um possível processo de avaliação. Entretanto, o modelo lógico não tem o objetivo de engessar a prática, mas trazer consistência e homogeneidade, garantindo o alcance dos resultados.

Considerações finais

A estratégia *Árvore da Vida* surgiu como uma iniciativa dos próprios profissionais da saúde do município por visualizarem a demanda de um espaço em que adolescentes pudessem falar sobre suas questões e ter uma rede de apoio mais eficaz. A situação principal que levou a mobilização de diversos atores sociais em torno do suicídio na adolescência foi o jogo *Baleia Azul* que ganhou repercussão na mídia em 2017.

Apesar de a estratégia ter sido inicialmente pensada como de prevenção ao suicídio, durante essa pesquisa, as entrevistadas, pessoas-chave para sua efetivação, entraram em um consenso de que este não se trata de prevenir especificamente o suicídio, mas de intervir nas consequências do comportamento suicida, qual seja o sofrimento psicológico na adolescência, causado por questões sociais, pessoais e familiares diversas. Sendo assim, a intervenção é realizada com o intuito de minimizar aspectos do sofrimento psicológico na adolescência.

Dessa forma, não se busca apenas a extinção de comportamentos suicidas através da estratégia, mas a manutenção da vida através da reflexão e do acolhimento ao sofrimento. Segundo as entrevistadas, constitui-se como objetivo final da estratégia mediar reflexões sobre o sofrimento de modo a oferecer condições para que as pessoas possam atuar nas suas próprias vidas de forma mais autônoma e com promoção de bem-estar para que o suicídio não precise ser cogitado como uma possibilidade. Esta concepção faz ressonância ao pensamento Shneidman (1994), para quem o suicídio é fruto, essencialmente, de dor psicológica.

É importante ressaltar o entendimento das idealizadoras da estratégia de que seria inócuo efetivar uma prevenção descolada das realidades locais. Para isso, é necessário levar em conta situações que podem representar fatores de risco para a saúde mental na adolescência, tais como a vulnerabilidade social, a educação não-inclusiva, além de preconceitos de raça, classe, gênero e orientação sexual. Indiretamente, atuar sobre esses pontos produzirá um efeito preventivo em agravos em saúde mental. As escolhas sobre quais fatores de proteção serão escolhidos para uma intervenção dependerá de alguns componentes,

como recursos materiais e a compreensão do fenômeno para além de seus aspectos individuais.

A estratégia aqui descrita enfoca o fortalecimento dos fatores de proteção para que a questão possa ser minimizada e manejada. Além disso, o objetivo da estratégia não é de resolver em sua totalidade o problema (entendendo que o sofrimento é inerente à experiência humana), mas contribuir para instrumentalizar profissionais de educação e adolescentes na compreensão e manejo dos seus impactos através do fortalecimento da rede de apoio, da comunicação empática e do incentivo ao comportamento de buscar ajuda.

Outro ponto importante amplamente abordado nas entrevistas foi a necessidade de intervenções de prevenção que alcancem as famílias dos adolescentes. As entrevistadas apontaram para a necessidade de aprimorar as formas de se alcançar os pais, atualmente efetivada apenas pela entrega de folders que os adolescentes são orientados a levar para casa. Como uma das próximas etapas da intervenção, a criação destas novas etapas está prevista. O formato em que isso ocorrerá ainda não foi estruturado pelas organizadoras e não consta no modelo lógico desenvolvido ao longo desta pesquisa.

De acordo com a Árvore de problemas (figura 4), quatro causas foram listadas como familiares e elas tratam de temas como: comunicação, falta de tempo, autoridade excessiva ou inadequada e cuidado parental inconsistente. Essas causas constituem um direcionamento importante sobre as temáticas a partir das quais construir a intervenção com as famílias. Toda prevenção estará voltada para a modificação das causas de um determinado problema. Dessa forma, a árvore de problemas constitui uma importante ferramenta para pautar o planejamento de intervenções eficazes.

Além disso, algumas outras causas foram citadas, referentes aos âmbitos sociais e individuais. A partir delas é possível planejar outras atividades ou estratégias para combatê-las e dessa forma amplificar o trabalho já realizado.

Outra possibilidade de enriquecer a intervenção, seria realizar uma estratégia participativa, convidando adolescentes para a co-construção desse projeto, podendo atuar como consultores para a definição das atividades, validando, dessa forma, seu protagonismo.

Por fim, considera-se que foi possível atingir o objetivo da construção do modelo lógico da estratégia Árvore da Vida, utilizando a metodologia para construção de MLs para estratégias já existentes. É importante ressaltar que um modelo é uma ferramenta que não tem como objetivo engessar uma intervenção, podendo ser modificado a qualquer momento, quando houver necessidade, uma vez que a construção de um modelo lógico é uma etapa anterior a qualquer avaliação em saúde, sendo possível, em estudos posteriores, dar

continuidade a esse processo, criar uma matriz de indicadores e avaliar se a estratégia está atingindo os resultados esperados satisfatoriamente.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Maurício. Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico (SMG Ballve, Trad.). 1981.
- AGUIAR, Wanda Maria Junqueira de. Desmistificando a concepção de adolescência. *Cadernos de pesquisa*, v. 38, n.133, p. 97-125, jan./abr. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742008000100005>.
- BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia Usp**, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2. ed. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 34 – Saúde Mental. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- CASSIOLATO, Maria Martha de Menezes Costa; GUERESI, Simone. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. 2010.
- GROPPO, Luís Antonio. Juventudes. Clube de Autores (managed), 2016.
- HALL, Granville Stanley. **Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education**. 2 vols. New York, Appleton. 1904
- HALL, Granville Stanley. **Youth: Its Education, Regiment, and Hygiene**. New York, Appleton. 1906
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). CIDADES. 2018.
- KLAUMANN, Ana Paula et al. O lugar do (a) adolescente nas políticas públicas: um estudo a partir de profissionais da rede. 2021.
- KNOBEL, Maurício. A síndrome da adolescência normal. In: Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico, p. 24-62, 1981.
- MACHADO, Marcos Fabrício Souza; LEITE, Cristiane Kerches da Silva; BANDO, Daniel Hideki. Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, v. 4, n. 2, p. 334-356, 2014.
- MURTA, S. G., SANTOS, K. B. dos. **Desenvolvimento de programas preventivos e de promoção de saúde mental**. In: Prevenção e Promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção. p. 168-191, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção do suicídio: Manual para professores e educadores. 2000.

