

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

YULLA SAMPAIO EVANGELISTA

A ATUAÇÃO DE PSICÓLOGOS ESCOLARES DO PIAUÍ DIANTE DE
COMPORTAMENTOS SUICIDAS EM ADOLESCENTES

TERESINA - PI

2025

YULLA SAMPAIO EVANGELISTA

A ATUAÇÃO DE PSICÓLOGOS ESCOLARES DO PIAUÍ DIANTE DE
COMPORTAMENTOS SUICIDAS EM ADOLESCENTES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Psicologia como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Patrícia Melo do Monte.

TERESINA - PI

2025

YULLA SAMPAIO EVANGELISTA

A ATUAÇÃO DE PSICÓLOGOS ESCOLARES DO PIAUÍ DIANTE DE
COMPORTAMENTOS SUICIDAS EM ADOLESCENTES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Psicologia como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Local: Plataforma Google Meet. **Horário:** 18:00. **Data:** 23/06/2025

Prof. Dra. Patrícia Melo do Monte (Orientadora)

Prof. Dra. Camila Siqueira Cronemberger Freitas

Prof. Dr. Fauston Negreiros

TERESINA - PI

2025

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar a escrita deste trabalho e iniciar os agradecimentos, revisito o caminho que me trouxe até aqui e recordo uma fala de B. F. Skinner: sou esta pessoa escrevendo agora, mas não sou original. Sou um locus no qual minhas histórias genética e pessoal se encontram para produzir este trabalho. Reconheço, portanto, que este percurso não foi trilhado sozinha. Cada página escrita carrega influências, encontros e apoios que, de diferentes maneiras, contribuíram para que este trabalho se tornasse possível.

Agradeço à minha mãe, Lucilene, que, à sua maneira, sempre esteve presente e tornou possível a conclusão desta etapa. À minha irmã e melhor amiga, Yalli, que me inspira todos os dias, não apenas por compartilharmos o mesmo amor pela Psicologia e pela Análise do Comportamento, mas por dividirmos, com afeto e parceria, a própria vida.

Aos meus tios, Núbia e Paulo, sou grata por todo o apoio oferecido ao longo da minha trajetória, tanto na minha formação acadêmica, quanto em todos os momentos importantes da vida.

À minha orientadora, Prof. Dra. Patrícia Melo, que confiou neste trabalho e que, com seu conhecimento e gentileza, foi essencial para sua viabilização.

Ao Serviço de Psicologia da UESPI, em especial à Juma e Mariane, que, pacientemente, me ouviram, contribuíram e ampararam nos momentos de insegurança durante a produção desta pesquisa, oferecendo apoio, acolhimento e a confiança necessária para seguir.

À minha amiga Lívia, que foi minha parceira nos estágios extracurriculares, por me acompanhar nesse momento tão difícil que é a reta final da graduação, e por todas as conversas e risadas compartilhadas no dia a dia.

Encontrar pessoas boas pelo caminho da vida é algo que eu almejo muito. Encontrar pessoas boas é algo reconfortante. Ser escolhido pelo destino para que o seu caminho se encontre com alguém de valor... acho que isso é sorte. E eu tive essa sorte. Portanto, agradeço a todos os amigos que foram presença e casa nos dias difíceis, e celebração nos dias bons. Obrigada por compartilharem a vida comigo!

*Para que eu seja assim inteira (essencial e
essência) é preciso que não esteja em outro lugar
senão em mim.*

(Lygia Fagundes Telles)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. PSICOLOGIA ESCOLAR NO BRASIL: TRAJETÓRIA HISTÓRICA, DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS E FORMAÇÃO PROFISSIONAL	9
2.1. Considerações históricas e perspectivas contemporâneas	9
2.2. Formação profissional	13
3. A PSICOLOGIA E O MANEJO DA CRISE SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA	18
3.1. Aspectos biopsicossociais da adolescência e o comportamento suicida	18
3.2. Intervenção do (a) psicólogo (a) em crises de suicídio na adolescência	22
4. PERCURSO METODOLÓGICO	26
4.1. Cenário da pesquisa	26
4.2. Participantes	27
4.3. Procedimentos de Coleta	27
4.4. Análise dos Dados	28
4.5. Aspectos Éticos	28
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1. Concepções sobre o comportamento suicida na adolescência: quais caminhos para a compreensão?	30
5.2. Entre o visível e o velado: a percepção do sofrimento psíquico na escola	34
5.3. Fatores relacionados ao comportamento suicida na adolescência: uma abordagem contextual	39
5.4. Estratégias e recursos de intervenção diante do comportamento suicida de adolescentes	46
5.4.1. atendimentos individuais como espaços de escuta e acolhimento	47
5.4.2. Articulação escola–família nas estratégias de prevenção e intervenção	49
5.4.3. A escola como espaço de cuidado: identificação e intervenção compartilhada	51
5.4.4. Integração escola–rede: encaminhamento à rede de saúde e proteção	53
5.4.5. Registros e Notificações como ferramentas na intervenção da Psicologia Escolar	56
5.4.6. Lacunas metodológicas na avaliação do risco de suicídio	59
5.4.7. Estratégias educativas e preventivas no cotidiano escolar: projetos como recursos facilitadores	59
5.5. Desafios e Facilitadores na Atuação dos Psicólogos Escolares Frente ao Comportamento Suicida em Adolescentes	64
5.5.1. Fatores Dificultadores	64
5.5.2. Fatores Facilitadores	70
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE 01	89

RESUMO

Este estudo tem como objetivo principal analisar a atuação dos psicólogos escolares do Piauí ao identificarem comportamentos suicidas em alunos adolescentes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e de campo, cujos participantes foram seis psicólogos escolares com experiência mínima de um ano em instituições de ensino e vivência no manejo de crises suicidas. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, via Google Meet, utilizando a técnica snowball sampling (“bola de neve”). A análise dos dados seguiu a proposta de análise de conteúdo de Bardin (2010). Os resultados indicam que os psicólogos atuam majoritariamente por meio da escuta qualificada, do acolhimento e da articulação com as famílias. Destacam-se também práticas colaborativas com professores, funcionários e até mesmo com os próprios colegas de turma, além do encaminhamento a serviços especializados e da implementação de estratégias educativas e preventivas no cotidiano escolar. Contudo, essa atuação é limitada pela ausência de protocolos estruturados voltados à avaliação do risco de suicídio, sobrecarga de trabalho, fragilidade na articulação com a rede de saúde mental e dificuldade de envolvimento das famílias. Entre os fatores sociais associados ao comportamento suicida em adolescentes, destacam-se conflitos familiares, dificuldades escolares e baixa autoestima, além de elementos estruturais como desigualdade social, pressão por desempenho e padrões idealizados disseminados pelas redes sociais. A pesquisa contribui para a compreensão das práticas psicológicas na escola e para o fortalecimento de estratégias de cuidado mais integradas e efetivas no enfrentamento do suicídio na adolescência.

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde sobre o panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021, no ano de 2021 o suicídio representou a 27º causa de morte no país, afetando principalmente a população adolescente e adulta jovem. Entre crianças e adolescentes de 5 a 14 anos, o suicídio representou a 11º causa de morte, ao passo que entre adolescentes e jovens de 15 a 19 anos e 20 a 29 anos foi, respectivamente, a terceira e quarta maior causa de mortalidade.

Ainda segundo esse Boletim Epidemiológico, o Piauí registrou uma taxa de suicídio de 11,83% em relação ao total de óbitos contabilizados no estado em 2021, segundo maior percentual do país, atrás apenas do Rio Grande do Sul, com um índice de 12,37%. O estudo, realizado com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), indica que o Piauí acumulou um aumento de 66,7% na taxa de suicídio nos últimos 11 anos.

Nos Estados Unidos, durante o início da pandemia da COVID-19 (2020-2021), as visitas ao pronto-socorro por tentativas de suicídio aumentaram significativamente entre adolescentes de 12 a 17 anos. Entre as meninas, o crescimento foi de 50,6%, enquanto entre os meninos foi de 3,7%, em comparação com anos anteriores (Hua et al., 2024).

Assim, a relevância de estudos sobre este tema torna-se evidente, pois, como destacam Werlang et al. (2004), o comportamento suicida contempla, independente do ponto de vista pelo qual é analisado, uma dimensão central relacionada ao sofrimento. Pode-se pensar no sofrimento que leva o indivíduo ao ato suicida, no sofrimento resultante do enfrentamento familiar frente ao suicídio de um de seus membros, assim como nas consequências sociais que tal ato provoca.

O período da adolescência pode ser considerado, muitas vezes, como um momento intenso, de conflitos, mudanças, busca pela própria identidade, necessidade de identificação com um grupo e pressões sociais e culturais. O excesso de exigências contribui para a vulnerabilidade dos jovens, e os elevados índices de suicídio entre adolescentes podem, em parte, ser explicados pela dificuldade que muitos enfrentam ao lidar com as pressões sociais e psicológicas comuns nessa fase da vida.

Dessa forma, a identificação dos fatores associados ao suicídio de adolescentes é crucial para o planejamento de ações preventivas mais precisas no âmbito da escola. Dentre esses fatores, estão problemas na relação com os pais, o pequeno número de amigos, as relações agressivas que o indivíduo estabelece com esses e sentimentos de tristeza e solidão (Souza et al., 2010). A escola, por sua vez, tem uma função significativa na vida das crianças e dos adolescentes pois é um ambiente onde ocorre uma série de experiências e aprendizados

essenciais para o desenvolvimento pessoal, social e acadêmico, principalmente por ser um dos primeiros ambientes em que a criança aprende a socializar. Quando não há um sentimento de pertença ou quando um indivíduo é excluído de um grupo, as chances de desenvolver sintomas depressivos são aumentadas (Barros et al., 2014).

Em relação à agressividade presente nas relações, sabe-se que o comportamento impulsivo-agressivo está presente em muitos casos de suicídio consumado (Turecki, 1999). No entanto, é importante destacar que tais comportamentos não são inerentes a uma fase da vida, mas podem emergir como expressão de vulnerabilidades individuais, influenciadas por fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais, conforme aponta Turecki (1999).

Outro fator fortemente associado à ideação suicida em adolescentes é a existência de transtornos psiquiátricos (Botega, Barros, De Oliveira, Dalgarrondo e Marín-Léon, 2004; Souza et al., 2010; Moreira e Bastos, 2015). A condição clínica de um indivíduo com algum transtorno mental pode afetar sua vida nas esferas social, profissional e acadêmica. Assim, ele poderá apresentar maior dificuldade em se adaptar à sociedade; sintomas como ansiedade, raiva e frustração e piora na qualidade de vida. Esses fatores, aliados a um diagnóstico não fidedigno e a um tratamento inapropriado, podem agravar o risco de morte de um indivíduo que possui ideação suicida (Sganzerla, 2021).

Dentre os transtornos mentais mais comuns associados ao suicídio estão o Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno Bipolar, a Dependência de Álcool e Outras Drogas, Esquizofrenia e Transtornos de Personalidade que incluam características como impulsividade, agressividade e labilidade (Botega, 2015). Além disso, sintomas como tristeza, solidão e baixa autoestima estão relacionados ao planejamento suicida, independentemente da existência de um transtorno (Baggio et al., 2009; Souza et al., 2010).

Problemas comportamentais, uso de substâncias, histórico de abuso e exposição à violência, relacionamento familiar disfuncional também são fatores associados ao suicídio em adolescentes (Baggio et al., 2009; Botega et al., 2004; Claumann et al., 2018; Moreira & Bastos, 2015; Souza et al., 2010). A existência de uma tentativa anterior de suicídio é considerada como alto risco da possibilidade de concretização do suicídio (WHO, 2019). Ainda, outro forte indicador, são pacientes que apresentam estresse psicológico provenientes de situações adversas.

No contexto estadunidense, as taxas de suicídio chegam a 42% em crianças e adolescentes com deficiência intelectual. Adolescentes com deficiências físicas, intelectuais e de aprendizagem apresentam maior risco de suicídio em comparação com aqueles sem essas condições. Eles também possuem maior propensão a desenvolver depressão e ansiedade,

porém, devido às dificuldades na comunicação social, esses diagnósticos frequentemente não são identificados. A presença de duas ou mais deficiências aumenta ainda mais a probabilidade de tentativa de suicídio nos últimos 12 meses (HUA et al., 2024).

Esses fatores de risco podem ser intensificados por um ambiente escolar que, em vez de oferecer suporte, reforça a individualização do sofrimento psíquico. A psiquiatrização dessas dificuldades, conforme discutido por Caponi e Daré (2020), contribui para a medicalização de desafios emocionais que, muitas vezes, são reflexo de fatores sociais e estruturais.

O modelo neoliberal, ao enfatizar o desempenho acadêmico e individualizar o fracasso escolar, pode intensificar a vulnerabilidade emocional dos adolescentes, reforçando a sensação de impotência diante dos desafios. Nesse cenário, dificuldades comuns da adolescência, como baixa autoestima, insegurança e dificuldades de aprendizagem, são frequentemente interpretadas como transtornos mentais, levando a uma resposta centrada em diagnósticos e tratamentos farmacológicos, em vez de abordagens que considerem o contexto social e emocional dos estudantes. Isso pode resultar na desconsideração de fatores como abuso, violência e dinâmicas familiares disfuncionais, dificultando uma abordagem mais ampla e eficaz na prevenção do suicídio entre adolescentes.

Diante desse cenário, é essencial que a escola assuma uma postura ativa no enfrentamento dos casos de suicídio na adolescência, uma vez que os adolescentes passam grande parte de seu dia dentro das instituições de ensino. A escola, como espaço de interação entre colegas, professores e demais membros da comunidade escolar, tem o potencial de ser um ambiente seguro onde a coletividade pode servir como rede de apoio. Considerando a importância da escuta qualificada e da atenção aos sinais de sofrimento psíquico, Cassorla (2017, p.10) ratifica essa hipótese ao destacar que “médicos, professores e todos os profissionais que lidam com seres humanos devem ser capazes de identificar ideias suicidas”.

Dessa forma, a intervenção em casos de crise suicida é uma das áreas fundamentais de atuação da psicologia escolar, dada a importância de promover a saúde mental dos alunos e prevenir situações de risco. Nesse contexto, cabe ao psicólogo escolar desenvolver ações que possibilitem a identificação do sofrimento psíquico, respeitando as singularidades dos estudantes e os contextos sociais nos quais estão inseridos.

A pesquisa justifica-se, portanto, pela crescente incidência de casos de suicídio entre adolescentes no estado do Piauí. Apesar da importância da atuação dos psicólogos escolares nesse cenário, ainda há pouca produção científica sobre as estratégias específicas que esses profissionais utilizam diante de comportamentos suicidas nas escolas.

Diante dessas considerações, este estudo objetiva analisar a atuação dos psicólogos escolares ao identificarem comportamento suicida em alunos adolescentes. A fim de chegar a esse propósito, tivemos como objetivos específicos investigar como os psicólogos escolares concebem o comportamento suicida do adolescente; caracterizar as intervenções evidenciando metodologias e recursos dos psicólogos escolares frente ao comportamento suicida de estudantes adolescentes; caracterizar elementos facilitadores e dificultadores da atuação no manejo do comportamento suicida; e investigar como a formação acadêmica do psicólogo escolar se relaciona com a atuação diante do comportamento suicida na escola.

O presente trabalho se estrutura da seguinte forma: após a introdução, apresenta-se no primeiro capítulo considerações sobre o desenvolvimento da Psicologia Escolar ao longo do tempo, destacando suas origens e principais transformações, as abordagens atuais da Psicologia Escolar, considerando os desafios e tendências no contexto educacional, o papel e as práticas dos psicólogos escolares no ambiente educacional e as principais competências, habilidades e conhecimentos necessários para a formação de psicólogos que atuam no campo da Psicologia Escolar.

No capítulo dois, aborda-se os aspectos biopsicossociais da adolescência, destacando as transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais dessa fase, bem como os desafios que podem levar a conflitos e vulnerabilidades, como o comportamento suicida. Explora as categorias desse comportamento (ideação, tentativa e suicídio consumado), com ênfase na importância da identificação precoce dos pensamentos suicidas e na compreensão de suas causas. O capítulo também trata da atuação do psicólogo em crises de suicídio na adolescência, destacando a importância da formação de profissionais para identificar e intervir em crises suicidas.

A metodologia é apresentada no capítulo seguinte, sendo descritos as características da pesquisa, os participantes, os critérios de inclusão e exclusão, os procedimentos de coleta e a metodologia de análise dos dados, bem como os procedimentos éticos. O capítulo quatro consiste nos resultados e discussão, relacionando a teoria com os dados obtidos com a pesquisa. Em seguida foram apresentadas as considerações finais sobre o estudo, referências e apêndices. A pesquisa contribui para a compreensão das práticas psicológicas na escola e para o fortalecimento de estratégias de cuidado mais integradas e efetivas no enfrentamento do suicídio na adolescência.