OZELLA, Sérgio. Adolescência: uma perspectiva crítica. *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*, p. 16-24, 2002.

QUIROGA, Fernando Lionel; VITALLE, Maria Sylvia de Souza. O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 23, p. 863-878, 2013.

SAPIENZA, Graziela; PEDROMÔNICO, Márcia Regina Marcondes. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em estudo*, v. 10, p. 209-216, 2005.

SHNEIDMAN, Edwin. **Definition of suicide**. New York: Rowman e Littlefield Publishers Inc, 1994.

SILVA, Carlos dos Santos. **Saúde na Escola: intersectorialidade e promoção da saúde**. Editora FIOCRUZ, 2019b. 170p.

SILVA, Carlos dos Santos. **Saúde na Escola: intersectorialidade e promoção da saúde**. Editora FIOCRUZ, 2019b. 170p.

SILVA, R. V. B. da. Os conflitos na Fronteira de Contato entre Pais e Filhos Adolescentes. *Revista IGT na Rede*, v. 12, n. 22, p. 53 – 66, 2015. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1807-25262015000100004 >.

UNICEF. Adolescência em América Latina y el Caribe: Orientaciones para la formulación de políticas. Oficina Regional para América Latina y Caribe. Colômbia, 2001. Disponível em: < <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7207-adolescenciajuventud-america-latina-caribe-problemas-oportunidades-desafios> >.

WASELFISZ, J. J. Os jovens do Brasil: mapa da violência 2014. Brasília: FLACSO. 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent development. Acesso em 08 de julho de 2020:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide rate estimates, crude, 5-year age groups up to 29 years Estimates by country. Acesso em 21 de maio 2020:

5 CONCLUSÃO

Os dois artigos acima expostos versaram sobre a mesma temática: a prevenção ao suicídio nas escolas com adolescentes. O primeiro, a partir de uma metodologia de revisão integrativa da literatura, encontrou 17 diferentes programas que ocorrem em escolas ao redor do mundo. O segundo, buscou descrever a estratégia de prevenção com adolescentes em escolas denominado *Árvore da Vida* realizado em Jaraguá do Sul, Santa Catarina.

Ao analisarmos as tendências principais expostas na revisão de literatura, é possível perceber aproximações e afastamentos destes com a estratégia regional.

Um dos principais pontos de convergência foi a escolha da técnica para realizar a intervenção. A revisão apontou para uma maioria de programas que utiliza rodas de discussão com foco em ampliar habilidades de enfrentamento, além de, em alguns momentos estar combinada com a distribuição de materiais gráficos. Ambas as ações ocorrem na intervenção *Árvore da Vida*.

Uma divergência importante é o fato da estratégia estudada também englobar ações com os gestores escolares e com a comunidade em geral, o que foi minoria na revisão de literatura.

De forma geral, os programas estudados na revisão de literatura possuem uma estrutura e fluxograma do processo muito bem delineados além de, em sua maioria, realizarem avaliações baseadas em critérios quantitativos. A estratégia *Árvore da Vida* não possui tal estrutura metodológica, visto que é uma intervenção ainda em etapa inicial. O presente estudo procurou contribuir com a construção do modelo lógico, entendendo esse momento como um passo anterior a qualquer processo de avaliação em saúde.

Além disso, a metodologia utilizada auxiliou as profissionais atuantes na estratégia *árvore da vida* a refletirem sobre a sua prática e alinharem suas expectativas com relação à intervenção e qual é, na realidade, a sua contribuição para a sociedade. Uma das importantes mudanças foi a discussão com relação ao problema que a intervenção visa resolver. Inicialmente, criou-se essa ação com intuito de prevenir suicídios na adolescência, entretanto, no decorrer da pesquisa, as mesmas concluíram que a real questão é o sofrimento psicológico na adolescência. Ou seja, ao se debruçarem, com a condução da pesquisadora, na construção do modelo lógico, puderam ampliar o seu olhar sobre as suas práticas.

Por fim, pretende-se deixar uma contribuição para o município de Jaraguá do Sul, para que o modelo lógico possa se desenvolver e ser modificado, se necessário. Também, através da divulgação científica, será possível ofertar um direcionamento aos municípios que buscam propostas viáveis de prevenção na adolescência.

REFERÊNCIAS

- BOTEGA, Neury José et al. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, v. 37, n. 3, p. 5, 2006.
- BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia Usp**, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.
- CHÁVEZ-HERNÁNDEZ, Ana-María; LEENAARS, Antoon A. Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. **Salud mental**, v. 33, n. 4, p. 355-360, 2010.
- CORREA, H., & BARRERO, S. P. As teorias do suicídio. In H. Correa, H. & S. P. Barrero, (Eds.), *Suicídio - Uma morte evitável* (pp. 37-44). São Paulo, SP: Editora Atheneu. 2006.
- DURKHEIM E. O suicídio: um estudo sociológico. Rio de Janeiro (RJ): Zahar Editores; 1897.
- ESTELLITA-LINS, Carlos (org.). *Trocando seis por meia dúzia: Suicídio como Emergência do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: FAPERJ. 2012.
- MILLER, David N.; ECKERT, Tanya L.; MAZZA, James J. Suicide prevention programs in the schools: A review and public health perspective. **School Psychology Review**, v. 38, n. 4, p. 168-188, 2009.
- MINAYO, M. C. S. Violência auto inflingida: objeto da sociológica e problema para a saúde pública. *Cad Saude Publica*, 14(2), 421-428. 1998.
- NETTO, N.B. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica, capítulo I. O suicídio e os desafios para a psicologia. Brasília: CFP, p. 32-42, 2013.
- QUIROGA, Fernando Lionel; VITALLE, Maria Sylvia de Souza. **O adolescente e suas representações sociais**: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 3, p. 863-878, 2013.
- SARAIVA, Carlos. **Suicídio**: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, v. 31, n. 3, p. 185-205, 2010.
- SHNEIDMAN, Edwin. **Definition of suicide**. New York: Rowman e Littlefield Publishers Inc, 1994.
- TAVARES, Marcelo. LORDELLO, Silvia Renata. MONTENEGRO, Beatriz. **Estratégias preventivas do suicídio com adolescentes nas escolas**. In: MURTA, S. G. et al. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e Estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys. 2015.

UDDIN, Riaz et al. **Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries**: a population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, v. 3, n. 4, p. 223-233, 2019.

WASSERMAN, Danuta. *Suicide: An unnecessary death*: Ed Martins Dunits. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adolescent development*. Acesso em 08 de julho de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Suicide rate estimates crude, 5-year age groups up to 29 years Estimates by country*. Acesso em 21 de maio 2020.

ANEXO A – ESTRATÉGIA USADA NAS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NAS TURMAS DE 9º ANO DA REDE ESCOLAR DO MUNICÍPIO DE JARAGUÁ DO SUL

Proposta de atividade prática com adolescentes sobre a prevenção do suicídio, utilizando como abordagem a Comunicação Não Violenta – CNV*, com escuta ativa, de forma positiva, acolhedora e solidária.

Dinâmica de grupo “Árvore da vida”

A Árvore da Vida pode ter vários significados, um deles fala sobre o desenvolvimento do ser humano, pois, cada fase que passa a árvore, podemos fazer uma analogia ao desenvolvimento do ser humano e também aos ciclos da vida.

De uma forma geral, a Árvore da Vida, que cresce em direção ao céu e, de forma paralela, tem suas raízes fincadas na terra, cumprindo os ciclos de sua vida, é o simbolismo da ascensão e da evolução do ser humano, através de sua expansão espiritual, da experimentação e aprendizado, através de sua existência na Terra.

Uma explicação que pode ser utilizada em linguagem apropriada aos adolescentes:

A árvore da vida tem suas **raízes** que simbolizam a **base** para cada indivíduo, o **tronco** tem a ver com o **desenvolvimento, estrutura, apoio**, as **folhas** com o desenvolvimento da vida que é mutável.

Técnica: colagem com imagens de revistas

Objetivos:

- * Refletir com os adolescentes sobre suas vivências.
- * Instigar os mesmos a compartilhar suas alegrias e suas angústias.
- * Amparar o adolescente para que este perceba que pode confiar em pessoas adultas (professor, coordenador, familiares entre outros que o adolescente) para conversar sobre suas ideias/pensamentos de morte.

Desenvolvimento:

- 1 Apresentação dos mediadores – cada grupo terá pelo menos 02 mediadores.
- 2 Explicar para o grupo o significado da “Árvore da Vida”, utilizando uma linguagem apropriada aos adolescentes;
- 3 Explicar a atividade de colagem na imagem da “Árvore da Vida” - escolher pelo menos 02 imagens:
 - 3.1 Uma com imagens que remetam a situações que lhe tragam sentimentos de alegria, conforto, satisfação e superação de adversidades enfrentadas na sua vida

- 3.2 outra que remetam a situações que lhe tragam angustia, tristeza, ansiedade, medo, ou seja, sentimentos que não são bons na sua vida
- 4 Dividir a turma em grupos de 10 à 15 alunos, no máximo;
- 5 Solicitar que os alunos coloquem o desenho da “Árvore da Vida” no chão e que se sentem em um círculo em torno da imagem; importante que os mediadores da ação também sentem no mesmo círculo, buscando o diálogo horizontal. **EVITE DE FICAR DE PÉ OU SENTADO NAS CADEIRAS EM TORNO DO CÍRCULO. *Participar para mediar!***
- 6 Após os adolescentes escolherem as imagens nas revistas deverão colá-las na “Árvore”, no local que desejarem;
- 7 Fazer uma breve explanação sobre a temática do suicídio, seus fatores de risco e principalmente os fatores de proteção.
- 8 Durante a atividade iniciar o diálogo sobre o que cada um sentiu ao escolher as imagens, sobre o significado das mesmas e sobre o local que escolheu para colar a figura na “Árvore”;
- 9 Após esgotar as discussões, o grupo deverá escolher um/mais representante para apresentar as imagens e as discussões que surgiram durante a atividade no pequeno grupo;
- 10 Encerrar a atividade ressaltando os fatores de proteção, as redes de apoio e distribuir o folder “A vida pode estar por um fio”, para que os alunos entreguem aos seus pais ou responsáveis.

OBSERVAÇÃO: Caso a equipe perceba algum aluno com comportamento de tristeza, isolamento, discurso com fatores de risco, deverá durante ou ao final da atividade, conversar com este(s) aluno(s) e, **se necessário**, encaminhar para uma nova escuta profissional no CAPSi. Informar ao coordenador pedagógico as impressões que tiveram durante o trabalho e os encaminhamentos feitos, quando necessário.

Ao final de toda a atividade a equipe deverá preencher o “Registro da Ação de Prevenção ao Suicídio nas Escolas” (anexo) e entregar para a para a pessoa combinada, no CAPSi e informá-la se houve algum adolescente encaminhado para o CAPSi.

*** Comunicação Não Violenta – CNV**

A Comunicação Não-Violenta (CNV) é um processo de contínua desenvolvido por e uma equipe internacional de colegas, que apoia o estabelecimento de relações de parceria e cooperação, em que predomina comunicação eficaz e com . Enfatiza a importância de determinar ações à base de comuns.

A CNV enxerga uma continuidade entre as esferas pessoal, interpessoal e social, e proporciona formas práticas de intervir nelas. A CNV se baseia em quatro elementos-chave que podem mudar radicalmente as relações de seus colaboradores e, conseqüentemente, os resultados de sua empresa.

1. Observar sem julgar

Difícil, mas não impossível. Observe os fatos, sem julgar ou criticar. Ao relatar o que acontece é provável que a outra pessoa escute o seu ponto de vista. Evite generalizações ou exageros, deixando de lado palavras como “sempre”, “nunca”, “jamais”. Em lugar de: “Você nunca cumpre prazos”, diga: “Você entregou seus três últimos projetos com um mês de atraso”. Outro exemplo? Prefira “Todos os dias quando passo pela sua mesa, vejo que está resolvendo problemas pessoais ao telefone” a “Você nunca trabalha! Está sempre falando ao telefone com alguém de sua família”.

2. Nomear os sentimentos

O segundo passo é identificar e expressar com honestidade o que você sente em relação ao que observa: frustração, tristeza, mágoa, insegurança, irritação, etc. Por exemplo: “Quando você atrasa as entregas me sinto muito inseguro”. Isso ajuda a criar empatia e facilita o entendimento do outro sobre você. Mas atenção! A responsabilidade pelo que você sente é só sua. Não culpe o outro pelo sentimento gerado e aceite que todos somos vulneráveis.

3. Identificar e expressar necessidades

Aqui é preciso um olhar atento já que nem sempre observamos o que de fato motiva nossas ações. É preciso identificar quais necessidades estão conectadas aos nossos sentimentos: confiança, compreensão, estabilidade, inclusão, respeito, bem-estar... Por exemplo: “Quando você grita, me irrita. Gostaria de me sentir respeitado”. Observe também a necessidade do outro. Por que ele age de tal maneira? Quais necessidades deseja ver atendidas?