2. PSICOLOGIA ESCOLAR NO BRASIL: TRAJETÓRIA HISTÓRICA, DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A proposta deste capítulo é oferecer uma visão abrangente da Psicologia Escolar, abordando inicialmente suas considerações históricas e perspectivas contemporâneas no Brasil. A discussão também contempla a trajetória e as particularidades do campo no estado do Piauí, reconhecendo suas especificidades no processo de consolidação da área. Em seguida, são apresentados aspectos relacionados à formação profissional em Psicologia Escolar, com destaque para os desafios e avanços no preparo de psicólogos para atuação no contexto educacional. Com isso, busca-se contextualizar a evolução da área, considerando tanto os marcos nacionais quanto as experiências locais que moldam as práticas atuais.

2.1. Considerações históricas e perspectivas contemporâneas

A psicologia escolar no Brasil teve suas origens marcadas por uma abordagem clínica e classificatória para lidar com problemas de desenvolvimento e aprendizagem. Durante a primeira metade do século XX, predominou uma atuação remediativa, influenciada pela medicina e caracterizada pela priorização do enfoque psicométrico por meio da avaliação da prontidão escolar, da organização de classes para alunos considerados especiais, dos diagnósticos e dos encaminhamentos para serviços especializados (Campos e Jucá, 2006; Guzzo, 2001).

Na década de 1970, mudanças significativas no contexto educacional, como a promulgação da lei nº 5.692/71, que ampliou o sistema educacional e efetivou a expansão da escolaridade obrigatória e gratuita, resultaram em um aumento na demanda por intervenções psicológicas escolares devido às dificuldades de adaptação do sistema às diversas realidades socioculturais. Nesse período, a psicologia, com seu arcabouço clínico e psicométrico, foi convocada para compreender as queixas escolares, apoiando-se em critérios de neutralidade, quantificação e classificação.

As práticas acima mencionadas provocaram, ao longo das duas décadas seguintes, explicações para o fracasso escolar baseadas nos resultados obtidos por meio de instrumentos de medição da inteligência, atributos afetivos, motores e outros que ora localizavam a problemática no indivíduo, ora relacionavam as dificuldades escolares às condições socioeconômicas e/ou ao ambiente familiar (Collares e Moysés, 1996; Patto, 1999). Dessa maneira, explicava-se o fracasso escolar de maneira individualista. De acordo com Patto (1999), esses modelos de avaliação serviram para um processo excludente, próprio de um

sistema de produção capitalista, denunciando, inclusive, o caráter elitista a que essa atuação profissional pôde (e ainda pode) estar a serviço.

Em vez de esclarecer as causas e minimizar as dificuldades de aprendizagem, essas intervenções reforçaram a culpabilização do aluno, ao atribuírem o fracasso escolar a déficits individuais. Tal abordagem comprometeu o desenvolvimento dos alunos ao favorecer processos de exclusão, ajustamento forçado às normas escolares e desvalorização de suas potencialidades e ao reforçar uma postura passiva por parte dos agentes escolares. Dessa forma, constata-se que a relação da psicologia com a educação aconteceu de forma assimétrica, pois aquela explicava os fenômenos e ditava procedimentos de tratamento, contribuindo para processos de categorização, segregação e marginalização do que é considerado "diferente" (Marinho-Araújo & Almeida, 2005; Neves, 2005; 2001).

Essa forma de atuação refletia o contexto da ditadura civil-militar brasileira (1964–1985), período em que a Psicologia foi amplamente utilizada como instrumento de adaptação dos indivíduos à ordem vigente, reforçando práticas biologizantes e de ajustamento à normalização social (Silva, 2017). A insatisfação dos psicólogos escolares com essa abordagem culminou em uma crise que se estendeu até as décadas seguintes, marcada por reflexões sobre a inadequação das abordagens tradicionais frente às demandas do contexto educacional.

A partir dos anos 2000, houve um avanço na discussão teórica sobre a atuação do psicólogo escolar, com uma maior ênfase na atuação institucional, participação do psicólogo escolar na formação de professores e na elaboração do projeto político pedagógico da escola e experiências de estágios baseadas em metodologias de pesquisa-ação (Barbosa e Marinho-Araújo, 2010), abrindo caminho para novos focos de intervenção na área.

Nesse cenário, destacam-se os debates em torno dos modelos de atendimento adotados na prática da psicologia escolar. Segundo Barros, Negreiros e Carvalho (2022), em pesquisa com psicólogas atuantes no ensino público piauiense, embora o modelo clínico, focado em avaliações e atendimentos individualizados, ainda seja amplamente utilizado, observa-se um movimento de ampliação para práticas institucionais, que visam uma compreensão mais abrangente das dinâmicas escolares. Paralelamente, o modelo educacional e crítico, centrado na atuação vinculada às políticas públicas educacionais e ao território escolar, tem emergido como uma proposta potente, embora ainda minoritária, que busca romper com ações individualizantes e descontextualizadas, propondo uma intervenção voltada à transformação social e ao fortalecimento da coletividade.

Ao analisar o desenvolvimento da Psicologia Escolar no Brasil, é fundamental destacar também os processos de construção e consolidação dessa área nos contextos regionais, como é o caso do estado do Piauí. No contexto piauiense, a Psicologia Escolar compartilha trajetórias históricas semelhantes às vivenciadas em nível nacional. Conforme apontam Fernandes (2011) e Silva (2009), as particularidades da formação e da atuação profissional no Piauí acompanham as trajetórias históricas observadas em nível nacional. No entanto, observa-se que o processo de inserção profissional nessa região ocorreu de forma mais tardia, com as primeiras experiências efetivas de atuação escolar sendo registradas apenas na década de 1980.

Cacau (2019) destaca que os primeiros psicólogos a atuarem no Piauí vieram de outros estados e se inseriram principalmente em áreas clínicas, organizacionais e assistenciais, com pouca ou nenhuma presença nas instituições escolares. Apenas a partir de 1986 se registra a contratação de psicólogos para escolas no interior do estado, ainda com forte influência do modelo psicométrico e adaptacionista.

Nesse sentido,

a Psicologia Escolar e Educacional no estado foi construída por profissionais naturais do Piauí e de outros estados, que obtiveram sua formação em diversas regiões do país, processo semelhante ao da história da Psicologia no Brasil, em que os primeiros psicólogos se formaram no exterior e, apenas após a regulamentação da profissão, passaram a exercê-la no território nacional (Carvalho et al., 2023).

Nas décadas de 1990 e 2000, a criação dos cursos de Psicologia em Teresina impulsionou o avanço da formação inicial na área, especialmente com a introdução dos estágios obrigatórios em Psicologia Escolar. Esse movimento contribuiu para a consolidação de um cenário de crescimento e maior organização da categoria no estado, marcado pela criação de grupos de pesquisa, projetos de extensão, ligas acadêmicas e pela fundação da primeira representação estadual da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE). De acordo com Cacau (2019), o fortalecimento de uma Psicologia Escolar crítica e comprometida com as transformações institucionais no Piauí tem sido resultado de uma construção coletiva, protagonizada por profissionais, pesquisadores e instituições de ensino engajados na formação e na promoção de debates sobre as competências necessárias para esse campo de atuação.

Nesse sentido, compreender a atuação do psicólogo escolar diante de situações complexas, como o comportamento suicida de adolescentes, requer o reconhecimento dessas trajetórias locais, que envolvem tanto lacunas históricas quanto movimentos de afirmação e

construção profissional. Tais elementos são indispensáveis para se pensar intervenções contextualizadas, éticas e críticas no ambiente educacional piauiense.

Dessa forma, ao considerar a construção histórica da Psicologia Escolar no Piauí, amplia-se o olhar para as transformações mais recentes no cenário nacional. Um marco significativo nesse processo foi a promulgação da Lei nº 13.935, em 11 de dezembro de 2019, que determina a inserção de psicólogos(as) e assistentes sociais nas redes públicas de educação básica.

Segundo Marinho-Araújo e Almeida (2005), a atuação do psicólogo no ambiente escolar requer um conhecimento aprofundado do contexto educativo, especialmente por meio da compreensão dos aspectos intersubjetivos que permeiam a dinâmica escolar. Esse processo se torna possível por meio da escuta clínica e da realização de um mapeamento institucional, que propiciam uma investigação aprofundada dos documentos e diretrizes que orientam as práticas pedagógicas, a dinâmica de trabalho do grupo de professores e demais funcionários, a gestão desenvolvida pela direção da escola, a inter relação de professores, alunos e pais, entre outros aspectos.

A partir da compreensão do contexto escolar, o psicólogo poderá fazer intervenções em espaços coletivos existentes na escola, conselhos de classe, coordenações de professores, reuniões bimestrais de pais e mestres, além de criar outros espaços de discussão, como grupos de professores nos quais seja possível a reflexão sobre as práticas pedagógicas, estudos de caso e aspectos intersubjetivos que permeiam o trabalho da instituição (Almeida, 2001; Araújo, 2003).

Dessa forma, a psicologia escolar passa a ser entendida numa perspectiva relacional e institucional, uma vez que considera para além do atendimento individualizado a alunos com dificuldades de aprendizagem a compreensão do funcionamento da instituição, considerando de que forma a complexa rede de interações no âmbito da instituição contribui ou não para a situação de queixa escolar (Araújo e Almeida, 2006).

Nesse sentido, ganham destaque as práticas emergentes em Psicologia Escolar, discutidas por Martínez (2010). Essas práticas ampliam a atuação do psicólogo ao incorporar a dimensão psicossocial da escola como campo de intervenção. Entre elas, destacam-se o diagnóstico e a análise institucional voltados à subjetividade social da escola, a participação na construção e avaliação da proposta pedagógica, a colaboração na seleção e acompanhamento da equipe pedagógica, bem como o fortalecimento da coesão e da formação técnica dos profissionais da educação.

Além disso, envolvem a coordenação de oficinas voltadas ao desenvolvimento integral dos estudantes, a caracterização da população estudantil para subsidiar práticas pedagógicas mais personalizadas, a realização de pesquisas voltadas ao aprimoramento do processo educativo e a mediação crítica, reflexiva e criativa na implementação de políticas públicas. Ao integrar-se ativamente às práticas e decisões institucionais, o psicólogo escolar reafirma seu papel como agente transformador, contribuindo para a promoção de mudanças significativas na cultura escolar e no fortalecimento de práticas educativas mais inclusivas e contextualizadas (Martínez, 2010).

Essa ampliação das possibilidades de atuação do psicólogo escolar destaca a prioridade de modelos preventivos para lidar com as demandas emergentes no contexto educacional. Nesse sentido, Valle (2003) argumenta que o psicólogo deve reorientar sua prática, abandonando o enfoque exclusivamente clínico e remediativo, que se concentra na solução de problemas, para adotar uma abordagem mais abrangente, voltada para a prevenção e a promoção da saúde.

Tal deslocamento implica colocar o indivíduo como sujeito ativo do processo, reconhecendo sua condição histórico-cultural e potencial criativo, conforme ressaltado por Martinez (2009), que enfatiza o psicólogo como agente de mudanças e sujeito atuante nos contextos em que está inserido. Esse compromisso exige do profissional autonomia, força e criatividade para enfrentar e vencer as dificuldades e resistências de natureza diversa que inevitavelmente permeiam os complexos espaços sociais dos contextos educativos.

2.2 Formação profissional

Em relação à formação em Psicologia Escolar, Santos e Toassa (2015) afirmam que o ensino na área deve ser mais comprometido com a realidade social, articulando as esferas teórica e prática de modo a proporcionar uma identidade para o campo. Nesse sentido, a concepção de currículo assume papel fundamental, pois a experiência prática deve estar indissociavelmente vinculada à teoria. Balbino (1990) já destacava a importância dos estágios como espaço privilegiado de integração entre teoria e prática, afirmando que eles “constituem parte importante da formação profissional” (p. 82). Além disso, defende-se que essa prática deve ser transformadora, com potencial para romper interesses particulares e colaborar efetivamente para a transformação social.

No contexto piauiense, essa articulação entre teoria e prática na formação em Psicologia Escolar vem apresentando avanços relevantes nos últimos anos. De acordo com Silva (2009), a graduação em Psicologia foi implantada na cidade de Teresina apenas em

1998, sendo o último estado da região Nordeste a contar com esse curso. Essa inserção mais tardia, em comparação com outras regiões do país, influenciou os caminhos percorridos pela Psicologia Escolar no estado, refletindo-se também na formação profissional recente.

No entanto, os dados levantados na pesquisa de Cacao (2019) indicam um cenário formativo favorável: 96,5% das participantes afirmaram ter cursado disciplinas obrigatórias na área e 94,7% realizaram estágios curriculares obrigatórios em Psicologia Escolar. Outro dado relevante, também oriundo desta investigação, é o percentual expressivo de profissionais que vivenciaram estágios não obrigatórios em Psicologia Escolar, representando 17,8% dos participantes, o que pode sinalizar uma ampliação das oportunidades de atuação na área, especialmente em instituições privadas de ensino (Fernandes, 2011; Lemos & Silva, 2017). Ao considerar esses indicadores, nota-se um movimento de fortalecimento da Psicologia Escolar na formação inicial no Piauí, que contribui para a consolidação de um perfil profissional mais preparado para as demandas institucionais e preventivas no contexto educacional.

Nesse sentido, faz-se necessária a formação de profissionais comprometidos com uma prática contextualizada, eficaz e alinhada às demandas contemporâneas e ao compromisso social que a Psicologia Escolar deve assumir no cenário educacional brasileiro. Martínez (2009) ressalta que esse compromisso implica uma reflexão crítica sobre a própria prática profissional, que deve ser constantemente atualizada para responder de forma efetiva às exigências dos processos educativos. Essa transformação tem sido impulsionada tanto pelas críticas ao modelo clínico-tradicional quanto pela crescente sensibilização dos psicólogos diante das transformações sociais que o país demanda.

Nessa mesma direção, Cacao (2019) reforça a importância de uma atuação crítica e politicamente engajada, que vá além das demandas “aparentes” do cotidiano escolar. A autora destaca que o exercício profissional deve envolver a participação ativa na elaboração de políticas públicas educacionais, diretrizes institucionais e ações coletivas que considerem os aspectos sociais e políticos que atravessam a escola. Para tanto, é necessário que a formação inicial proporcione vivências alinhadas às realidades sociais emergentes, promovendo uma identidade profissional voltada para a transformação social e comprometida com uma educação emancipatória.

Nesse sentido, busca-se valorizar as experiências práticas, por meio de um currículo que contemple conteúdos e disciplinas mais abrangentes, capazes de refletir a realidade educacional e promover uma compreensão psicossocial das demandas escolares. Nesse

sentido, é crucial que os currículos incorporem uma visão atualizada da realidade brasileira, com atualizações regulares, enfocando a demanda e os padrões éticos tendo em vista a ruptura com o paradigma do fracasso escolar. Outro ponto importante seria a inclusão de componentes que promovam o bem-estar físico e mental dos futuros profissionais que, após o ingresso na graduação, abandonam atividades promotoras do necessário bem-estar físico e psíquico para atuarem.

A psicologia escolar brasileira demanda uma nova ética e compromisso social, implicando em posturas para as quais os profissionais frequentemente não estão devidamente preparados (Santos; Toassa, 2015). A formação em psicologia escolar durante a graduação muitas vezes é deficiente, dada a escassez de disciplinas especializadas nesse campo. Portanto, uma educação continuada se torna indispensável para aqueles que aspiram a atuar nesse cenário. Entretanto, a formação continuada não deve se limitar a compensar as deficiências da graduação. Pelo contrário, como enfatizam Marinho-Araujo e Neves (2007), é fundamental que a formação continuada vá além do caráter instrumentalista, buscando promover a conscientização sobre os aspectos intersubjetivos presentes nos contextos educativos.

Nesse sentido, o psicólogo escolar deve estar em constante processo de construção profissional, como salienta Fagan (1996, citado por Guzzo, 2011a, p. 89): “Tornar-se Psicólogo Escolar é nunca chegar a ser um Psicólogo Escolar, pois para responder às mudanças sociais no contexto educacional, nunca se está pronto... é preciso que se construa a cada dia.”. Lopes (2016) complementa, destacando que, além da formação continuada, os psicólogos que atuam nas demandas escolares precisam repensar a finalidade de suas ações. Eles devem consolidar sua prática em um referencial teórico crítico, contribuindo para os processos de emancipação e transformação, por meio de um imprescindível compromisso social.