4. Formular pedidos claros e viáveis

O último passo é pedir que determinadas ações sejam realizadas para atender às nossas necessidades. É importante ser claro no pedido. Por isso, prefira uma linguagem positiva. Em lugar de exigir (“Não quero que grite”), peça (“Gostaria que falasse mais baixo”). Outra questão importante é certificar-se de que ambos saíram com a mesma compreensão da conversa. Pergunte ao outro o que ele entendeu sobre o que você disse.

****Informações importantes sobre o suicídio e sua prevenção para serem repassadas e discutidas com os alunos:**

A temática do suicídio e sua prevenção é um assunto sério e que ainda é um tabu e a sociedade evita falar sobre isso, mas a informação é um importante instrumento para alertar sobre esse grave problema de saúde pública.

Em Jaraguá do Sul desde abril de 2017, formamos um Grupo de Prevenção do Suicídio, que já vem desenvolvendo ações de prevenção.

É importante ressaltar dados estatísticos mostram que no mundo todo, aproximadamente uma pessoa comete suicídio a cada 40 segundos. Só no Brasil, o suicídio é a quarta maior causa de morte de jovens. A mídia evita divulgar dados por medo de aumentar os números de casos, as pessoas evitam o diálogo por medo do assunto e por não saber como lidar com a questão dos pensamentos de morte.

Falar sobre suicídio tornou-se extremamente necessário na atualidade e é uma questão de saúde pública.

Fatores de risco

- a. Briga ou problemas dos pais
- b. Não ser escutado
- c. Sentir-se invadido
- d. Solidão
- e. Traição de amigos, namorados
- f. Sentimento de desproteção
- g. Questões financeiras

Fatores de Proteção

- a. Família próxima
- b. Alguém confiável para se abrir

A Árvore da Vida

De forma geral, a árvore da vida é um símbolo sagrado, cujo significado perpassa pela fecundidade e imortalidade. Está associada à criação do universo, representando a ligação entre vários planos, como a terra, o céu e também o submundo. Ao longo dos anos, várias foram as explicações atribuídas ao símbolo, que continua encantando e despertando curiosidade nas pessoas.

A árvore da vida é um símbolo que atravessa gerações. Desde culturas ocidentais, como celtas, gregos, romanos, persas, até culturas orientais, como a chinesa e a japonesa, o significado da árvore da vida é o mesmo: ela representa vitalidade, força e a capacidade de vencer desafios.

O significado da árvore da vida se torna interessante por nos provocar a reflexão. Assim como as árvores, precisamos fortalecer nossas raízes antes de começar a espalhar ramos e galhos em direção ao céu. Uma árvore cresce e desenvolve-se ao longo dos anos, atravessando estações e diversas fases de vida, sendo que nós podemos fazer o mesmo em nossas vidas.

Além disso, ao contrário do que se pode pensar, o significado da árvore da vida é nos lembrar que ficar parado no mesmo lugar não é uma opção. Enquanto está viva, ela cresce e se renova.

Grupo de Prevenção ao Suicídio de Jaraguá do Sul

Secretária de Saúde, Saúde Mental de Jaraguá do Sul/SC

Telefone: (47) 3371-6833



Foto de como realizamos a atividade

ANEXO B – MATERIAL GRÁFICO ENTREGUE AOS ESTUDANTES APÓS A INTERVENÇÃO

Frente:

**ATENÇÃO, PAIS
E RESPONSÁVEIS,
SUICÍDIO NA INFÂNCIA
E NA ADOLESCÊNCIA:
A VIDA PODE ESTAR
POR UM FIO.**

**JARAGUÁ DO SUL
PREFEITURA**

**SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE**  **JARAGUÁ DO SUL
PREFEITURA**

CASO OBSERVE QUALQUER
SITUAÇÃO DE RISCO, ENTRE EM CONTATO:
ESCOLAS DO MUNICÍPIO:
PROCURE A SECRETARIA DA ESCOLA MAIS PRÓXIMA
UNIDADES DE SAÚDE DE JARAGUÁ DO SUL
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPSI) - 3278-0604
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL (CAPSI) - 3370-6585

WWW.JARAGUADOSUL.SC.GOV.BR

Verso:

O suicídio é uma tragédia que pode acontecer com idosos, adultos, adolescentes e crianças. Em Jaraguá do Sul, como em todo mundo, evitar a tentativa de suicídio e o suicídio é um desafio de saúde pública e exige empenho conjunto do poder público e da comunidade. Assim, a Secretaria de Saúde — em parceria com a Secretaria Municipal da Educação, Escolas da Rede Estadual e Escolas Particulares, Assistência Social, Centro de Valorização da Vida, Hospitais e outras organizações comunitárias — tem planejado e proposto ações de prevenção. Este informativo traz orientações importantes para pais e responsáveis por crianças e adolescentes, alertando sobre atitudes suspeitas e o que pode ser feito para prevenir o suicídio infantojuvenil.

ALGUNS SINAIS DE ALERTA A SEREM OBSERVADOS NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE:

- :: isolamento (afastar-se da família e dos amigos, trancar-se constantemente no quarto, desinteresse por conversas sobre o dia);
- :: perda de interesse pelas atividades que costumava fazer;
- :: piora no desempenho escolar ou participação na escola;
- :: mudança na alimentação (perda de apetite ou alimentação descontrolada e/ou não compartilhamento dos momentos de refeição);
- :: mudança no sono (aumento/diminuição das horas de sono);
- :: baixa tolerância a frustrações e manifestação de sentimentos de inferioridade;
- :: sentimento de rejeição (bullying) na escola ou na comunidade;
- :: tristeza, irritação ou crises de raiva infundadas e frequentes;
- :: comportamento autodestrutivo (colocar-se em situação de risco, ferir o próprio corpo), abuso de bebidas alcoólicas ou outras drogas;
- :: postagem nas redes sociais com conteúdos destrutivos ou ameaças contra si;
- :: interesse anormal por programas televisivos violentos ou filmes de terror;
- :: fala sobre morte e suicídio ou tentativas de suicídio anteriores.

O QUE FAZER PARA PROTEGER A CRIANÇA E O ADOLESCENTE:

- :: estar próximo e disposto a ouvir e dialogar (pais e/ou responsáveis);
- :: dialogar com os filhos sobre suas realizações, planos ou angústias;
- :: estar atento para poder identificar o momento de buscar ajuda profissional em algumas situações (dentro da escola ou unidade de saúde próxima);
- :: estar disponível para entender e acolher o que é falado pelo filho, criança ou adolescente pelo qual é responsável;
- :: estimular a criança e o adolescente a ter confiança em si mesmo, em suas capacidades, conquistas e superação de desafios/problemas, ajudando-os a lidar com as situações;
- :: incentivar a criança e o adolescente a conversar e procurar ajuda dos pais, responsáveis ou pessoa de sua confiança em momentos de dificuldades;
- :: apoiar a participação social da criança ou adolescente em espaços coletivos (esportes, clubes, instituições religiosas, escolas e outros);
- :: estimular a interação das crianças e dos adolescentes com colegas de escola, professores, vizinhos ou comunidade e orientá-los a terem bons relacionamentos.

**APÊNDICE A – DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ETAPAS DA REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

15/08/2020

Scielo: ((Suicíd*) AND (prevenção OR combat* OR control* OR prevención OR prevention) AND (escola* OR escuela* OR School* OR colegio) AND (Adolescen* OR jove* OR teen*) AND (program* OR plan* OR projeto* OR intervenção OR proyecto* OR intervención OR intervention OR project))

20 -> 4

ERIC: noft(((Suicíd*) AND (prevenção OR combat* OR control* OR prevención OR prevention) AND (escola* OR escuela* OR School* OR colegio) AND (Adolescen* OR jove* OR teen*) AND (program* OR plan* OR projeto* OR intervenção OR proyecto* OR intervención OR intervention OR project)))

37 -> 7

PsycInfo: ((Suicíd*) AND (combat* OR control* OR prevention) AND (School*) AND (Adolescen* OR jove* OR teen*) AND (program* OR plan* OR intervention OR project OR campaign)) AND Year: 2014 To 2020

1153 -> 29

17/08/2020

BVS: ((suicíd*) AND (prevenção OR combat* OR control* OR prevención OR prevention) AND (escola* OR escuela* OR school* OR colegio) AND (adolescenc* OR jove* OR teen*) AND (program* OR plan* OR projeto* OR intervenção OR proyecto* OR intervención OR intervention OR project)) AND (year_cluster:[2014 TO 2020])

669 -> 34

Web of Science ((Suicíd*) AND (prevenção OR combat* OR control* OR prevención OR prevention) AND (escola* OR escuela* OR School* OR colegio) AND (Adolescen* OR jove* OR teen*) AND (program* OR plan* OR projeto* OR intervenção OR proyecto* OR intervención OR intervention OR project))

542 -> 31

Scopus TITLE-ABS-KEY (((suicíd*) AND (combat* OR control* OR prevention) AND (school*) AND (adolescen* OR jove* OR teen*) AND (program* OR plan* OR intervention OR project OR campaign))) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "French") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese"))

639 -> 30

Exclusões de artigos completos:

1. Gjizen, Mandy W. M -> Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among Dutch adolescents: design of a cluster-randomized controlled trial

Motivo para a exclusão após leitura na íntegra: Trata-se de uma abordagem multimodal, entretanto, a intervenção universal está focada apenas para a prevenção de sintomas depressivos, não ao suicídio, não entrando nos critérios de inclusão

2. Hart, Laura M. -> teen Mental Health First Aid as a school-based intervention for improving peer support of adolescents at risk of suicide: Outcomes from a cluster randomised crossover trial

Motivo para a exclusão após leitura na íntegra: trata-se de um treinamento para aumentar o peer-suport, apesar de ser para toda a escola, o foco final é seletivo, pois ensina como encontrar e encaminhar os adolescentes em risco. Ou seja, não tem foco universal

3. Pearlman, Deborah N. -> Linking public schools and community mental health services: A model for youth suicide prevention

Motivo para a exclusão após leitura na íntegra: trata-se de um treinamento multimodal com foco em gatekeeper

4. Silverstone, Peter H. -> Initial Findings from a Novel School-Based Program, EMPATHY, Which May Help Reduce Depression and Suicidality in Youth

Motivo para a exclusão após leitura na íntegra: trata-se de uma intervenção seletiva para aqueles em risco, com base em um screening

5. Testoni, Ines -> Beyond the Wall: Death Education at Middle School as Suicide Prevention

Motivo para a exclusão após leitura na íntegra: Cita no resumo ser uma estratégia de prevenção ao suicídio, entretanto, não avalia esse quesito e não tem isso como um dos objetivos da intervenção, seria mais uma intervenção relacionado ao preparo para uma lidar com uma pósvenção

6. CHANIANG, Surachai et al. Development and Evaluation of a Suicide Prevention Program for Secondary School Students. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, v. 23, n. 3, p. 201-213, 2019.

Motivo para a exclusão após leitura na íntegra: só fala sobre o treinamento para os peer leaders. Cita que depois esses fizeram uma campanha para 165 alunos, mas esta não foi avaliada e nem traz detalhes para entender se é seletiva ou universal

7. BARZILAY, Shira et al. A longitudinal examination of the interpersonal theory of suicide and effects of school-based suicide prevention interventions in a multinational study of adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, v. 60, n. 10, p. 1104-1111, 2019.

Motivo para a exclusão após leitura na íntegra: Apesar de ser um estudo resultante do SEYLE (que apresenta o YAM), não fala sobre as intervenções ou os resultados da mesma, mas sim sobre as teorias de suicídio (interpersonal and two-pathway) a partir dos resultados dos testes feitos com os adolescentes participantes do SEYLE. Para a revisão em questão, não apresenta relevância.

8. TOTURA, Christine M. Wienke et al. The Role of Youth Trainee–Trainer Alliance and Involvement in School-Based Prevention: A Moderated-Mediation Model of Student Gatekeeper Suicide Prevention Training. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, v. 46, n. 2, p. 209-219, 2019.

Motivo para a exclusão após leitura na íntegra: Os adolescentes peer-leaders trabalham apenas como referrals, ou seja, não é uma intervenção universal, mas sim, treina alunos para identificar outros em risco e encaminhá-los ao cuidado necessário

9. KIM, Ha Yun et al. Effectiveness of a school-based mental health education program in an impoverished urban area of Peru. *Global Health Promotion*, v. 27, n. 1, p. 77-86, 2020.

Motivo para a exclusão após leitura na íntegra: Não apresenta uma descrição de dados essenciais da intervenção, tais quais frequência e modo de aplicação

Artigos completos incluídos: 26

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados necessários do participante:

Nome completo:

Formação principal e complementar:

Tempo de atuação:

Local e cargo de atuação:

Tempo de atuação no projeto:

1 Aquecimento:

a) Para você, o que é, ser adolescente? O que é a adolescência?