No entanto, é comum que nem todos os psicólogos busquem especializações ao ingressar no mercado de trabalho. Assim sendo, a formação inicial, embora básica, deve ao menos despertar a consciência da necessidade de uma formação complementar. Cumpre ressaltar que em alguns estados brasileiros a oportunidade para essa formação adicional é limitada, o que pode exigir que esses profissionais busquem oportunidades de especialização em outras regiões ou, mais recentemente, a optarem por cursos na modalidade on-line. Essa possibilidade tem ampliado o acesso à qualificação continuada, especialmente para aqueles que enfrentam barreiras geográficas ou estruturais em seus contextos locais.

No caso do Piauí, observa-se um cenário promissor nos últimos anos no que se refere ao fortalecimento da formação continuada e da produção de conhecimento na área. Destacam-se o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (PpgPsi/UFDPar), criado em 2016, sendo o primeiro e, até 2025, o único programa *stricto sensu* da área no estado. O programa abriga uma linha de pesquisa voltada aos processos psicossociais, onde se insere a temática da Psicologia Escolar (UFPI, 2025).

Além disso, em 2020, foi criado o curso de Pós-Graduação em Psicologia Escolar do Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA), com o objetivo de desenvolver e aprimorar competências para a atuação em instituições de ensino. A proposta do curso reforça a construção de uma identidade profissional comprometida com a promoção de práticas educativas democráticas, inclusivas e socialmente engajadas, fortalecendo o papel do psicólogo escolar no enfrentamento das demandas contemporâneas da educação (CENTRO UNIVERSITÁRIO SANTO AGOSTINHO, 2025).

Além das iniciativas específicas da área, ressalta-se também o papel do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Piauí (PPGED/UFPI), criado em 1991, como espaço consolidado de formação acadêmica e produção de conhecimento na área educacional. Com linhas de pesquisa voltadas à formação de professores e práticas da docência, história da educação, formação humana e processos educativos, políticas educacionais e gestão da educação e educação, diversidades/diferença, inclusão o programa tem sido procurado por diversos psicólogos escolares do estado que buscam aprofundar sua qualificação e articular sua prática a fundamentos teóricos críticos e às demandas sociais emergentes (Universidade Federal do Piauí, 2025).

Complementarmente, destaca-se o Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI, cuja área de concentração é “Estado, Sociedade e Políticas Públicas” e cujas linhas de pesquisa: “Cultura, Identidade e Processos Sociais” e “Estado, Políticas Públicas e Movimentos Sociais”, proporcionam aportes relevantes para a compreensão crítica das dinâmicas sociais e institucionais. Tal programa oferece suporte teórico-metodológico fundamental para uma atuação em Psicologia Escolar mais crítica, articulada e comprometida com os direitos sociais e a transformação das realidades educacionais.

Considerando esse percurso de ressignificação histórica e fortalecimento formativo, é possível compreender que o(a) psicólogo(a) escolar está cada vez mais convocado(a) a atuar diante de questões complexas que atravessam o cotidiano educacional, como o sofrimento psíquico de adolescentes. Entre essas questões, o comportamento suicida se destaca como uma das mais urgentes e desafiadoras. Nesse sentido, o aprofundamento sobre as

especificidades da adolescência e as estratégias para o manejo da crise suicida revela-se fundamental para a formação e o exercício ético do(a) psicólogo(a) no contexto escolar, tema que será explorado no capítulo seguinte.

3. A PSICOLOGIA E O MANEJO DA CRISE SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA

A compreensão do comportamento suicida na adolescência exige uma análise atenta aos múltiplos fatores que atravessam essa fase do desenvolvimento, incluindo transformações biológicas, psicológicas e sociais. Diante dessa complexidade, é fundamental refletir sobre o papel do(a) psicólogo(a) na identificação e manejo de situações de crise, com foco em ações preventivas, intervenções terapêuticas e articulação com a rede de proteção. Neste capítulo, serão abordados os principais aspectos biopsicossociais da adolescência, bem como as possibilidades de atuação do(a) psicólogo(a) diante de comportamentos suicidas.

3.1. Aspectos biopsicossociais da adolescência e o comportamento suicida

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é uma fase do desenvolvimento humano que apresenta como delimitação tanto critérios cronológicos e físicos, como também sociais e culturais (OMS, 2009). A adolescência, de acordo com a OMS, abrange a faixa etária dos 10 aos 19 anos, sendo esta dividida em duas etapas: (I) pré-adolescência (de 10 a 14 anos) marcada pelas primeiras mudanças físicas, hormonais, maturação cognitiva e sexual e; (II) adolescência propriamente dita (de 15 a 19 anos) que compreende a integração social onde há uma necessidade de enfrentamento de suas limitações e desenvolvimento saudável (OMS, 2009). No contexto brasileiro, o Estatuto da Criança e do Adolescente define o adolescente como um indivíduo em condição peculiar de desenvolvimento e com idade entre 12 e 18 anos (Brasil, 1990).

Os adolescentes representam um grupo social em fase de grandes e importantes transformações psicobiológicas articuladas a um envolvimento social e ao redimensionamento da sua identidade e dos novos papéis sociais que vão assumindo (Ayres; França Júnior, 1996). Além disso, a adolescência é uma fase de desconstrução da infância, colaborando para maturação, independência, reorganização emocional, pertencimento a grupos sociais e transformações físicas (Brasil, 2017).

No campo psicossocial, são comuns alterações nas relações escolares, que se expressam, por exemplo, na dificuldade de se sentirem acolhidos e reconhecidos, no enfraquecimento dos vínculos com colegas e professores, e em sentimentos de invisibilidade ou exclusão. Essas experiências impactam diretamente a constituição da identidade dos adolescentes, que, ao mesmo tempo, vivenciam a experimentação intensa de sentimentos, a busca por autonomia e a contestação de ideias preestabelecidas, pois, de acordo com Allen et al. (2021), “a adolescência torna-se uma época de descoberta, correr riscos, experimentar e testar limites, à medida que o jovem entende quem é e como se encaixa em seu mundo”.

Ainda, segundo Oliveira (2025), a escola é um dos espaços sociais fundamentais para que adolescentes vivenciem relações significativas, estabeleçam conexões afetivas e construam sentidos sobre si e sobre o mundo.

Já no campo biológico, percebe-se, de forma evidente, alterações físicas e hormonais, dentre outras (Malta et al, 2014; Costa et al, 2019). Com o advento da puberdade e todo o conjunto de modificações somáticas que a acompanham, o adolescente percebe que, progressivamente, vai-se transformando em adulto. A autoimagem, construída ao longo dos anos da infância, será necessariamente reformulada a partir de novos esquemas corporais e de novas modalidades de relacionamento consigo próprio, com a família e com a sociedade. Na tentativa de lidar com esta situação, o jovem se expressa de forma intensa, por intermédio da motricidade, agindo muitas vezes de forma impetuosa, colocando em risco sua integridade física, pela ação ou em nível mental, por meio da fantasia e do pensamento. Demonstra, assim, sua inabilidade em conviver com um corpo sobre o qual ele tem pouco controle (Brasil, 2017).

Em relação aos aspectos cognitivos, para Piaget, a conquista do pensamento formal se dá nesta fase da vida. Isto significa a conquista da capacidade de pensar de forma abstrata, hipotética e dedutiva. Esse tipo de pensamento possibilita a descentração dos sujeitos reivindicada pelos grupos de pertencimento que estabelecem estilos e padrões de conduta e pensamento para integrar-se ao grupo (Piaget, 1932/1994).

Paralelamente, há o desenvolvimento sociomoral, que, conforme elucidado por Lepre e de Oliveira (2022), diz respeito às construções voltadas à personalidade moral, que levam em consideração não apenas o conjunto de valores prezados pelo sujeito, mas também a influência exercida pelas diversas esferas da sociedade e a necessidade inerente de emitir juízos, fazer escolhas e tomar decisões. Puig (1998) descreve a personalidade moral como uma consciência intelectual que se manifesta em diferentes contextos, resultante da história pessoal de cada indivíduo, do valor atribuído a essa história e daquilo que se deseja ser.

O processo de construção da personalidade moral, conforme exposto, compreende as necessidades, vontades e perspectivas individuais, constituindo-se em uma tarefa complexa. Esta se desenvolve por meio da interação do sujeito com seus pares, tanto de sua faixa etária quanto de idades distintas, promovendo a cooperação e a participação ativa na busca por soluções diante dos conflitos suscitados nas interações sociais do cotidiano (Puig, 1998).

Estudos indicam que crianças e adolescentes com histórico de Experiências Adversas na Infância (EAI)¹, incluindo aqueles em lares adotivos, apresentam maior incidência de problemas de saúde mental, como ideação suicida e tentativas de suicídio. Além disso, quanto maior o número de EAI vivenciadas, mais precoce tende a ser a primeira tentativa de suicídio (Liming; Akin; Brook, 2021; Meeker Et Al., 2021; Thompson; Kingree; Lamis, 2019).

Além disso, o uso frequente de mídias sociais, que, embora proporcione espaços de expressão e conexão, também está associado a riscos relevantes. O acesso irrestrito a essas plataformas pode prejudicar a saúde mental dos adolescentes, afetando o sono, expondo-os a conteúdos inadequados, à pressão de pares e ao cyberbullying (HUA et al., 2024).

Ademais, o bullying tem sido apontado como um fator de risco significativo para o desenvolvimento de sofrimento psíquico na adolescência, interferindo no processo de ensino-aprendizagem, na saúde e na qualidade de vida das vítimas, agressores e testemunhas (Kukawadia et al., 2012). E ainda que algumas manifestações clínicas se desenvolvam ao longo do tempo, os efeitos sociais, como solidão, exclusão social, baixo desempenho escolar, faltas repetidamente às aulas, evasão, são imediatos e impactam diretamente a formação e o futuro dos estudantes (Popp, 2012). A revisão integrativa conduzida por Vieira et al. (2020) identificou que os efeitos mais recorrentes associados ao bullying foram depressão, baixa autoestima, ideação e tentativas de suicídio.

Os fatores supracitados contribuem significativamente para o surgimento de conflitos e angústias. Por isso, tem sido observada uma tendência crescente de mortalidade por suicídio no Brasil, especialmente a partir de 2014, quando se acentuou o crescimento, com um incremento de 3,2% ao ano. Esse aumento é especialmente preocupante entre adolescentes e jovens adultos, sendo o suicídio, em 2021, a terceira principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos e a quarta entre jovens de 20 a 29 anos no país (BRASIL, 2024).

Entende-se por comportamento suicida todo e qualquer ato por meio do qual uma pessoa causa lesão a si própria, independente do grau de letalidade (Werlang, Borges e Fensterseifer, 2005). No entanto, é importante destacar a Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS)², que se refere ao ato de, deliberadamente, ferir a si mesmo, que resulta em dano

¹ EAI refere-se a Experiências Adversas na Infância, tradução do termo em inglês *Adverse Childhood Experiences* (ACEs), que inclui eventos potencialmente traumáticos ocorridos na infância e adolescência, com impactos duradouros sobre o bem-estar físico e mental.

² Decidimos utilizar, neste trabalho, o termo alinhado com a literatura internacional (KLONSKY et al., 2011; NIXON; CLOUTIER; JANSSON, 2008; NOCK; FAVAZZA, 2009; WALSH, 2006). *Nonsuicidal Self-Injury*, cuja sigla é NSSI, foi traduzido para "Autolesão Sem Intenção Suicida" (ASIS), nomenclatura que será adotada ao longo deste trabalho. No Brasil, o estudo de Fonseca, Silva, Araújo e Botti (2018) foi o primeiro a empregar o termo "Autolesão Sem Intenção Suicida" já no título do trabalho. Na sequência, tem-se a tese de Aragão Neto (2019), que também adota essa nomenclatura ao investigar a relação entre ASIS e ideação suicida.

imediatamente ao tecido de uma parte do corpo, sem intenção suicida e não socialmente aprovado dentro da própria cultura, nem mesmo para exibição (Giusti, 2013).

Assim, nas várias diferenças entre ASIS e comportamento suicida, a intencionalidade é a mais importante para sabermos qual é o comportamento apresentado. Segundo Walsh (2012), enquanto a tentativa de suicídio tem como propósito interromper a consciência, aqueles que recorrem à ASIS buscam, predominantemente, amenizar o sofrimento emocional. Além da intenção de causar ou não a própria morte, outras diferenças são evidenciadas entre ASIS e comportamento suicida: episódios de tentativa de suicídio costumam resultar em danos físicos mais graves do que a ASIS; no entanto, a ASIS ocorre com maior frequência. Ademais, a letalidade associada à tentativa de suicídio é significativamente mais alta do que na ASIS (Klonsky et al., 2011).

Entretanto, embora as pesquisas apontem que a ASIS e o comportamento suicida sejam díspares em intenção, frequência e letalidade, pesquisas apontam que a ASIS representa um fator de risco relevante para o comportamento suicida (Hawton et al., 2015; Taliaferro e Muehlenkamp, 2015). Há uma correlação significativa entre o histórico de ASIS e a ocorrência de tentativas de suicídio (Andover e Gibb, 2010). Além disso, evidências sugerem que indivíduos que buscam atendimento emergencial após episódios de ASIS apresentam um risco significativamente maior de suicídio (Hawton et al., 2015).

Dessa forma, ASIS e o comportamento suicida são fenômenos complexos, multideterminados e interligados, uma vez que a presença de ASIS pode aumentar a vulnerabilidade ao suicídio. Nesse sentido, para compreender melhor o comportamento suicida, é fundamental reconhecer suas diferentes manifestações, as quais podem ser classificadas em três categorias distintas: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado (Werlang, Borges e Fensterseifer, 2005). A ideação suicida é definida como o pensamento sobre o ato, o considerar, o planejamento e a elaboração do plano, enquanto a tentativa é um comportamento não fatal, embora não livre de consequências físicas ou emocionais, autodirigido com a intenção de morte. O suicídio consumado é o óbito por comportamento autolesivo intencional (Klonsky, May e Saffer, 2016; Tureki et al., 2019).

Nesse contexto, às vezes, quando expostos às intensas e prolongadas situações de sofrimento ou de desorganização, os adolescentes podem desenvolver patologias e tornar-se mais vulneráveis ao suicídio (Teixeira; Luís, 1997). Além disso, nesse período, há uma melhor compreensão a respeito da morte pelo desenvolvimento do pensamento abstrato; portanto, é importante que se verifique a presença da ideação suicida, já que esta pode ser considerada como um antecedente a uma possível culminância do ato suicida (Silva e cols.,

2006; Turecki, 1999). Assim, faz-se necessário não só a detecção precoce desses pensamentos, como também um maior entendimento a respeito dos motivos causadores do seu surgimento e das características peculiares desse período. A intensidade desses pensamentos, profundidade, duração, contexto em que surgem e a impossibilidade de desligar-se deles são fatores que distinguem o indivíduo saudável de um que se encontra à margem de uma crise suicida (WHO, 2003).

Nesse viés, é necessário ter clareza do que se torna patológico na adolescência, estando relacionado, muitas vezes, com a intensidade, o grau e o desajuste com que aparecem algumas das características nesta fase do desenvolvimento humano (Borges; Werlang, 2006). Ter, ocasionalmente, ideias suicidas não é anormal (WHO, 2001), pois este tipo de pensamento pode ser considerado parte do processo evolutivo da adolescência, como uma tentativa para elucidar problemas existenciais, procurando-se encontrar respostas para compreender o sentido da vida e da morte.

Contudo, o que se sabe é que os jovens que sistematicamente pensam, ameaçam, tentam ou concretizam o suicídio estão revelando, na verdade, um colapso em seus mecanismos adaptativos, de modo que tais situações são percebidas não somente na adolescência, mas em qualquer idade, como uma tentativa de alívio da dor e do sofrimento psíquico (Borges; Werlang, 2006).

3.2. Intervenção do (a) psicólogo (a) em crises de suicídio na adolescência

O suicídio é resultado de uma interação complexa de fatores psicológicos, biológicos, incluindo aspectos genéticos, culturais e socioambientais. Portanto, é fundamental considerá-lo como o desfecho de uma série de fatores acumulados ao longo da história do indivíduo, não podendo ser considerado de forma causal e simplista, atribuindo-o apenas a determinados acontecimentos pontuais da vida do sujeito. Assim, o suicídio é a consequência final de um processo multifacetado e multifatorial.

Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da década de 1990 passou a considerar o suicídio como um problema de saúde pública e incentivou a criação de planos nacionais para sua prevenção. Atualmente, 38 países contam com uma estratégia nacional de prevenção ao suicídio. No Brasil, foram publicadas as Diretrizes Nacionais (2006) e a Lei que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio (Brasil, 2019). Essas estratégias lançam a base para o que poderia vir a ser um Plano Nacional, no entanto, ainda não constituem um conjunto de ações estratégicas voltadas para a prevenção.

Uma estratégia nacional deve ser construída com base no risco relevante e nos fatores protetores, podendo propor o tipo mais adequado e combinação de intervenções - universais, seletivas e indicadas. A intervenção universal visa a população geral, independentemente do grau de risco. A intervenção seletiva foca nas subpopulações que são conhecidas como de risco elevado e podem ser empregadas com base nos respectivos fatores (psicossociais, econômicos, culturais, geográficos etc.) que contribuem para mortalidade por suicídio. A intervenção indicada é destinada, em especial, aos que tentaram suicídio (WHO, 2012). Como o suicídio é um assunto complexo, para preveni-lo é necessária abordagem ampla garantindo a integração entre gestores, profissionais de saúde, educação, direito, mídia, comunidade, etc. (WHO, 2014).

Nesse contexto, é essencial, além das ações preventivas, discutir o manejo de comportamentos suicidas, contribuindo com a formação de profissionais com as habilidades necessárias para identificar e intervir em casos de indivíduos em risco, fortalecer redes de proteção, conectando diversos níveis de serviços assistenciais e promovendo laços entre profissionais e pacientes, garantindo um atendimento mais eficaz e humano (Botega, 2015). Em situações de emergência, são esperadas reações emocionais muito intensas e a grande maioria dessas manifestações podem ser consideradas como compatíveis com o momento que o paciente se encontra (Sá; Werlang; Paranhos, 2008).

Em muitos casos, apenas após a tentativa de suicídio é que o paciente tem o primeiro contato com um profissional de saúde mental (Gondim, 2015). Nesse contexto, é fundamental oferecer ao paciente acolhimento, escuta, atendimento, orientações e encaminhamento às unidades de saúde da rede de saúde mental. Ao realizar o acompanhamento psicológico de pacientes em crise suicida, o profissional deve proporcionar suporte, demonstrando empatia, presença genuína, disponibilidade afetiva e de tempo, clareza das suas responsabilidades bem como o limite das mesmas (Botega, 2015).

No que diz respeito às possibilidades de prevenção e tratamento do comportamento suicida em adolescentes, Martins e Sousa (2020) destacam a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) por sua abordagem focada no presente, ao mesmo tempo em que considera aspectos longitudinais, como a infância, o histórico familiar, as experiências evolutivas, a educação e as influências sociais, na elaboração de um planejamento de tratamento individualizado. As contribuições da TCC para o manejo do comportamento suicida incluem o uso de estratégias cognitivas, comportamentais e afetivas, que visam reduzir os sintomas de ansiedade e depressão, fatores frequentemente associados ao comportamento suicida.

Além disso, busca-se informar o adolescente sobre o modelo cognitivo e sua aplicação, permitindo-lhe refletir sobre seus próprios pensamentos, emoções e comportamentos. No processo colaborativo com o adolescente, são empregadas estratégias preventivas, como técnicas para lidar com pensamentos negativos, o desenvolvimento de habilidades sociais, a tomada de decisão, a resolução de problemas e a elaboração de um plano de segurança.

Neste plano, também denominado plano de crise, elabora-se um documento em conjunto pelo paciente e psicólogo, o qual possui a intenção de auxiliar que os pacientes controlem seus impulsos de ir ao ato, permitindo que exista tempo para a valência destes pensamentos diminuam. Chun et al. (2015) esclarecem que os “planos de segurança” normalmente incluem: a) Identificação de sinais de alerta e possíveis gatilhos para a recorrência de ideação suicida; b) Estratégias de enfrentamento que o paciente pode usar; c) Atividades saudáveis que podem proporcionar distração ou supressão de pensamentos suicidas; d) Apoios que o paciente pode buscar caso o impulso suicida volte; e) Informações de contato para suporte profissional, incluindo instruções sobre como e quando recorrer aos serviços de emergência; f) Restrição de acesso a meios letais.

De acordo com Botega (2015), esses planos são sustentados por um forte embasamento teórico e empírico, contendo estratégias já validadas em modalidades de psicoterapia utilizadas com adultos em risco de suicídio, particularmente nas linhas cognitivo-comportamental e comportamental dialética. Botega afirma que esse recurso pode ser especialmente útil para adolescentes, tendo em vista a colaboração ativa entre paciente e terapeuta na construção do plano. Além disso, há a possibilidade de os familiares participarem do aprimoramento do plano e usá-lo como recurso para ajudar o filho. O plano de segurança não se limita apenas a estratégias para lidar com a ideação suicida, incluindo também atividades estruturadas, apreciadas por adolescentes, que podem ajudar o cliente no engajamento em atividades prazerosas, mudando o foco da atenção, como música, dança, internet e atividades físicas.

Conforme Wenzel, Brown e Beck (2010), o manejo de pacientes em crise suicida não se limita à intervenção individual do psicoterapeuta, mas requer um trabalho colaborativo envolvendo uma equipe interdisciplinar de profissionais da área da saúde, além da participação dos familiares, responsáveis e outros vínculos afetivos do paciente. O objetivo é garantir a segurança do indivíduo em todos os aspectos do contexto diário.

Por vezes, elabora-se um contrato de responsabilização dos cuidados do paciente para este ser liberado pelo psicoterapeuta, com a nomeação de um responsável. Quando isso

ocorre, o responsável é informado sobre a relevância da psicoterapia, da busca por acompanhamento psiquiátrico e as precauções necessárias em relação a itens que possam representar perigo para o paciente, como objetos cortantes, medicamentos, armas de fogo, entre outros.

Em um estudo conduzido por Coutinho e Madureira (2021), foi realizada uma análise do caso clínico de uma adolescente de 14 anos, ressaltando o papel crucial da escola como uma aliada fundamental no cuidado do paciente, uma vez que foi a instituição escolar que identificou e comunicou à família o comportamento autolesivo apresentado pela adolescente. Dessa forma, o estudo destaca a importância do ambiente escolar na identificação precoce e na intervenção em casos de comportamento suicida entre os adolescentes.

No entanto, enquanto na literatura podem ser verificados diversos estudos acerca da atuação de psicólogos (as) das áreas de Psicologia Clínica e Hospitalar para o atendimento de pacientes com comportamentos suicidas, ainda são escassas as pesquisas que abordam as metodologias e recursos usados por psicólogos (as) escolares diante desse cenário. Assim, este estudo visa preencher essa lacuna, oferecendo uma análise detalhada dessas intervenções.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será explicitada a metodologia utilizada para o alcance dos objetivos estabelecidos inicialmente. Para isso, serão compreendidos aspectos relacionados à natureza da pesquisa, participantes, instrumentos de coleta de dados, os procedimentos realizados para a obtenção destes, assim como os procedimentos utilizados para analisá-los. Destaca-se, também, a explicitação dos aspectos éticos considerados na pesquisa.

O presente estudo desenvolveu-se a partir de uma abordagem qualitativa, de campo. Conforme Minayo (2004), a pesquisa qualitativa incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas.

No contexto da pesquisa qualitativa, o trabalho de campo surge como uma oportunidade não apenas para uma aproximação do objeto de estudo, mas também para gerar conhecimento a partir da realidade observada no ambiente em que ocorre. Dessa forma, Minayo (2004), concebe campo de pesquisa como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação. E, em conformidade com os objetivos da pesquisa, o estudo se classifica como do tipo exploratório, pois visa proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato (Gil, 2008, p. 27).

Esse estudo, antes de ser executado, foi submetido em termos de projeto à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA), que liberou o parecer favorável à realização, considerando adequados os padrões metodológicos e éticos adotados. O Certificado de Apresentação Ética da Pesquisa – CAAE deste estudo é o 83623024.8.0000.5602, e o número do parecer de aprovação: 7.341.209.

4.1. Cenário da pesquisa

O cenário da presente pesquisa foi construído de forma virtual, considerando a realização de entrevistas online com psicólogos escolares que atuam em diferentes regiões do estado do Piauí. A coleta dos dados ocorreu por meio da plataforma de videoconferência Google Meet, o que possibilitou a participação de profissionais localizados em distintos municípios sem prejuízo à interação e à qualidade da entrevista.

A opção pela coleta remota mostrou-se estratégica e metodologicamente viável, considerando as condições logísticas e a abrangência geográfica dos participantes. Esse formato possibilitou maior flexibilidade de horários e facilitou o acesso aos profissionais, sem

comprometer a qualidade das entrevistas. As entrevistas foram realizadas em tempo real, com a devida autorização dos participantes para gravação em áudio e vídeo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), resguardando-se todos os aspectos éticos e legais previstos para pesquisas com seres humanos.

4.2. Participantes

Os participantes deste estudo foram seis psicólogos escolares que atuam na educação básica em diferentes municípios do estado do Piauí. A seleção ocorreu com base em critérios previamente estabelecidos, sendo incluídos profissionais com experiência mínima de um ano em instituições escolares. Foram excluídos da pesquisa aqueles que não possuíam vivência no manejo de crises suicidas no contexto escolar ou que não concordaram com os termos de participação da pesquisa.

A escolha por uma amostra reduzida se justifica pela natureza exploratória e qualitativa da pesquisa, que busca aprofundar a análise da atuação dos psicólogos escolares. A seleção criteriosa dos participantes permitiu uma investigação detalhada e contextualizada, essencial para os objetivos do estudo, algo que seria inviável em amostras maiores. Dessa forma, a abordagem metodológica adotada prioriza a profundidade analítica em detrimento da amplitude, tornando a amostra reduzida não apenas viável, mas metodologicamente adequada.

O recrutamento dos participantes ocorreu por meio do método *Snowball Sampling* ou “Bola de Neve”, uma estratégia de amostragem não probabilística baseada em cadeias de referência (Vinuto, 2014). Nessa técnica, conforme Flick (2009), um participante inicial indica outros profissionais que possuam as características desejadas para a pesquisa.

4.3. Procedimentos de Coleta

A coleta de dados ocorreu de forma online, por meio de entrevistas realizadas na plataforma de videoconferências Google Meet, garantindo a interação em tempo real entre a pesquisadora e os participantes. Durante as entrevistas, foi solicitado o consentimento informado dos participantes para a gravação das sessões, sendo essas gravações fundamentais para registrar com precisão as respostas e possibilitar uma análise aprofundada dos dados coletados.

As entrevistas com cada profissional seguiram uma abordagem semiestruturada, ou seja, basearam-se em um roteiro pré-estabelecido de perguntas, mas permitiram flexibilidade para explorar as perspectivas individuais dos participantes. Na entrevista foram abordados tópicos que possibilitaram compreender a trajetória e o contexto profissional dos

participantes. Em seguida, a entrevista explorou a compreensão dos profissionais sobre o comportamento suicida na adolescência, os sinais e sintomas observados, os fatores que contribuem para esse tipo de comportamento e as estratégias utilizadas no atendimento a adolescentes em crise. Também foram discutidos os recursos e ferramentas empregados, os principais desafios enfrentados e os fatores que facilitaram ou dificultaram o manejo dos comportamentos suicidas na prática escolar. Por fim, investigou-se a influência da formação acadêmica na prática profissional e os aspectos mais relevantes dessa formação, além das parcerias e colaborações consideradas eficazes no enfrentamento dos casos de comportamento suicida no ambiente escolar.

4.4. Análise dos Dados

A metodologia de análise dos dados ocorreu por meio do processo de condensação das informações fornecidas pelos participantes da pesquisa, com a elaboração de categorias. O tratamento dos dados foi realizado por meio da análise de conteúdo, conforme a perspectiva de Bardin (2010, p. 280), e seguiu as seguintes fases: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados.

4.5. Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA), por meio da Plataforma Brasil, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde, bem como com a Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia, que estabelecem diretrizes éticas e legais para pesquisas envolvendo seres humanos. O CEP/UNIFSA emitiu parecer favorável à realização do estudo, considerando adequados os padrões metodológicos e éticos adotados. O Certificado de Apresentação Ética da Pesquisa (CAAE) deste estudo é 83623024.8.0000.5602.

Com a aprovação ética, as entrevistas foram conduzidas por meio da plataforma de videoconferências *Google Meet*, iniciando-se com a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse documento detalhou os objetivos e a metodologia da pesquisa, os possíveis riscos, a garantia de assistência imediata, as medidas para preservação do sigilo e da não identificação dos participantes, além da possibilidade de recusa ou desistência a qualquer momento. Ademais, foram disponibilizados os contatos da pesquisadora para esclarecimento de eventuais dúvidas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo contou com a participação de 6 psicólogos escolares, sendo três atuantes em Teresina e os demais desenvolvendo suas atividades nos municípios de Campo Maior, Parnaíba e Oeiras. Quanto à vinculação institucional, três profissionais trabalham na rede privada de ensino, enquanto os demais atuam na rede pública. Os participantes apresentam tempos de experiência distintos na atuação como psicólogos escolares, com períodos que variam entre 2009 e 2021. No que se refere à formação acadêmica, 4 participantes graduaram-se na Universidade Estadual do Piauí (UESPI), 1 na Universidade Federal do Piauí (UFPI) e 1 na UNINASSAU Teresina.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes

Participantes	Gênero	Municípios de Atuação	Tipo de Instituição de Ensino	Tempo de Experiência na Atuação como Psicólogo Escolar	Formação acadêmica
P1	Feminino	Teresina	Pública	4 anos	Universidade Estadual do Piauí
P2	Masculino	Teresina	Privada	6 anos	Universidade Estadual do Piauí
P3	Feminino	Teresina	Pública	16 anos	Universidade Estadual do Piauí
P4	Feminino	Campo Maior	Privada	9 anos	Universidade Estadual do Piauí
P5	Feminino	Parnaíba	Privada	11 anos	Universidade Federal do Piauí
P6	Feminino	Oeiras	Pública	4 anos	UNINASSAU - Teresina

Fonte: Elaborado pela autora.

As informações obtidas com os psicólogos escolares foram organizadas em cinco categorias:

Quadro 2 – Categorias de análise

1 - Concepções sobre o comportamento suicida na adolescência: quais caminhos para a compreensão?
2 - Entre o visível e o velado: a percepção do sofrimento psíquico na escola
3 - Fatores relacionados ao comportamento suicida na adolescência: uma abordagem contextual
4 - Estratégias e recursos de intervenção diante do comportamento suicida de adolescentes
5 - Desafios e facilitadores na atuação dos psicólogos escolares frente ao comportamento suicida em adolescentes.

Fonte: Elaborado pela autora.

As categorias 4 e 5 são constituídas por subcategorias, com o objetivo de melhor organizar e detalhar as diferentes práticas, recursos e experiências relatadas pelos participantes, favorecendo uma análise mais específica das formas de intervenção, dos desafios enfrentados e dos fatores facilitadores no contexto escolar.

Neste capítulo, cada uma dessas categorias será descrita a partir dos resultados obtidos através dos instrumentos de pesquisa, articulando-os aos fundamentos teóricos que embasaram este trabalho.

5.1. Concepções sobre o comportamento suicida na adolescência: quais caminhos para a compreensão?

O suicídio é um fenômeno complexo que tem sido abordado por diversas perspectivas teóricas ao longo do tempo. Compreender essas concepções é essencial para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção e intervenção. A literatura aponta que o comportamento suicida está frequentemente relacionado ao desejo de causar a própria morte, conforme descrito por Botega (2015) e Moreira e Bastos (2015), que o caracterizam como um fenômeno multifacetado, envolvendo desejos ou atos intencionais de causar dano a si mesmo.

Muitas vezes, esse comportamento é compreendido como uma tentativa de cessar um sofrimento intenso, sendo percebido como a única solução possível diante de um cenário de desesperança. Viana, Zenkner, Sakae e Escobar (2008) destacam que a ideação suicida pode

surgir como uma forma de resolução de problemas pessoais, mesmo antes de se configurar como um desejo explícito de morte.

De maneira semelhante, Rigo (2013) conceitua o suicídio como uma fuga do sofrimento psíquico em um momento no qual outras alternativas não são vislumbradas. Nesse sentido, Macedo, Fensterseifer e Werlang (2004) ressaltam que a dor psíquica insuportável e a incapacidade de atribuir significado a essa experiência podem ser fatores que impulsionam o adolescente ao ato suicida. Diante dessa perspectiva teórica, buscou-se investigar junto aos participantes desta pesquisa suas concepções acerca do comportamento suicida em adolescentes.

“Aquela coisa do desespero mesmo, de não conseguir ter uma orientação, direcionamento do tudo ou nada... de uma distorção cognitiva nesse sentido de entender que ou é assim ou não é, entendendo a morte como uma resolução possível sem pensar alternativas mesmo, sem conseguir enxergar alternativas.” (P3)

“Conflitos familiares, dificuldade de saber lidar com os conflitos familiares.” (P6)

As respostas dos participantes apontam diferentes aspectos envolvidos nesse fenômeno. A fala de P3, por exemplo, está alinhada a estudos que apontam os déficits na resolução de problemas como um fator relevante de risco para o comportamento suicida. Ao longo de décadas, diversos estudiosos investigaram as relações e os impactos desse déficit nas tentativas de suicídio, identificando uma série de variáveis interconectadas, como a rigidez cognitiva (Neuringer, 1964; Patsiokas; Clum; Luscomb, 1979), o pensamento dicotômico (Neuringer, 1967) e a dificuldade em solucionar problemas de maneira eficaz (Levenson; Neuringer, 1971).