2 Identificação do Problema:

a) Qual o Problema que o projeto “Árvore da Vida” se propõe a enfrentar?

b) Quais as principais consequências desse problema?

c) Por que esse problema existe: quais as causas mais importantes dele?

d) Situação inicial: Quais são as evidências que atestam a existência do problema?

3 Descrição do Projeto “Árvore da Vida”:

a) Objetivo: Qual o objetivo do projeto “Árvore da Vida”?

b) Qual o Público-alvo do projeto “Árvore da Vida” (quantifique e regionalize a sua distribuição, se possível, e destaque as diferenças por idade, sexo, cor ou raça, região, etc...).

c) Quantos são os beneficiários (parcela do público-alvo atendida) do projeto “Árvore da Vida”? Indique a taxa de cobertura pretendida para cada ano.

d) Ações: Quais ações compõe o projeto “Árvore da Vida”? (descreve o programa e todas as suas etapas)

e) Qual a finalidade de cada ação?

f) Quais os produtos previstos para cada ação?

g) Quais são os recursos alocados para o projeto “Árvore da Vida”? (financeiros e humanos)

e) Existem programas (federais, estaduais, municipais, privados ou de ONGs) que atuam sobre causas desse problema?

4 Resultados esperados do Projeto “Árvore da Vida”:

a) Quais são os resultados esperados? (A pergunta deve ser feita aberta e seu propósito é captar resultados intermediários e finais)

- b) Qual você considera ser o principal?
- c) Que resultados pretende alcançar nos próximos 4 anos?
- d) Se o projeto é temporário, quantos anos são previstos para a completa execução do mesmo?
- e) Como as ações e seus produtos contribuem para alcançar os resultados? Justifique cada uma delas.
- f) De que forma os resultados são mensurados atualmente?

5 Análise do Contexto

- a) Quais são os fatores de contexto que podem afetar o desempenho do projeto “Árvore da Vida”?

APÊNDICE C – QUADRO 4 – INFORMAÇÕES DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO ENCONTRADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

Referência	Programa (nome)	Enfoque de Programa	Duração e Frequência (quando e quanto?)	Objetivos do programa (o que ele busca melhorar?)	Conteúdo do programa	Profissionais e modo (Quem faz e como é a aplicação?)
PERRY, et al., 2014.	HeadStrong	Educação e sensibilização	Período: 5 a 8 semanas; 10 horas no total. Para professores - workshop de um dia.	Os objetivos são: aumentar a literacia sobre saúde mental e gerar impacto positivo em estigma pessoal e comportamento de buscar ajuda.	O conteúdo é dividido em cinco módulos: 1) Humor e bem-estar mental; 2) os transtornos de humor; 3) Ajudar aos outros; 4) Ajudar a si mesmo; 5) fazer a diferença.	Professores. Recursos - livreto, apresentação de slides. O livreto do professor fornece informações e atividades a serem implementadas em sala de aula e orientações sobre como fazê-lo.
ABIL, et al., 2016.	I can	Treinamento de Habilidades de vida	Módulo: 1) Período: 5 meses; sessão de 2 horas por mês; módulo 2) Período: 4 meses; sessão de 1 hora por mês; módulo 3) 20 aulas (total de 1,5 a 2 horas por semana).	Busca-se formar uma personalidade persistente pela vida, incentiva a busca dos adolescentes pelo seu sistema de orientação de valores e desenvolvimento. Promove a empatia, compaixão e atitude repetitiva e a conexão com os recursos internos.	O conteúdo é dividido em três módulos: 1) persistência na vida e revelação de recursos internos de personalidade; 2) valores próprios de cada um e escolha de modos de vida; 3) a) sociopsicológico: competências comunicativas e habilidades de resolução de conflitos; b) competências de comportamento confiante.	Não explicitado profissional. Os treinamentos contam com uma introdução (definidos objetivos e tarefas e estabelecidas regras); o momento principal (com exercícios e tarefas relacionados aos objetivos); e um momento final (somatório dos resultados do trabalho realizado). São utilizados recursos como vídeos, enredos e histórias inspiradoras, técnicas de arte-terapia e discussões.

JEGANNATHAN, B.; DAHLBLOM, K.; KULLGREN, G., 2014.	Não há	Treinamento de Habilidades de vida	Período: 20 a 24 semanas; 1 ou 2 sessões por semana de 90-100 minutos.	O objetivo geral da intervenção é educar os adolescentes a realizarem escolhas e comportamentos saudáveis, reduzindo comportamentos de alto risco e ensinando-os habilidades para a vida.	Os tópicos abordados no programa são: "Motivação, concentração e melhoria da memória; Habilidades de resolução de problemas; Pressão dos pares e dizer 'Não' às drogas/tabaco; Lidar com o estresse, enfrentar mudanças/problemas; Autoestima, comportamento de busca de sensações; Auto-conhecimento, compreensão da depressão/suicídio (p. 81)	Os profissionais foram uma equipe composta por professores, psicólogos, uma enfermeira psiquiátrica e enfermeiras escolares. Os recursos utilizados foram principalmente discussões participativas, além de atividades e tarefas de casa.
CAÑÓN, et al., 2018.	Não há	Educação e sensibilização	Período: 5 meses (em um intervalo de 8 meses); 8 sessões de 60-120 minutos.	Os objetivos foram de detectar precocemente sinais de alerta em grupos vulneráveis, promover fatores de proteção e educar os adolescentes.	A educação é baseada nos seguintes tópicos: autoestima, resolução e gestão de conflitos socioculturais e interpessoais, cultivo de amizades e relacionamentos, fortalecendo habilidades sociais.	Dois membros do grupo de pesquisa. Utilizaram como recursos elementos audiovisuais, dança, leitura, esportes e arte, rodas de conversa e atividades que contribuam para a resolução de problemas e convivência em sociedade.
MANJULA, M. et al., 2018.	Não há	Educação e sensibilização	Período: 1 semana; 1 a 2 sessões com 120 a 150 minutos no total.	Objetivo de educar sobre suicídio (seguindo às oito estratégias do Center for Disease Control (1994)), e estratégias cognitivas-comportamentais para lidar com a depressão e o estresse (tais como resolução de problemas, tratamento de pensamentos negativos e ativação comportamental).	O conteúdo é dividido em 2 sessões: 1) informações sobre a depressão, barreiras para a procura de ajuda; educação e identificação de comportamentos suicidas e sinais de alerta e métodos de autoajuda, fornecimento de apoio de pares e busca de ajuda de familiares e profissionais. 2) educar sobre fatores de risco e sobre o enfrentamento por meio da resolução de problemas e da autoaceitação por meio de atividades, além das melhorias nas relações sociais.	Pesquisadores de psicologia clínica ou bioestatística. Foram realizadas palestras sobre depressão e suicídio (fatores de risco, procura de ajuda), utilizando vinhetas como exemplos e atividades para demonstrar pensamento positivo e resolução de problemas.