Além disso, P6 ressalta os conflitos familiares como um elemento relevante na compreensão do fenômeno. Pesquisas como as de Hildebrandt, Zart e Leite (2011) destacam que ambientes familiares conflituosos, especialmente aqueles caracterizados por rupturas significativas, como a morte de um dos pais, divórcio ou separação, apresentam uma forte correlação com o comportamento suicida entre adolescentes. Essas rupturas podem gerar um ambiente de instabilidade emocional e afetiva, no qual o adolescente se vê desamparado e incapaz de lidar adequadamente com os conflitos, o que pode intensificar sentimentos de desesperança e desamparo. A incapacidade de enfrentar essas dificuldades, muitas vezes

devido à falta de habilidades emocionais ou de suporte familiar, pode contribuir para o aumento do risco de comportamentos suicidas.

Dessa forma, observa-se uma predominância entre os participantes de concepções que explicam o comportamento suicida a partir de aspectos psicológicos individuais. Essa abordagem orienta práticas voltadas à identificação e manejo de fatores de risco, sendo essencial para a atuação em saúde mental. A produção acadêmica sobre o suicídio é extensa e frequentemente destaca sua relação com determinados perfis demográficos e aspectos biográficos recorrentes, como tentativas prévias de suicídio, transtornos depressivos, uso de substâncias psicoativas, doenças crônicas ou quadros psicóticos, entre outros agravos. Esses elementos são usualmente descritos como “fatores de risco”, sinalizando a necessidade de intervenção por profissionais da saúde (Minayo; Cavalcante, 2010). No entanto, reduzir o comportamento suicida a um conjunto de variáveis individuais pode simplificar a complexidade do fenômeno, limitando as possibilidades de intervenção ao desconsiderar elementos estruturais e coletivos que também o atravessam.

Em relação aos fatores de risco presentes na história de vida, P4 pontua:

“Olha, a gente sabe que existem os fatores de risco, né? Então, muitas vezes, o adolescente já tem ali uma história que pode ser um fator de risco.” (P4)

Essa compreensão se articula ao que Dell’Aglío e Braga (2013) destacam ao mencionar a ocorrência de eventos estressores ao longo da vida, a exposição a diferentes formas de violência, o uso de substâncias lícitas e/ou ilícitas, conflitos familiares, histórico de suicídio na família, condições socioeconômicas marcadas pela pobreza, influência da mídia, fatores geográficos e presença de sintomas depressivos, elementos que influenciam diretamente o desenvolvimento emocional e a saúde mental dos adolescentes. Assim, ainda que a fala de P4 mencione riscos individuais, ela também amplia a ideia ao considerar o histórico de vida como um processo influenciado por fatores relacionais e sociais, constituindo, assim, um ponto de transição entre perspectivas centradas no sujeito e abordagens mais contextuais.

Nesse sentido, algumas perspectivas teóricas enfatizam que o suicídio deve ser compreendido como um fenômeno socialmente construído, que se transforma historicamente e é atravessado por significados culturais e sociais. Nessa perspectiva, Durkheim (2000) foi

um dos precursores ao afirmar que o suicídio não poderia ser reduzido a explicações de ordem exclusivamente individual, devendo ser analisado a partir das formas de organização social, dos níveis de coesão e dos mecanismos de regulação presentes nas sociedades. Para o autor, os vínculos sociais exercem um papel central na compreensão do comportamento suicida, evidenciando que esse fenômeno é profundamente influenciado pelas condições coletivas e históricas que moldam a vida dos indivíduos.

Complementando essa perspectiva, Berenchein Netto (2007) argumenta que, embora o suicídio possua uma dimensão singular, vinculada à experiência subjetiva de cada indivíduo, ele também é produto das relações sociais que influenciam a forma como o sofrimento psíquico é vivenciado e expresso. Essa visão se alinha diretamente às colocações de P2, que compreende o comportamento suicida como um fenômeno relacional e social:

“Então, eu compreendo a intencionalidade do comportamento suicida como um comportamento complexo produto de relações sociais.” (P2)

“É um fenômeno social, ele não é um fenômeno individual.” (P2)

Com base nas compreensões apresentadas por P2 e P4, as estratégias de prevenção e intervenção devem ultrapassar a esfera individual e considerar fatores estruturais que influenciam a vulnerabilidade ao suicídio. Isso implica olhar para a inserção do adolescente em seus grupos sociais, a qualidade das relações familiares e as condições socioculturais que moldam suas experiências e expectativas. Em contraste com abordagens centradas exclusivamente no sujeito, essa compreensão sugere que políticas públicas, redes de apoio comunitário e estratégias de fortalecimento de vínculos sociais desempenham um papel fundamental na redução da incidência do comportamento suicida entre adolescentes.

Dando continuidade à discussão, a próxima categoria aborda os sinais e sintomas do comportamento suicida em adolescentes, com ênfase nas manifestações que ocorrem no ambiente escolar. Compreender essas expressões é essencial para que a escola atue como espaço de escuta, acolhimento e encaminhamento, contribuindo para a prevenção e o cuidado em saúde mental.

5.2. Entre o visível e o velado: a percepção do sofrimento psíquico na escola

A identificação de sinais e sintomas de comportamento suicida entre adolescentes no ambiente escolar é essencial para a adoção de medidas preventivas e para o encaminhamento adequado desses estudantes aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Nesse contexto, psicólogos, professores e demais profissionais da educação exercem um papel fundamental, atuando como agentes de escuta, acolhimento e articulação com os serviços de saúde

O estudo dos sinais de alerta para comportamentos suicidas enfrenta desafios tanto conceituais quanto metodológicos. A própria definição do termo tem sido um ponto de debate na literatura científica, sendo também referido como sinais de risco ou de perigo para atos suicidas. Durante anos, esse construto permaneceu indefinido e pouco explorado em pesquisas acadêmicas (Rudd, Mandrusiak et al., 2006). De maneira geral, os sinais de alerta para o suicídio podem ser compreendidos como manifestações comportamentais que indicam um agravamento das condições de um indivíduo em crise. Essas manifestações são perceptíveis, refletem o estado emocional da pessoa e podem sinalizar a iminência de uma crise suicida (Van Orden et al., 2006, p. 273). Embora esse conceito tenha sido historicamente pouco definido e explorado, observa-se um avanço na literatura recente, com certo consenso em torno de suas características gerais, como o caráter dinâmico, episódico e variável dessas manifestações.

A complexidade desse fenômeno dificulta essa identificação, pois, enquanto alguns indivíduos apresentam diversos sinais de alerta sem chegar a cometer o ato, outros demonstram poucos ou nenhum sinal evidente e, mesmo assim, concretizam o suicídio. Além disso, a forma como esses sinais se manifestam pode variar conforme características individuais, como personalidade e resiliência, que influenciam tanto os comportamentos de risco em geral quanto o risco suicida especificamente (Arenas-Landgrave; Maqueo; Forns, 2012; Carvalho; Novo, 2014).

Nesse cenário, a literatura aponta que adolescentes podem expressar pensamentos sobre morte e suicídio de maneira direta (Berman; Jobes; Silverman, 2006). No entanto, é mais comum que esses pensamentos sejam comunicados indiretamente, por meio de pistas sutis e comportamentos sugestivos, sem uma verbalização explícita (Capuzzi, 2009). Alguns desses indícios incluem descuido com a própria segurança e envolvimento em práticas arriscadas incomuns, como dirigir em alta velocidade ou fazer uso excessivo de álcool, drogas

ou medicamentos (Berman et al., 2006; Capuzzi, 2009), como abordado pelos participantes P3 e P5.

"Comportamento de risco, como beber mais bebida alcoólica, de se envolver com situações de risco, de pegar caronas de estranhos, de sair à noite (...) então eles acabam perdendo um pouco o filtro desse perigo, se colocam numa situação de mais vulnerabilidade, de se arriscar mais em situações, atravessar a rua sem olhar... então, assim, como se realmente dissesse assim, 'tô nem aí, se for acontecer, vai acontecer, vai ser um benefício'" (P3)

"Adolescentes que se automedicam (...), tomam remédios na escola para aliviar a dor emocional." (P5)

Entre os sinais observados, os participantes relataram mudanças bruscas de comportamento no ambiente escolar como um dos aspectos mais recorrentes na identificação de sofrimento psíquico em adolescentes. Esses relatos evidenciam que alterações no padrão habitual de comportamento, muitas vezes percebidas de forma sutil por profissionais atentos e vinculados aos estudantes, funcionam como sinais precoces que exigem intervenção. Como destaca P1: *"Os primeiros indicadores que me chamam a atenção (...) são mudanças de comportamento no contexto escolar"*, e acrescenta que a ausência recorrente é um dos sinais que motiva ações de busca ativa: *"A própria ausência ao contexto escolar (...) acabo trabalhando muito com busca ativa."* P2 reforça a importância da construção de vínculo para a percepção desses sinais: *"A gente fica tão próximo e ali vinculado, que quando tem uma variação, uma baixa, a gente consegue identificar."*

Já P3 e P4 apontam para a manifestação de comportamentos como agitação, inquietação, agressividade e descuido com a aparência, aspectos que costumam emergir em situações de crise emocional e que exigem um olhar qualificado por parte dos profissionais da educação: *"Vem uma agitação, é um comportamento mais agitado, mais inquieto."* (P3); *"Uma postura, às vezes, mais agressiva, mais irritada, sem muito cuidado com a aparência."* (P4)

Essas observações convergem com os apontamentos de Botega (2015), que ressalta que mudanças significativas no comportamento habitual de adolescentes devem ser encaradas como potenciais sinais de risco para o suicídio, sobretudo quando envolvem isolamento social, irritabilidade, desinteresse por atividades anteriormente valorizadas ou alterações marcantes no humor. O autor salienta que a atenção a essas manifestações no cotidiano escolar é essencial para a detecção precoce de estados emocionais críticos, especialmente

considerando que os adolescentes, em muitos casos, não verbalizam diretamente o sofrimento que estão experienciando. Assim, a observação atenta do comportamento torna-se um recurso fundamental para o reconhecimento precoce do sofrimento psíquico e para a atuação preventiva no contexto escolar.

Outro aspecto relevante é o declínio repentino no desempenho escolar, o que pode ser um indicativo da presença de pensamentos suicidas, pois a falta de concentração pode prejudicar o envolvimento com as atividades acadêmicas (Capuzzi, 2009). Esse aspecto foi relatado pelos participantes P1, P2, P4 e P6:

"O aluno que está muito ausente, que tem muitas faltas (...), queda nas notas." (P1)

"Chamo os alunos que estão com nota baixa (...), vejo estratégias." (P2)

"Às vezes, tem o rebaixamento ali nas notas." (P4)

"O adolescente não fazia atividade da escola, não participava dos projetos." (P6)

Em relação à expressão verbal, alguns adolescentes podem expressar de maneira direta suas intenções suicidas, por meio de frases como: *"(..) seria realmente melhor morrer, que não há saída, que a vida não está boa, que não presta."* (P4). No entanto, a comunicação também pode ocorrer de forma indireta, por meio de declarações como *"Ah, eu vou me matar depois dessa prova, ah, eu quero pular daqui (...)"* (P2), que podem ser ditas em tom de brincadeira, mas que, em algumas situações, podem indicar sofrimento psicológico não verbalizado.

Essa ambiguidade é agravada pela banalização dessas expressões, que têm se disseminado especialmente por meio de jogos, redes sociais e outras formas de entretenimento digital, onde discursos ligados à morte ou ao suicídio são tratados de modo superficial, sem a devida seriedade e compreensão do seu impacto psicológico. Essa trivialização pode dificultar o reconhecimento precoce do sofrimento real e dos sinais de alerta, contribuindo para a invisibilização do risco e para o agravamento das condições emocionais dos jovens.

Anteriormente, foi abordada a Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS) e sua relação com o comportamento suicida, destacando que, embora nem todo ato de autolesão tenha intenção suicida, essa prática pode ser um fator de predisposição ao suicídio. Além disso,

adolescentes podem recorrer à ASIS como uma forma de alívio de pensamentos angustiantes, funcionando como uma estratégia de regulação emocional mal adaptada (Haid-Stecher; Sevecke, 2019).

Essa relação foi mencionada pelos participantes da pesquisa, que relataram que a autolesão é um dos sinais que a escola consegue identificar precocemente. Como afirmado por P1: *"A própria autolesão é um alerta que a escola consegue identificar (...). Os professores logo percebem a partir do uso de casacos."* P4 reforçou essa percepção ao afirmar: *"Eu vejo muito a questão das jaquetas, né? Alguns já começam com cortes (...)."* Essas falas sugerem que sinais sutis, como o uso frequente de casacos, podem ser um dos primeiros indícios para a identificação da autolesão no ambiente escolar.

O distanciamento da família e dos amigos é um aspecto relevante a ser observado na adolescência. Em certos casos, esse afastamento pode ser compreendido como uma etapa esperada do desenvolvimento psíquico, na qual o jovem passa a direcionar seu investimento emocional para novas relações, além do núcleo familiar (Macedo; Azevedo; Castan, 2012). No entanto, quando esse distanciamento ocorre de maneira ampla, incluindo não apenas a família, mas também os amigos, pode ser um indicativo de isolamento social, o que merece atenção.

A ausência de interação com pares e o desinteresse por atividades antes valorizadas foram apontadas pelos participantes da pesquisa como possíveis sinais de risco. Como destacado por P2: *"aquele aluno que não vai para um cinema, não visita um colega, não tem um amigo (...), só vive jogando"*, pode estar manifestando sinais de isolamento preocupantes. P4 reforça essa preocupação ao afirmar: *"o isolamento, aquele comportamento de estar mais isolado (...), já chama a nossa atenção."* Esse processo, quando acompanhado de desânimo, falta de perspectivas e mudanças significativas nos hábitos de sono, pode indicar um momento de vulnerabilidade, exigindo um olhar atento (Hawton; Saunders; O'Connor, 2012). Como destacado por P6: *"começa com o isolamento (...), distanciamento dos vínculos familiares e de amigos"*, o que reforça a importância de identificar tais mudanças no cotidiano dos adolescentes.

Por fim, a procura espontânea por ajuda foi citada por P5 e P6 como um sinal importante: *"Aqueles que pedem ajuda da psicóloga da escola com frequência"*, afirmou P5. Já P6 destacou: *"Quando eles procuram o serviço por não estarem se sentindo bem."*

Cabe ressaltar que os dados obtidos com os participantes evidenciam a diferença entre contextos escolares distintos e como isso afeta a atuação do psicólogo escolar. A possibilidade de um acompanhamento próximo e eficiente dos estudantes não depende apenas da dedicação do psicólogo, mas também das condições estruturais que ele encontra na escola. Em instituições onde há uma quantidade elevada de alunos para um único profissional, a identificação de sinais de sofrimento emocional e a construção de vínculos são prejudicadas.

Como apontam Barreto, Calafange e Lima (2017), muitas vezes há um descompasso entre o que é solicitado e o que é oferecido ao psicólogo escolar: a carga horária reduzida, somada à grande demanda, compromete tanto a qualidade do atendimento quanto o estabelecimento de vínculos mais próximos, inclusive com os familiares dos alunos. Nessas situações, os contatos com as famílias se restringem aos momentos formais de reuniões pedagógicas, palestras e atendimentos de orientação, o que impede um trabalho mais integrado. O psicólogo escolar pode ser um agente fundamental na promoção da saúde mental dos estudantes, mas para que esse trabalho seja realmente eficaz, é essencial que haja condições efetivas de atuação.

O participante P2 descreve sua atuação em uma escola onde cada psicólogo cuida de, no máximo, duas séries, com no máximo seis ou sete turmas. *"Diferente de outras redes, que você tem um psicólogo com 15, 20 escolas, aqui você tem um psicólogo com sete turmas, de 35 alunos cada."* Essa estrutura permite um contato mais próximo com os estudantes, facilitando a identificação de sinais de sofrimento e a implementação de ações preventivas. Isso significa que não basta apenas a presença de um psicólogo na escola; é necessário que ele tenha um número viável de alunos para atender, tempo para acompanhar cada caso com a devida atenção e suporte institucional para acionar redes de apoio quando necessário.