SILVA, et al., 2019a.	Não há	Educação e sensibilização	Período: 3 semanas; 1 sessão por semana.	Os objetivos foram definidos a partir de coleta de informações sobre quais temas os adolescentes achariam relevantes para uma intervenção com os estagiários de enfermagem, chegando-se ao tema da ideação suicida.	O conteúdo do programa foi relacionado à sentimentos, ideação suicida e relações interpessoais.	6 estagiários da graduação em enfermagem. Os encontros contaram com atividades lúdicas (dinâmicas e filme) e rodas de conversa sobre temas pré-definidos no levantamento de necessidades.
WULANDARI, N. P. D.; KELIAT, B. A.; MUSTIKASARI, 2019.	Não há	Liderança entre pares e educação	Período: 3 semanas; 4 sessões no total.	O objetivo do treinamento no modelo de liderança de pares é fornecer modelos positivos para colegas que estão na mesma situação através da disseminação de informações sobre suicídio.	O conteúdo do programa abordado com as lideranças de pares foi dividido em 4 sessões: 1) formação da equipe; 2) construção da equipe por meio da comunicação, respeito mútuo e conhecer seus pontos fortes e fracos; 3) como fazer um projeto relacionado aos problemas dos adolescentes hoje; 4) avaliação geral das atividades.	Não explicitado profissional. Foram realizadas palestras e planejamento de projetos que culminou na criação pelos adolescentes de pôsteres com informações sobre suicídio que foram espalhados pela escola.

BRAUN, et al., 2020.	Não há	sensibilização	Período: 20 semanas; primeira sessão com todos os estudantes interessados; 6 sessões de 50 minutos cada mais 3 horas por semana em média para produção de vídeo.	O objetivo geral foi de auxiliar adolescentes a produzirem vídeos de prevenção do suicídio voltados para outros adolescentes.	Nas capacitação para os jovens criadores dos vídeos, foram repassadas informações sobre fundamentos da prevenção do suicídio e foram informados sobre os papéis nocivos e protetores da mídia na prevenção do suicídio, com recomendações para reportagens seguras, segundo diretrizes da OMS. Discussão sobre experiências pessoais com crises e estratégias de enfrentamento. Por fim, os alunos receberam informações sobre como e onde obter aconselhamento em caso de necessidade.	Pesquisadores psicólogos. Foram realizadas aulas interativas e atividade prática dos alunos criando em grupos vídeos de prevenção ao suicídio.
LEME, V. B. R. et al., 2019.	PRODIN	Treinamento de Habilidades de vida	Período: 1 sessão; 2 horas no total.	Os objetivos foram: trabalhar conteúdos sobre habilidades sociais e de vida (empatia e assertividade), promover relações interpessoais positivas e prevenir o suicídio no contexto escolar.	Não explicitado	Alunos de graduação e pós-graduação vinculados ao projeto. Foram realizadas apresentações com o apoio de slides, com provocações sobre o tema para gerar reflexões e pensamento crítico nos alunos e exercícios em pequenos grupos para assimilar a compreensão dos conceitos e vivências.

SIMOES, R. M. P. et al., 2018; LOUREIRO, C. et al., 2016.	Projeto + Contigo	Sensibilização e treinamento de habilidades de vida	Período: 7 semanas ou 1 anos; 5 a 7 sessões no total	Ambos os artigos citam o desenvolvimento das habilidades sociais, o autoconceito, a aptidão para resolver problemas, a comunicação efetiva, a expressão e gestão de emoções e o fortalecimento das redes de apoio como objetivos. Além disso, Loureiro et al (2016) cita como objetivos gerais, promover a saúde mental, a prevenir os comportamento suicidas e o contrapor com o estigma da saúde mental.	A intervenção busca trabalhar o estigma em saúde mental, a adolescência, o autoconceito, habilidades de resolução de problemas, depressão e bem-estar.	Profissionais de Saúde (enfermeiras) da atenção primária (após capacitação da coordenação do projeto). A intervenção de baseia em Jogos socioterapêuticos. Além disso, Loureiro et al (2016) cita o “Dia + contigo” que é um dia que toda a comunidade escolar se volta à fazer ações de saúde mental.
BAILEY, E. et al., 2017; KINCHIN, I. et al., 2019.	SafeTALK	Educação e sensibilização	Sessão única de 3 horas	Os objetivos são de auxiliar os adolescentes a reconhecerem sinais de alerta, incentivando comportamentos que não repudiem ou evitem o assunto, capacitando-os a perceber e manejar situações com possíveis pensamentos suicidas, incentivando conectar a pessoa suicida com o serviço necessário.	Um dos conteúdos abordados são os passos básicos do "TALK" (Tell, Ask, Listen, and KeepSafe - Diga, Pergunte, Ouça e Mantenha em Segurança).	Os instrutores são voluntários treinados pela equipe do SafeTALK, e, para maior segurança, os conselheiros de orientação (da escola e da equipe do projeto) ficam presentes para orientações. O treinamento baseou-se em apresentações, vídeos e discussões, além da entrega de um cartão contendo passos de alerta para o suicídio a todos os participantes.
SCHILLIN G, A.; ASELTINE, R. H.; JAMES, A., 2016.	Signs of Suicide (SOS) prevention program	Educação e sensibilização	Não explicitado	Os objetivos gerais são relacionados a conscientizar sobre a depressão e compreender o suicídio com um sintoma não tratado desta. Busca-se melhorar as atitudes para com colegas vivenciando esses sintomas e encorajar os adolescentes a busca de ajuda.	O conteúdo educativo foca em trazer, principalmente, a compreensão de que o comportamento suicida é um sintoma de uma doença mental, baseando-se nos critérios diagnósticos do DSM.	Não explicitado profissional. Para aplicação dos programa, as escolas recebem um manual de procedimentos e um kit de materiais com DVD, guia de discussão, formulários de triagem, entre outros. Também há um vídeo com dramatizações sobre como auxiliar um adolescente com risco de suicídio e entrevistas reais com pessoas atingidas pelo suicídio.