Em contextos nos quais o profissional tem um número reduzido de estudantes sob sua responsabilidade, ele pode conhecer não apenas o aluno, mas também sua história, sua família e seu ambiente, permitindo um olhar mais atento e intervenções mais integradas. Sobre isso, P2 relata: *"Então, eu chego aqui me perguntando: 'Quem é Maria? Ah, é irmã do Pedro, filha da dona Vânia, filha do seu fulano, prima do ciclano, que quis engenharia e foi para a medicina'. Eu sei a árvore genealógica toda. Sei a vida toda."*

Por outro lado, quando um único psicólogo é responsável por um grande contingente de alunos, como ocorre em redes de ensino ou instituições onde há sobrecarga de trabalho,

torna-se difícil estabelecer um acompanhamento individualizado. Nesses cenários, a atuação tende a ser mais reativa do que preventiva, limitando as possibilidades de intervenção e dificultando a construção de vínculos que poderiam ser essenciais para o sucesso do trabalho.

Como apontado por P1: *“é insalubre um psicólogo acompanhar 14 escolas. Eu não consigo acompanhar 14 escolas. Então, por mais que eu use todos os horários possíveis, que eu extrapole minha carga horária de trabalho, eu não consigo acompanhar todas as demandas”*. Diante dessa realidade, o participante afirma que o máximo que consegue fazer é orientar a equipe da escola - coordenação, direção, professores - no sentido de acolher adequadamente os estudantes em sofrimento psíquico, estabelecer diálogo com as famílias e realizar os devidos encaminhamentos. Essa atuação pode ser compreendida como um processo formativo pontual, que contribui para ampliar a capacidade de resposta da escola frente a situações de risco.

Dessa forma, a sobrecarga imposta pelo número excessivo de alunos impacta diretamente a qualidade das intervenções. Como relatado por P5: *“eu, como única psicóloga, ficava da educação infantil ao ensino médio, e um total de 1.200 alunos. Então era muita demanda, muita sobrecarga”*. Esse volume de atendimentos reduz as possibilidades de acompanhamento contínuo, tornando inviável um trabalho mais preventivo e individualizado, essencial para a promoção da saúde mental no ambiente escolar.

A identificação de sinais e sintomas constitui uma etapa importante, porém limitada, diante da realidade multifatorial que caracteriza o comportamento suicida na adolescência, exigindo abordagens interdisciplinares e estratégias de intervenção contínua. Para aprofundar essa discussão, a próxima categoria aborda os fatores relacionados ao sofrimento psíquico de adolescentes, com base nas percepções e experiências relatadas pelos profissionais entrevistados.

5.3. Fatores relacionados ao comportamento suicida na adolescência: uma abordagem contextual

Os participantes evidenciaram uma multiplicidade de fatores associados ao sofrimento psíquico dos adolescentes, os quais foram identificados a partir das vivências e experiências práticas dos profissionais em seus contextos de atuação. Entre os aspectos mencionados pelos participantes, é possível identificar tanto fatores proximais, relacionados a desencadeadores imediatos do comportamento suicida, como conflitos familiares e interpessoais, baixa

autoestima, dificuldades escolares e rupturas afetivas, quanto fatores distais, de natureza estrutural, que atuam como elementos de vulnerabilização ao longo do tempo. Estes últimos incluem as desigualdades socioeconômicas, a pressão por desempenho e os padrões idealizados de vida e beleza amplamente disseminados pelas redes sociais, que influenciam a construção da identidade e das expectativas dos adolescentes.

Nesse contexto, a fala de P2 se destaca por oferecer uma leitura ampliada e crítica dessas questões, ao ressaltar como a combinação entre desigualdades sociais e um ambiente acadêmico altamente competitivo pode atuar como elemento adoecedor na vivência adolescente.

“Competitividade, idealização e padrão de beleza, de perfeição, vendido na internet, padrão de vida e de consumo, capitalismo, consumismo.” (P2)

A construção de ideais de sucesso e felicidade baseados no consumo e no desempenho, muitas vezes veiculada pelas redes sociais, aparece como um fator potencializador importante para sentimentos de inadequação e frustração entre adolescentes, conforme apontado por Santana et al. (2024). O estudo evidencia que muitos adolescentes relatam sensações de tristeza, ansiedade e improdutividade após períodos prolongados de uso das redes, especialmente diante de conteúdos que reforçam padrões considerados inatingíveis.

A esse respeito, a participante P4 também chama atenção para o impacto da exposição digital como fator de risco, ao afirmar: *“Exposição a muita tela, muito conteúdo tóxico, há muita questão de se comparar, isso também a gente já tem percebido, que é um fator de risco.”* Entende-se, assim, que o espaço virtual deixa de ser apenas um ambiente de socialização e entretenimento, passando a configurar-se como um cenário de performatividade, no qual o sujeito é constantemente pressionado a corresponder a padrões estéticos e comportamentais impostos socialmente. Para o participante P2, esse cenário promove um distanciamento entre a realidade vivida e a idealizada, o que gera sofrimento: *“Então, assim, você idealizar um resultado de vivência social, sem pensar o que é esse processo, até ter essa vivência, essa experiência, é estar vulnerável para adoecimento psíquico, é estar sendo adoecido, é estar, talvez, adoecendo sem perceber.”*

Tal percepção se articula à crítica feita por Santana et al. (2024) ao apontarem que o ambiente digital tem reproduzido de forma intensa as dinâmicas do capitalismo e do consumismo, contribuindo para um ciclo de insatisfação e desgaste emocional, especialmente

entre adolescentes que não dispõem dos recursos e dos materiais necessários para acessar os padrões de vida idealizados. Dessa forma, a influência das redes sociais sobre o sofrimento psíquico dos adolescentes deve ser compreendida como parte de um fenômeno mais amplo, que envolve a reprodução de desigualdades estruturais e a valorização excessiva das aparências em detrimento dos processos subjetivos e das vivências singulares de cada indivíduo.

Outro fator recorrente nas entrevistas diz respeito à dificuldade de regulação emocional entre adolescentes, apontada como um dos elementos que intensificam o sofrimento psíquico e aumentam a vulnerabilidade ao comportamento suicida. Conforme relatado por P3, é comum observar adolescentes que apresentam dificuldade em lidar com frustrações, mudanças ou conflitos, demonstrando respostas emocionais desproporcionais, pensamentos catastróficos e uma busca imediata por alívio do mal-estar: *“Sempre tem um pensamento meio catastrófico, essa preocupação excessiva, essa autocobrança, essa pressão (...) o principal que eu falo é a catastrofização.”*

Tal relato é reforçado por P4, que também identifica essa dificuldade como um sinal de alerta importante no cotidiano escolar: *“Outro fator que eu considero muito importante é essa dificuldade de regular as emoções. Então, quando eu recebo ali um adolescente na sala, ou uma intervenção no pátio, ou na sala de aula, que eu percebo ali a dificuldade dele regular as emoções, isso também pode nos deixar ali um alerta, porque ele não está sabendo gerenciar suas emoções e resolver problemas.”*

A literatura evidencia que, durante a adolescência, as intensas transformações biológicas, psicológicas e sociais tornam os jovens mais suscetíveis à experiência de emoções negativas intensas e flutuações afetivas, exigindo o desenvolvimento de estratégias mais sofisticadas de autorregulação emocional (Gilbert, 2012; Steinberg, 2005; Yap et al., 2007). Quando essa regulação se mostra comprometida, fenômeno denominado desregulação emocional, há maior risco para o desenvolvimento de quadros de ansiedade, depressão e outros indicadores de sofrimento psíquico. Em especial, déficits na regulação de emoções negativas, como a tristeza, ou a dificuldade em manter estados emocionais positivos, têm sido apontados como fatores relevantes no agravamento da saúde mental de adolescentes (Yap et al., 2007), podendo contribuir para a emergência de comportamentos suicidas.

Além disso, o *bullying* foi apontado pelos participantes como um dos fatores mais recorrentes e significativos na gênese do sofrimento psíquico e do comportamento suicida em adolescentes.

“O *bullying*, a gente não tem como querer romantizar as coisas. O ambiente social lá é o lugar que mais acontece *bullying*. Então, o *bullying* entra aí como fator de risco para suicídio, porque uma pessoa que sofre *bullying*, vai desenvolver com maior facilidade o quadro depressivo. (...) então esse é um fator de risco gravíssimo.” (P4)

“A questão do *bullying* é muito séria, é muito grave. A gente não pode fechar os olhos, não pode naturalizar, não é brincadeira, é sério. O *bullying* deixa feridas para a vida toda.” (P4)

“O fator social do *bullying* (...) Mas o *bullying* também contribui muito para o adoecimento psíquico. E esse adoecimento não tratado gerava as crises psicológicas e, conseqüentemente, o pensamento de morte.” (P6)

O *bullying* no contexto escolar configura-se como uma forma de violência sistemática que compromete diretamente o bem-estar psíquico de adolescentes, gerando impactos significativos em sua saúde mental (Vieira et al., 2020). Essa vivência recorrente pode desencadear sentimentos de rejeição, isolamento, fracasso nas relações interpessoais e, sobretudo, a diminuição da autoestima. Conforme apontado por Caetano et al. (2024), a exposição prolongada a esse tipo de violência pode provocar sentimentos profundos de inferioridade, humilhação e desesperança, afetando negativamente o autoconceito e a forma como o adolescente se percebe em relação ao outro.

Cabe destacar que o risco geral de apresentar pensamentos suicidas é elevado entre adolescentes envolvidos em situações de *bullying*, seja como agressores ou vítimas. Além disso, esse risco é ainda maior para aqueles que desempenham simultaneamente ambos os papéis, atuando como agressores e vítimas (Cha et al., 2018; Kim; Leventhal, 2008). Esse envolvimento duplo intensifica o sofrimento emocional, evidenciando a complexidade e a multifacetada natureza do *bullying* e seu impacto significativo na saúde mental dos jovens.

Diante desse cenário, a baixa autoestima se apresenta como um mediador crítico entre a experiência do *bullying* e o desenvolvimento de quadros psicopatológicos, sendo comumente identificada entre as vítimas. A sensação de não pertencimento e de inadequação social tende a se intensificar ao longo do tempo, especialmente quando não há redes de apoio sólidas ou intervenções institucionais eficazes. Essa combinação de fatores pode levar à intensificação do sofrimento psíquico, que, quando não elaborado ou comunicado de forma

adequada, pode evoluir para comportamentos de risco, como a autolesão e o comportamento suicida (Caetano et al., 2024).

Outro aspecto recorrente nas falas dos participantes diz respeito à influência do contexto familiar no sofrimento psíquico dos adolescentes. A ausência de diálogo, a negligência emocional e os conflitos não resolvidos no ambiente familiar foram apontados como fatores que fragilizam o suporte emocional necessário ao desenvolvimento saudável.

“(..) os fatores que contribuem são a comunicação familiar disfuncional, (..) quando a gente acolhe esse adolescente, a gente vê alguma coisa na família relacionado a comunicação, que geralmente está em adoecimento e que precisa estar sendo cuidada.” (P4)

“Eu vejo muito essa questão do diálogo que eles têm necessidade e da atenção no ambiente familiar. Eu acho que esse é um dos fatores mais recorrentes que a gente vê. Adolescentes que se sentem muito sozinhos, que não têm muitas pessoas para compartilhar. Que não conseguem ter a atenção que eles esperam da família.” (P5)

“O adoecimento vem por conta do conflito familiar, que não é resolvido.” (P6)

Essa percepção dos profissionais encontra respaldo na literatura, que evidencia que o funcionamento familiar exerce papel central no desenvolvimento emocional e comportamental dos adolescentes. A afetividade nas relações familiares surge como uma variável preditiva significativa para o perfil emocional dos jovens, enquanto a presença de conflitos constantes está associada ao surgimento de distúrbios psicossociais e maior vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos (Baptista et al., 2001; Cardoso et al., 2004; Rozemberg et al., 2014).

Famílias com altos níveis de estresse psicológico tendem a favorecer o aparecimento de comportamentos disfuncionais (De Matos et al., 2015; Martin et al., 2011). Nesse sentido, a qualidade das interações entre pais e filhos é determinante: enquanto relações coesas e afetivas promovem adaptação e bem-estar, ambientes marcados por rigidez, conflitos e falta de apoio emocional elevam o risco de problemas emocionais persistentes na vida adulta (Conceição; Marques, 2012; Henneberger et al., 2016). Os achados apontam ainda que o adequado funcionamento familiar está negativamente relacionado ao início de problemas de comportamento na adolescência (Crandall et al., 2016).

Ademais, os participantes destacaram que a presença de transtornos mentais, como depressão, transtornos de humor, transtornos alimentares, de personalidade e ansiedade, são

fatores de risco significativos para o comportamento suicida na adolescência. Além disso, mencionam o uso de substâncias psicoativas e a presença de histórico familiar de transtornos mentais ou suicídio como elementos que potencializam esse risco.

“A própria fase da adolescência, que é uma fase de muitas mudanças, de muitas oscilações, de muita ambivalência, ter algum transtorno mental, algum transtorno psiquiátrico, isso contribui muito. Por isso que nós precisamos estar muito atentos sobre a questão da ansiedade, transtorno alimentar, transtorno de personalidade, que dá ali os seus primeiros sinais, porque ter um transtorno mental é fator de risco para suicídio, principalmente transtorno de humor, depressão maior, transtorno bipolar de humor, transtorno de personalidade.” (P4)

“Se esse adolescente faz abuso de substâncias, de drogas, de álcool, de outras drogas, aí também é muito preocupante para a gente.” (P4)

“Se esse adolescente já teve alguém na família que morreu por suicídio, aí também é algo que nos preocupa, não porque ele vai evitar esse comportamento, porque suicídio é comportamento, mas porque ele pode ter uma doença de base também. Ele também pode ter, porque a gente sabe que o fator genético é muito importante.” (P4)

“Outros fatores que influenciavam no adoecimento e que porventura já traziam essas crises de ansiedade, depressão e outros transtornos também.” (P6)

De fato, a adolescência é reconhecida como uma etapa fundamental do desenvolvimento humano, marcada por transformações de ordem biológica, emocional e social (Campagna & Souza, 2006; Santrock, 2014). Essas mudanças são vivenciadas de forma distinta, dependendo do contexto histórico, social e cultural em que o indivíduo está inserido (Martins, Trindade & Almeida, 2003). Durante esse período, as exigências de adaptação às novas condições podem desencadear sintomas psicológicos, que variam em intensidade e duração, sendo transitórios em alguns casos ou persistentes em outros (Batista & Oliveira, 2005). Diante de frustrações, conflitos e sentimentos de sofrimento intenso, alguns adolescentes podem passar a considerar o suicídio como uma alternativa para aliviar a dor emocional (Barbosa et al., 2016).

Nesse contexto de intensas transformações e possíveis fragilidades emocionais, torna-se necessário um olhar atento para sinais de sofrimento psíquico que, por vezes, disfarçam-se sob comportamentos esperados dessa fase. Bahls (2002) aponta que, quadros depressivos em adolescentes podem se manifestar de forma atípica, por meio de irritabilidade, retraimento social e comportamentos impulsivos — sintomas muitas vezes confundidos com características comuns da fase, dificultando a identificação precoce. A literatura destaca que o

transtorno depressivo maior, os transtornos de ansiedade, o transtorno bipolar e a dependência de substâncias psicoativas estão entre os principais transtornos associados ao risco de suicídio na adolescência (Botega, 2014; Borges; Werlang, 2006).

Além disso, estudos apontam que sintomas como desesperança, baixa autoestima, sensação de fracasso e falta de perspectiva para o futuro podem funcionar como gatilhos emocionais para o desenvolvimento da ideação suicida (Schlichting; Moraes, 2018; Botti et al., 2018).

Por fim, é importante destacar a identidade de gênero como uma dimensão crítica no debate sobre fatores associados ao sofrimento psíquico e ao risco de suicídio na adolescência. A vivência de adolescentes que não se reconhecem dentro das normas de gênero tradicionais, frequentemente é marcada por experiências de rejeição familiar, exclusão social e desrespeito à sua identidade. Conforme relatado pela participante P5: *“Outro fator que eu vejo também muito associado é a questão de gênero. Adolescentes que, por exemplo, meninos que não se reconhecem enquanto meninos. E isso gera um sofrimento por não haver uma aceitação da família.”* Esse contexto contribui para o aumento da vulnerabilidade emocional e pode desencadear quadros de ansiedade, depressão e comportamento suicida.

Estudos como o de Staples et al. (2017) indicam que adolescentes transgêneros apresentam prevalência significativamente maior de risco de suicídio, tentativas e mortes por esta causa em comparação a seus pares cisgêneros. Tal evidência reforça a influência dos estressores sociais no agravamento do sofrimento psíquico dessa população. A literatura aponta que fatores como discriminação, depressão, conflitos familiares e uso de substâncias configuram-se como determinantes importantes nas tentativas de suicídio (Chen et al., 2019; Lehavot et al., 2016; Zeluf et al., 2018). Nesse sentido, Tucker et al. (2018) destacam que experiências recorrentes de rejeição e discriminação podem funcionar como fatores desencadeantes para o comportamento suicida entre essa população.

Assim, a imposição da cisgeneridade compulsória³ configura-se como um dos determinantes sociais que incidem de maneira significativa sobre a vivência de adolescentes

³ A cisgeneridade compulsória refere-se à imposição social que exige que os indivíduos se identifiquem com o gênero atribuído ao nascimento, ou seja, que sua identidade de gênero esteja em conformidade com seu sexo biológico. Essa norma social funciona como uma pressão constante para que as pessoas se ajustem a um modelo binário de gênero, masculino ou feminino, marginalizando e invisibilizando identidades transgêneras, não-binárias e outras expressões que fogem dessa rigidez. Essa compulsão à conformidade é sustentada por práticas discursivas e sociais que regulam os corpos, comportamentos e identidades, reforçando uma ordem heteronormativa que exclui qualquer dissidência (BUTLER, 1990; 2004).

trans, atravessando suas experiências de forma estruturante e, muitas vezes, limitadora. Tais imposições se expressam em processos contínuos de invalidação, exclusão e violência simbólica e material, os quais impactam diretamente sua saúde mental.

A esse respeito, a fala da participante P5 ilustra de forma concreta tais atravessamentos: *“Tivemos casos aqui de alunos que queriam ser chamados pelo nome social, mas por conta da idade, por serem menores, a instituição acabava não aceitando esse pedido. Por exemplo, deles assinarem a avaliação com o nome social, dos professores fazerem uma chamada utilizando o nome social. E isso gerava nesses alunos um grande sofrimento. Então, eles viam muito como uma forma de desrespeito. Quando os colegas chamavam eles em sala de aula pelo outro nome. Eles já ficavam muito fragilizados em relação a isso.”*

Dessa forma, diante da complexidade do comportamento suicida na adolescência, é imprescindível que as análises e intervenções, especialmente no contexto escolar, incorporem uma perspectiva crítica e interseccional, reconhecendo os efeitos das normatividades de gênero na constituição do sofrimento psíquico.

5.4. Estratégias e recursos de intervenção diante do comportamento suicida de adolescentes

A crescente incidência de comportamento suicida entre adolescentes tem impulsionado a discussão sobre o papel da escola como um espaço privilegiado para a identificação precoce e a intervenção em situações de risco. Nesse contexto, psicólogos escolares assumem funções centrais, articulando estratégias que vão desde o acolhimento individual até ações coletivas de prevenção e promoção da saúde mental. Esta seção analisa os recursos e estratégias mobilizados por esses profissionais no enfrentamento de situações de crise, com ênfase nas intervenções imediatas — como a escuta qualificada, as ações junto à família e as iniciativas de sensibilização e orientação da comunidade escolar —, além da articulação com a rede intersetorial de saúde e proteção social. Serão discutidas, ainda, práticas educativas e projetos que atuam como facilitadores na criação de vínculos e no incentivo à busca por ajuda.

5.4.1. Atendimentos individuais como espaços de escuta e acolhimento

A escuta qualificada e o acolhimento emergem como estratégias centrais na atuação de psicólogos escolares diante de comportamentos suicidas entre adolescentes.

“É mais o diálogo mesmo, a observação clínica (...) escuta individual, é mais só escuta mesmo, escuta psicológica.” (P3)

“Às vezes eu digo assim, olha, você nem precisa me dizer nada, mas você quer um abraço?” (P4)

“A gente acolhe o suficiente para eles se sentirem seguros. Porque, se você faz um acolhimento profundo, ele consegue se entregar para você. Se você se conecta ali com ele, se você está preocupado realmente com a dor dele, sem dizer para ele que isso está errado, sem dizer para ele que tem tanta gente nos hospitais querendo viver, tanta gente assim, e você fazendo isso, porque a gente tem que saber acolher. Acolher não é só falar que acolhe. Às vezes, realmente, é você não dizer nada. Você não dizer nada e você estar ali com ele. Tanto que a minha cadeira com ele, na nossa salinha, é do lado. Eu não deixo a mesa como nosso obstáculo. É lado a lado. Olho no olho. E, às vezes, é só escutar o choro. Aquela dor. E eles entregam. Quando a gente faz um acolhimento que o objetivo é cuidar mesmo, mais do que pegar informação, eles entregam. Eles querem colo. Eles querem cuidado.” (P4)

“A gente acolhe. Eu tenho uma sala reservada. Aí eles vêm para a minha sala. A gente conversa, eu faço esse momento de escuta. Deixo eles falarem bastante sem intervir a princípio. Depois eu tento fazer uma intervenção no sentido do controle, do manejo daquela situação em si.” (P5)

“Eu acredito que é mais a fala, a escuta. (...) Com os adolescentes, eu acredito que é mais esse manejo. Da fala, da escuta.” (P5)

“Primeiro, conversa, né? Tem que tirar o aluno de dentro de sala de aula, tem que trazer para no mínimo uma escuta. Foi feita a observação pelo professor, por mim mesmo, pela diretora, no diálogo com o aluno, escuta qualificada.” (P6)

Os atendimentos individuais, frequentemente acionados por encaminhamentos da equipe pedagógica, por demanda espontânea dos estudantes ou por sinalizações das famílias, visam criar um espaço seguro e acolhedor, no qual o adolescente possa se manifestar com liberdade acerca de seus sentimentos e experiências, em um ambiente isento de julgamentos. A escuta qualificada, nesse contexto, conforme destacam Mielke e Olschowsky (2011), representa uma tecnologia leve em saúde mental que valoriza o vínculo, o acolhimento e a

escuta como elementos essenciais na produção do cuidado e no fortalecimento da autonomia e cidadania do sujeito em sofrimento psíquico.

O vínculo afetivo estabelecido entre o psicólogo escolar e o estudante é fundamental para a efetividade desses atendimentos. A construção de uma relação de confiança, muitas vezes consolidada ao longo do tempo, favorece que o adolescente procure espontaneamente o profissional em momentos de sofrimento, como destacado por P4: *“Então, eu crio esse vínculo com eles, de afetividade, para que eles saibam que podem contar comigo.”* A escuta qualificada e o acolhimento no contexto escolar podem contribuir significativamente para o fortalecimento dos vínculos afetivos, favorecendo a criação de um ambiente seguro em que os estudantes se sintam à vontade para compartilhar sentimentos, aspecto essencial para a identificação de sinais de sofrimento e a prevenção do comportamento suicida (RAZENTE, 2024).

Por outro lado, é válido lembrar os contextos institucionais nos quais essa prática se torna inviável ou fragmentada, como citado anteriormente pelos participantes, sobretudo devido à sobrecarga de trabalho imposta aos psicólogos, à falta de equipes multidisciplinares e à lógica produtivista que atravessa muitas instituições. Nessas condições, o cuidado corre o risco de ser reduzido a encaminhamentos ou intervenções pontuais, comprometendo sua dimensão ética, relacional e transformadora.

Apesar desses desafios institucionais, é importante considerar estratégias que, mesmo em contextos diversos, poderiam ser gradualmente incorporadas à prática profissional. Uma delas é a identificação e o fortalecimento dos fatores de proteção contra o suicídio. Embora não tenha sido mencionada pelos profissionais entrevistados neste estudo, essa estratégia é fundamental na prevenção do comportamento suicida em adolescentes. O estudo de Hua et al. (2024) destaca que, embora os fatores de proteção contra o suicídio tenham sido menos estudados em adolescentes que em adultos, evidências indicam que eles atuam de forma semelhante em ambos os grupos (Ati et al., 2021). Entre esses fatores estão maior autoestima, o “entusiasmo pela vida”, crenças culturais e religiosas que desencorajam o suicídio, habilidades positivas de enfrentamento, fortes apoios sociais e sentimento de inclusão, que contribuem para a resiliência dos jovens (Shahram et al., 2021). Assim, incorporar a promoção desses fatores às práticas da Psicologia Escolar pode representar um avanço importante na prevenção do suicídio entre adolescentes.

5.4.2. Articulação escola–família nas estratégias de prevenção e intervenção

O envolvimento da família nas ações de prevenção e intervenção frente ao comportamento suicida de adolescentes aparece como um eixo central na atuação dos psicólogos escolares entrevistados. O primeiro movimento, diante da percepção de risco, é o contato com os responsáveis, como pontua P2: *“Percebeu o quadro de sofrimento? A gente chama família. Primeira vinculação, família.”* Esse contato, no entanto, exige avaliação cuidadosa sobre o momento e a abordagem a ser utilizada, especialmente nos casos em que há conflito familiar ou quando a própria família é apontada como fator desencadeante de sofrimento.

Nesse sentido, P3 compartilha que evita acionar a família de imediato, especialmente quando a demanda tem relação direta com o contexto familiar, buscando avaliar o risco e a necessidade real de quebra de sigilo: *“eu explico pra eles (...) que se oferecer risco a você ou a outrem, a gente vai precisar quebrar (o sigilo) (...) e aí eu entro em contato com a família, (...) sempre faço muita questão da verdade mesmo, assim, não faço nada escondido.”*

Em situações de risco iminente ou quando é constatado o comportamento suicida, todos os participantes enfatizam a importância de acionar a família de forma imediata. P6 reforça esse aspecto ao afirmar: *“O primeiro apoio que precisa existir para a resolução da demanda é da família. Se você não tem o apoio da família, vai ser muito difícil fazer qualquer outra coisa.”* Nesses casos, são feitas avaliações de risco (baixo, médio ou alto) e definidas as formas mais adequadas de encaminhamento e orientação, com base no perfil da família e em sua capacidade de acolhimento e cuidado.

Apesar da centralidade do papel familiar, os profissionais também reconhecem os limites dessa atuação. P1 relata: *“nem sempre é o pai ou a mãe, porque, em alguns casos, existe uma relação um pouco complicada.”* Diante disso, a profissional busca alternativas mais viáveis dentro do próprio núcleo familiar ou da rede de apoio próxima ao adolescente, solicitando que o estudante indique alguém de confiança. Essa estratégia amplia a noção de família para além do modelo tradicional, reconhecendo sua diversidade e complexidade.

Considerando esses desafios, os profissionais buscam desenvolver estratégias de orientação que envolvam tanto o acompanhamento do comportamento do adolescente quanto o fortalecimento da rede de apoio familiar. A escuta e o acolhimento da família são vistos como essenciais, como destaca P4:

“E orientar essa família, para que essa família saiba abordar esse tema, porque às vezes a família não sabe. Então eu preciso também cuidar dessa família. A forma que eu comunico pra essa família não pode ser de qualquer jeito. Eu não posso fazer pelo telefone. Só se for o jeito, assim, não tem outra saída. Mas eu preciso também acolher essa família. Ter um ambiente caloroso pra ela. (...) Porque muitas vezes essa família não está funcional. Essa família está adoecida e ela... Mas eu não tenho que culpabilizar essa família. Eu não posso fazer isso. Então eu preciso também, enquanto psicólogo escolar, ter essa sensibilidade.” (P4)

Essa postura ética e sensível evidencia o compromisso dos psicólogos escolares em promover um ambiente que favoreça o diálogo e a corresponsabilização entre escola e família. Diante da identificação de situações de risco, o papel do psicólogo deve ser, prioritariamente, o de orientar os familiares, garantindo que a comunicação ocorra de forma clara, acolhedora e documentada (SGANZERLA, 2021). Essa prática não apenas fortalece a rede de apoio ao adolescente, mas também assegura respaldo ético e legal aos profissionais, especialmente quando há limitações na adesão das famílias às orientações recebidas.

Nesse sentido, algumas escolas têm adotado estratégias institucionais mais formais, como a elaboração de termos de responsabilidade, com o objetivo de envolver diretamente os responsáveis no cuidado e acompanhamento da saúde mental dos estudantes. P2 relata que, ao detectar comportamentos como autolesão, ideação persistente ou tentativa de suicídio, a escola convoca os responsáveis para firmar um documento: *“A gente tem algo chamado termo de responsabilidade. A gente chama o pai, e é como se o pai fizesse esse termo pra gente. Eu, Fulano, CPF tal, sou pai de Ciclano (...) declaro que...”*. Nesse termo, os responsáveis assumem compromissos relacionados ao cuidado com a saúde mental do filho, como o acompanhamento psicológico, a adesão a tratamentos e a supervisão fora do ambiente escolar.

Essa medida é adotada como uma forma de dividir a responsabilidade sobre o cuidado com os adolescentes e, ao mesmo tempo, proteger a instituição diante de possíveis omissões. Como explica P2: *“A escola, para não assumir a responsabilidade sozinha, partilha a responsabilidade com as famílias.”* Tal estratégia contribui para maior engajamento dos responsáveis e reforça a corresponsabilidade, sobretudo em contextos em que há risco de agravamento do quadro clínico ou descontinuidade no acompanhamento. Conforme sugere Sganzerla (2021), manter registros formais e assinaturas comprova que a escola cumpriu seu dever de comunicar e orientar, mesmo diante da imprevisibilidade da resposta familiar.

Ainda segundo P2, “*A maioria das famílias acatam*”, o que pode indicar tanto um reconhecimento da gravidade da situação quanto uma abertura para o diálogo e a ação conjunta. Dessa forma, observa-se que, além do acolhimento e da orientação, há estratégias mais estruturadas de atuação com os responsáveis, que visam formalizar e fortalecer o compromisso familiar no enfrentamento do sofrimento psíquico de adolescentes no ambiente escolar. Dentre as estratégias, ressalta-se a necessidade da escola atuar de forma articulada com os serviços de saúde mental, garantindo não apenas a notificação da situação, mas o encaminhamento qualificado, o acompanhamento contínuo e o respeito à singularidade do sujeito. Práticas burocráticas que não estejam integradas a uma rede efetiva de cuidado correm o risco de reproduzir uma lógica punitiva e negligenciar as dimensões éticas, subjetivas e sociais do sofrimento psíquico.

5.4.3. A escola como espaço de cuidado: identificação e intervenção compartilhada

A prevenção do comportamento suicida entre adolescentes requer o envolvimento ativo de toda a rede escolar. Os profissionais entrevistados destacaram a importância de uma atuação articulada entre psicólogos, professores, funcionários e até mesmo os próprios colegas de turma, considerando-os como agentes fundamentais não apenas na identificação precoce de sinais de sofrimento psíquico, mas também na realização de intervenções iniciais. Quando sensibilizados e capacitados, esses atores podem acolher demandas emergentes, oferecer suporte emocional imediato e encaminhar o estudante para os serviços adequados, contribuindo para a construção de uma rede de cuidado efetiva dentro do espaço escolar. Como destacou P4:

“Mas a gente tem que buscar estratégias, envolver a família e envolver os outros educadores. Eu acredito que, se você for fazer ações só com os alunos, ficam incompletas, você não consegue. Você não consegue acessar, porque, às vezes, o próprio professor que não tem conhecimento, acaba desmanchando aquilo que você fez. Porque, às vezes, falam assim, ah, no meu tempo não tinha isso, no meu tempo...”
(P4)

O trabalho com os professores é um dos pilares dessa rede de apoio. Por estarem em contato diário com os estudantes, esses profissionais ocupam uma posição privilegiada na identificação de sinais precoces de sofrimento psíquico.

“O professor é a mola mestra da escola. Nós não temos aquilo que eles têm de contato. Sempre com seus alunos, com sua turma. Então, os professores são nossos aliados.” (P4)

A relação de proximidade que se constrói ao longo do convívio possibilita que percebam mudanças sutis no comportamento dos alunos, como isolamento repentino, queda no rendimento escolar, desinteresse por atividades antes prazerosas e falas marcadas por desesperança em relação ao futuro, indicativos comuns entre adolescentes que apresentam condutas autodestrutivas (Botega, 2015). Nesse sentido, P4 relata:

“A gente tem um projeto que faz com professora de linguagem, que é ‘Hoje Eu Quero Desabafar...’. E, dessas cartas, a gente já fez projetos, inclusive, de ajudar mesmo diretamente a prevenir o suicídio. Porque, em uma dessas caixinhas, um adolescente colocou que queria se matar, que não aguentava mais. E a gente conseguiu identificar a letra com a professora de linguagem. Por isso que a gente faz com a professora de linguagem, porque ela conhece as letras. E a gente conseguiu chegar antes. E estava realmente planejado, tinha cartas feitas.” (P4)

Esse relato evidencia como a atuação sensível dos professores, aliada à articulação com a psicologia escolar, pode favorecer a identificação de situações críticas e a realização de intervenções imediatas. A familiaridade com os estudantes e o conhecimento de suas particularidades permitem que ações simples, como o reconhecimento da caligrafia, tenham um impacto significativo na resposta a situações de risco iminente.

Além da atuação dos professores, é fundamental que todos os agentes que exercem papéis sociais junto aos adolescentes se coloquem como figuras de apoio, contribuindo para a identificação e redução de condutas que possam representar risco à vida desses jovens.