FEKKES, M. et al., 2016.	Skills for Life	Treinamento de Habilidades de vida	Período: 2 anos escolares; 25 sessões (16 no primeiro ano e 9 no segundo ano).	Os objetivos do programa são: "(...) reduzir problemas comportamentais e de saúde em adolescentes entre 13-16 anos de idade e melhorar o comportamento pró-social, autoconsciência, consciência social, autocontrole, habilidades interpessoais e tomada de decisão ética." (p. 4).	Os conteúdos do programa são, principalmente: habilidades gerais de resolução de problemas, regulação emocional e pensamento crítico. Além de questões específicas, como: dar e buscar ajuda, lidar com o bullying, estabelecer e respeitar limites, uso de substâncias, normas, valores e amizades, sexualidade, pensamentos suicidas e conflitos.	São os professores que conduzem o programa, após dois períodos de treinamento (3 dias) e 4 sessões de reforço. Como métodos de ensino, o programa utiliza técnicas de encenação, vídeos em DVD, discussão, feedback e técnicas para firmar compromissos relacionados ao comportamento saudável
PETROVA, M. et al., 2015; CALEAR, A. L. et al., 2016.	Sources of Strength (SOS) Suicide Prevention Program	Liderança entre pares	Período: 3 meses por ano; não há definição exata de sessões, mas haverá atividades promovidas pelas peer leaders nesse período. As apresentações dos líderes de pares duram entre 10-15 minutos.	O modelo de liderança entre pares busca influenciar de forma positiva os demais alunos a partir de exemplos de pessoas que utilizam estratégias de enfrentamento positivas. O foco é estimular a busca de ajuda, comunicação com os adultos e habilidades de enfrentamento.	Os líderes de pares são treinados baseando-se nas oito "fontes de força" de proteção (família, amigos, mentores, atividades saudáveis, generosidade, espiritualidade, acesso médico e acesso à saúde mental). Eles aprendem a encorajar os demais alunos a buscar ajuda para si e para os amigos, conectar adultos de confiança com os jovens e promoção de atitudes de enfrentamento saudáveis.	Profissional não explicitado. Primeiro é feita a preparação da comunidade escolar (apresentação de 1 hora), nomeados membros da escola para serem adultos conselheiros (treinamento de 4-6 horas) e adolescentes para serem lideranças de pares. Após, os líderes realizam apresentações e/ou vídeos para passar mensagens a todos os alunos, muitas vezes usando exemplos pessoais de enfrentamento.

STRUNK, C. M. et al., 2014a. STRUNK, C. M. et al., 2014b.	The Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program	Sensibilização e habilidades de enfrentamento (coping)	Período: 4 dias consecutivos; 4 sessões com 50 minutos cada.	Os autores citam 4 objetivos gerais: incentivar a busca de ajuda pelos adolescentes e seus amigos; fortalecer a conexão dos adolescentes na família e na escola; reduzir comportamentos de risco, como uso de drogas e, principalmente, o suicídio e desenvolver habilidades de enfrentamento nos adolescentes.	Os adolescentes recebem informações sobre fatores de risco para suicídio e depressão e discutem sobre outros transtornos mentais, aprendendo a reconhecer sinais. Além disso, o programa enfatiza a utilização do enfrentamento apoiado para lidar com esses fatores de risco, incentivando a busca de ajuda, através da melhora na conexão emocional e comunicação com a família, aprendendo o controle da raiva e habilidades de resolução de conflitos.	Profissional de Saúde Mental ou enfermeiro educador. O programa utiliza principalmente experiências vicárias (histórias reais de adolescentes que utilizaram o método ensinado de forma satisfatória para buscar ajuda) persuadindo socialmente os alunos a realizarem o mesmo. Além disso, utilizam role-playing e são entregados cartões que descrevem o Steps do LAST®, apontam fontes de referência e consta o site do programa.
FLYNN, A. et al., 2016. SCHMIDT, R. C. et al., 2015.	The Yellow Ribbon Suicide Prevention Program	Educação e sensibilização	Sessão única de 25 minutos ou 1 hora.	Os objetivos principais do programa são: fornecer informações sobre fatores de risco para suicídio, sobre como buscar ajuda para si mesmo ou para um amigo e buscar reduzir o estigma em torno do suicídio e dos transtornos mentais.	Educação e conscientização sobre sinais e sintomas da ideação suicida	Flynn et al (2016) cita a participação de grupo de instrutores treinados pela organização Yellow Ribbon, já Schmidt et al (2015) cita a participação de profissional de saúde mental escolar. Em ambos, foi realizada apresentação aos alunos e entrega de materiais: Flynn et al (2016) relata entrega de um cartão amarelo para facilitar o início da conversa com um adulto e, além deste, Schmidt et al (2015) relata a entrega de uma pulseira de silicone e camiseta com incentivando a ligação para a <i>hotline</i> de ajuda a pessoas com pensamentos suicidas.

PATHARE, S. et al., 2020.*; LINDOW, Janet C. et al. 2019.; LINDOW, J. C. et al., 2020.; KAHN, J. et al. 2020.**; WASSERMAN, D. et al., 2015**.	Youth Aware of Mental Health (YAM)	Sensibilização e habilidades de vida	Período: entre o mínimo de 3 e o máximo de 5 semanas. Aproximadamente 5 horas no total, geralmente divididas em 5 sessões de 1 hora cada.	O programa tem como objetivos gerais: conscientizar sobre saúde mental, fatores de risco e proteção associados ao suicídio, aprimorar habilidades de enfrentamento, resolução de problemas e consciência emocional e promover discussões sobre enfrentamento de fatores estressantes que podem desencadear pensamentos suicidas.	Os principais temas discutidos são relacionados aos fatores de risco e proteção do suicídio, depressão, estresse, e maneiras de auxiliar a si ou a um amigo em crise. Além de trazer atividades para aprimorar habilidades de enfrentamento.	Facilitadores treinados na metodologia YAM (via curso ou manual de instruções). O programa inclui 3 horas de dramatizações e 2 horas de palestras interativas e discussões sobre saúde mental. Os alunos recebem um livreto informativo com informações sobre saúde mental e pôsteres educacionais são fixados na sala de aula.
--	------------------------------------	--------------------------------------	---	--	--	---

*Programa Youth Aware of Mental Health (YAM) culturalmente adaptado para adolescentes indianos (incluso no programa SPIRIT)

**Programa Youth Aware of Mental Health (YAM) incluso dentro do programa Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)