De acordo com a revisão integrativa realizada por Baptista et al. (2022), os programas de prevenção ao suicídio em ambientes escolares variam quanto ao público-alvo das intervenções, concentrando-se em alunos, funcionários ou em ambos. A maior parte das iniciativas analisadas (42,4%) foi direcionada a um público misto, envolvendo tanto estudantes quanto profissionais da escola, como administradores, professores e assistentes educacionais, a exemplo do programa *Question Persuade Refer (QPR)*, que busca capacitar esses agentes para identificar sinais de risco e realizar encaminhamentos adequados, além de promover palestras educativas para os alunos. Em contrapartida, apenas 16,7% dos programas tiveram como foco exclusivo os funcionários escolares, como o *Sources of Strength*, voltado à preparação dos profissionais para atuação direta na prevenção do suicídio. Esses dados

indicam uma tendência crescente em desenvolver intervenções que integrem diferentes segmentos da comunidade escolar, sugerindo uma preocupação com a construção de redes de apoio mais amplas e eficazes dentro do contexto educacional.

Essa abordagem integrada é evidenciada também nos relatos dos profissionais entrevistados, como demonstrado pelas falas da participante P4, que destaca o envolvimento de diversos atores escolares no processo preventivo: *“(..) as tias que fazem o serviço da limpeza, que cuidam dos banheiros, elas também são orientadas a observar quando estão recolhendo lixo, se percebem algum objeto cortante”*, revelando a inclusão de profissionais frequentemente invisibilizados nas ações de cuidado. Além disso, menciona a atuação do vigia escolar como parte ativa da rede de observação: *“(...) até com o vigia da escola. Ele é orientado também. Nós temos dois, e aí ele diz assim: olha, hoje o aluno tal entrou diferente”*.

Tais relatos reforçam a ideia de que o treinamento e a orientação prévia da equipe escolar são fundamentais para ampliar o alcance das ações preventivas: *“se você orienta a equipe antes, treina essa equipe, você de certa forma já está ali, porque você já teve também a sua contribuição”* (P4).

Os colegas de classe também são mencionados como figuras importantes na identificação e sinalização de comportamentos de risco. Casos de automedicação ou falas de ideação suicida muitas vezes chegam ao conhecimento do psicólogo escolar por meio de relatos dos próprios estudantes: *“A gente já teve situações de alunos que se automedicam. (...) E aí vem outros adolescentes e nos contam: ‘Tia, a fulana trouxe hoje um vidro de ibuprofeno e está tomando todinho em sala de aula.’”* (P5)

Com isso, evidencia-se que a construção de uma comunidade escolar comprometida, orientada e sensível aos sinais de sofrimento psíquico dos estudantes é uma estratégia relevante e eficaz para a prevenção de comportamentos suicidas.

5.4.4. Integração escola–rede: encaminhamento à rede de saúde e proteção

O encaminhamento de adolescentes em situação de risco suicida à rede de saúde e proteção é uma etapa central nas intervenções escolares. A gravidade do caso é um dos principais critérios adotados pelas escolas para acionar os serviços especializados. Conforme relata a participante P1: *“Quando há identificação realmente de algum comportamento que*

envolva risco à vida, além da comunicação à família, de imediato é feito encaminhamento para a rede.” Essa orientação está alinhada com o manual da Organização Mundial da Saúde (2000), que destaca a importância da identificação precoce e do encaminhamento imediato a serviços especializados diante de sinais de risco à vida no contexto escolar.

Em situações em que o risco é evidente, a escola é orientada a priorizar o encaminhamento ao Provida, com exigência de comprovação de que o adolescente está em acompanhamento: *“Todas as escolas são muito orientadas sobre isso, que a orientação é de imediato ir ao Provida, (...) a gente pede sempre que eles tragam uma declaração comprovando que ele foi ao serviço, que ele já está em acompanhamento.”* (P1) O Provida, por sua vez, é um serviço público vinculado à rede municipal de saúde de Teresina-PI, especializado na valorização da vida e na prevenção do suicídio. Seu funcionamento é pautado na lógica da psicoterapia de crise, com foco na estabilização do sofrimento agudo e na articulação com a rede de atenção psicossocial para garantir a continuidade do cuidado.

No entanto, mesmo quando o encaminhamento é realizado, diversos obstáculos dificultam o acesso ao cuidado. A questão do deslocamento, por exemplo, compromete a continuidade do acompanhamento: *“Um dos casos que eu acompanhei recente, o rapaz, ele não conseguia fazer o acompanhamento porque ele não conseguia se deslocar até o centro da cidade (...) quando saiu o Pé-de-Meia⁴, a mãe dele se comprometeu a separar uma parte específica daquele dinheiro para que a tia pudesse ir ao Provida com o menino.”* (P1)

A articulação com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como CAPS, UBS, CRAS, CREAS e Conselho Tutelar, ainda se mostra fragmentada e limitada. P1 destaca: *“O CAPS também dá um certo suporte (...), mas a regularidade do acompanhamento já não é tão efetiva.”* P5 também aponta a fragilidade dessa articulação: *“Não tem muita essa articulação não. Eu acho bem fragilizados esses serviços. Infelizmente a gente não consegue. A gente faz as tentativas para ver de que forma dá para auxiliar.”*

Além disso, há críticas à falta de formação técnica de alguns profissionais da rede, como conselheiros tutelares, o que compromete a abordagem de casos complexos: *“Eu percebo que o conselho tutelar precisa de mais formação (...). Não deveria ser por voto,*

⁴ O Pé-de-Meia é um programa de incentivo financeiro-educacional voltado a estudantes matriculados no ensino médio público beneficiários do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico). O programa funciona como uma poupança para promover a permanência e a conclusão escolar de estudantes nessa etapa de ensino. Seu objetivo é democratizar o acesso e reduzir a desigualdade social entre os jovens, além de fomentar a inclusão educacional e estimular a mobilidade social (Brasil, 2025).

deveria ser por formação, né? (...) Às vezes, eles têm dificuldade para lidar com temas assim tão delicados.” (P4)

Mesmo quando a rede é acionada, há casos de negligência familiar que exigem mobilização institucional mais incisiva, como aponta P6:

“(...) era uma intervenção multidisciplinar, era acionar, juntamente com a assistente social da escola, o Conselho Tutelar. Visto que quando chega nessa situação de ideação suicida ou de tentativa de suicídio e a família não está tomando providência nenhuma, muito provavelmente já estava numa situação em que o aluno não frequentava a escola, numa situação em que o aluno não se alimentava muito bem. Então, estava sendo negligenciada a questão da saúde mental e, com certeza, a questão do direito a estar em sala de aula. Então, a gente partia dessa ausência do aluno de sala de aula para encaminhar para o Conselho Tutelar, juntamente com a assistente social, através de um relatório. E, assim, eram tomadas as medidas cabíveis do Conselho Tutelar para que essa família tomasse as providências em relação à saúde dele.” (P6)

Diante da demora nos atendimentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e das limitações financeiras enfrentadas por muitas famílias, alternativas como serviços-escola e organizações não governamentais (ONGs) têm se mostrado caminhos viáveis para garantir algum tipo de acolhimento psicológico aos adolescentes em sofrimento.

Em Parnaíba (PI), por exemplo, a rede pública de atenção especializada é considerada pelos participantes insuficiente para atender à demanda da população jovem. A participante P5 ressalta a fragilidade dessa rede ao afirmar: *“Eu acho ainda muito frágil esse contato que a gente tem, infelizmente. Aqui na cidade a gente tem um CAPS 2 e um CAPS AD. Mas geralmente casos de adolescentes que a gente encaminha não são acompanhados por CAPS.”* Ela explica que, na prática, os adolescentes são direcionados ao Centro de Especialidades do município, que conta com uma alta demanda e uma longa lista de espera, o que dificulta o acesso célere ao cuidado.

Diante desse cenário, a escola acaba por recorrer a parcerias informais com ONGs, como o Projeto Reviver, que atua com ações de prevenção ao suicídio nas escolas e oferece atendimento gratuito: *“(...) eles têm também a questão da escuta e do atendimento de forma gratuita. Então a gente faz encaminhamento para essas ONGs, para os projetos.”* Além disso, os serviços-escola de psicologia das universidades locais, como a Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar) e a UNINASSAU, têm sido acionados com frequência como alternativa de atendimento: *“É um apoio que a gente tem para esses alunos que estão*

necessitando e que a família alega não ter condições financeiras de arcar com acompanhamento.” Nesse contexto, os serviços-escola assumem um papel social fundamental ao oferecerem à população economicamente desfavorecida a possibilidade de acesso a serviços psicológicos gratuitos ou a baixo custo, ampliando o acesso aos serviços de saúde mental (Amaral et al., 2012).

Por fim, os profissionais denunciam a insuficiência de investimentos e a negligência das autoridades diante da gravidade da situação: *“Eu não sei o que é que precisa acontecer mais para que os nossos gestores reconheçam que sem saúde mental não há saúde.”* (P4)

Diante desse cenário, constata-se que, apesar das iniciativas locais que buscam preencher as lacunas deixadas pelo poder público, como parcerias com ONGs e serviços-escola, essas soluções operam de maneira paliativa e não conseguem dar conta da complexidade do cuidado em saúde mental para adolescentes em sofrimento. A fragilidade na articulação entre os diferentes serviços de saúde e a rede psicossocial revela a sobrecarga das instituições educacionais, que frequentemente assumem responsabilidades de cuidado sem o suporte técnico e institucional adequado. A precariedade dos serviços disponíveis, aliada à morosidade nos atendimentos e à descontinuidade das ações intersetoriais, expõe não apenas falhas operacionais, mas também a insuficiência de políticas públicas estruturadas e comprometidas com as realidades locais. Assim, torna-se urgente repensar o cuidado em saúde mental, buscando uma integração mais efetiva entre os setores de educação, saúde e assistência social, por meio de ações concretas, financiamento adequado e diretrizes que garantam acesso, continuidade e proteção integral aos adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial.

5.4.5. Registros e Notificações como ferramentas na intervenção da Psicologia Escolar

Os participantes evidenciam a centralidade dos registros e notificações no trabalho do psicólogo escolar diante de situações de risco, especialmente comportamentos suicidas em adolescentes. O registro é compreendido não apenas como uma obrigação técnica, mas como uma forma de garantir a continuidade do cuidado, dar visibilidade às ações e fortalecer a rede de proteção. A participante P4 destaca: *“Se você não registra, é como se não tivesse feito. Então, nós, enquanto psicólogos, precisamos deixar tudo documentado”*. Ela ainda complementa sobre a importância da qualidade desses documentos: *“Tem que fazer relatório*

bem feito. Não é de qualquer jeito. A gente tem que ser criterioso, né, com os nossos relatórios”. O registro, portanto, é visto como uma forma de consolidar o trabalho e de comunicar com clareza a atuação profissional dentro do contexto escolar.

Nesse mesmo sentido, observa-se o empenho dos profissionais em estruturar e qualificar suas práticas por meio da elaboração de instrumentos próprios de registro. A participante P6 compartilha que desenvolveu diversas fichas para organizar e acompanhar suas intervenções:

“Ficha de observação, ficha de atendimento, ficha de avaliação geral do aluno, que eu, às vezes, mostrava para o professor, pedia para eles preencherem para mim, preenchia junto com o professor, explicava para o professor como é que fazia, ficha de diagnóstico institucional, ficha de atendimento familiar, ficha de encaminhamento ao Conselho Tutelar, CRAS, CREAS, postinho de saúde (...) Ficha de demanda, ficha de devolutiva de demanda, ficha de monitoramento de demandas, que é uma ficha pessoal que eu utilizo, inclusive, para monitorar as demandas, organizar na minha mente as demandas que eu tenho. Então, muitas eu precisava organizar qual era o nome, qual era a demanda, o que já tinha sido feito por aquele aluno, ou por mim, com relação àquele aluno, e qual era a resolução daquela demanda.” (P6)

Essa iniciativa reforça a compreensão de que o registro não se limita ao cumprimento de exigências burocráticas, mas atua como recurso fundamental para sistematizar o cuidado, promover a continuidade das ações e articular o trabalho com outros profissionais e instituições envolvidas no processo. Vale citar os diários de campo como importantes recursos de registro da prática da psicologia na escola, pois “o diário de campo é o instrumento utilizado para materializar a técnica de escrita sobre a realidade vivida” (Moreira; Guzzo, 2014, p. 45), permitindo documentar a interação cotidiana com os diferentes atores da comunidade escolar e analisar criticamente o contexto em que se inserem.

É importante destacar que, entre os participantes da pesquisa, apenas P2 mencionou explicitamente o preenchimento da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada: “(...) *antes da notificação do Conselho Tutelar, a gente usa a documentação que a gente faz pro SINAN*”. A notificação formal de casos de tentativa de suicídio, suicídio consumado e autolesões é uma etapa crucial para que tais casos sejam oficialmente reconhecidos e integrados aos sistemas de vigilância em saúde, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção mais eficazes. Ressalta-se que para um bom planejamento, monitoramento, execução e avaliação das ações em saúde,

especialmente em países de grande desigualdade socioeconômica, são necessárias informações completas e oportunas de natureza epidemiológica (Ribeiro, 2016).

Dessa forma, a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, esta portaria estabelece que agravo é qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas, lesões decorrentes de violências interpessoais (como agressões e maus-tratos) e lesão autoprovocada (Brasil, 2016).

Complementarmente, a Lei nº 13.819/19, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019), determina que todos os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada devem ser notificados compulsoriamente às autoridades sanitárias e ao Conselho Tutelar, por estabelecimentos de saúde e de ensino, tanto públicos quanto privados. No contexto escolar, esse processo de notificação se torna uma ferramenta fundamental para a efetivação de ações preventivas adequadas e para o monitoramento do cuidado aos estudantes em risco.

O fato de apenas um profissional mencionar a prática da notificação compulsória evidencia lacunas significativas na formação, na orientação técnica e na responsabilização dos psicólogos escolares no que se refere à sua atuação diante de situações de risco, conforme previsto na legislação vigente e nas diretrizes do Ministério da Saúde. Além disso, essa ausência de registros revela fatores socioculturais que dificultam a efetivação desse instrumento, como o estigma em torno do sofrimento psíquico, o silenciamento social diante de casos de automutilação e comportamento suicida, além do receio de que a exposição desses casos possa gerar uma imagem negativa da escola.

Essas barreiras reforçam a necessidade de políticas públicas que articulem a formação continuada dos profissionais da educação e da saúde, bem como estratégias de enfrentamento à estigmatização e à omissão institucional frente a demandas de alta complexidade. A não efetivação da notificação, nesse contexto, pode comprometer a efetividade dos sistemas de vigilância em saúde e enfraquecer a articulação necessária entre a escola e os demais setores da rede de proteção.

5.4.6. Lacunas metodológicas na avaliação do risco de suicídio

Durante as entrevistas realizadas, identificou-se a ausência de protocolos estruturados voltados à avaliação do risco de suicídio nas práticas relatadas pelos participantes. Nenhum deles mencionou o uso de instrumentos específicos para essa finalidade, evidenciando uma lacuna significativa na sistematização do atendimento em contextos escolares.

Esse cenário revela um importante desafio no cuidado prestado a adolescentes em situação de sofrimento psíquico, especialmente em momentos de crise. A ausência de instrumentos padronizados para a avaliação do risco de suicídio pode fragilizar a condução do atendimento, uma vez que torna a identificação de sinais de risco mais subjetiva e dependente exclusivamente da percepção individual do profissional. A adoção de protocolos estruturados favorece maior coerência e segurança nas ações desenvolvidas no ambiente escolar, além de possibilitar a definição de condutas mais adequadas diante da complexidade dessas situações. Assim, a sistematização do atendimento não apenas qualifica o cuidado ofertado, como também contribui para a proteção dos adolescentes e para o respaldo técnico dos profissionais envolvidos.

Diante disso, destaca-se o roteiro de avaliação do risco de suicídio proposto por Botega (2015), que se constitui como um instrumento prático para orientar o profissional na avaliação e manejo do risco suicida. Esse roteiro propõe uma sistematização da escuta e da análise de risco por meio de dimensões como identificação de desencadeantes, motivações e significado atribuído à morte, aspectos psíquicos e emocionais que o indivíduo apresenta no momento da avaliação, a presença de ideação suicida, grau de intencionalidade, existência de plano, acesso aos meios, tentativas anteriores, fatores de proteção e outros aspectos relevantes à avaliação clínica. Sua implementação em contextos escolares poderia auxiliar na qualificação do atendimento, suprimindo a lacuna identificada nas falas dos participantes quanto à ausência de instrumentos formais para avaliação de risco.

5.4.7. Estratégias educativas e preventivas no cotidiano escolar: projetos como recursos facilitadores

No cotidiano escolar, as estratégias educativas e preventivas se configuram como recursos fundamentais tanto para a intervenção imediata em situações de crise quanto para a promoção de um ambiente seguro e acolhedor para os adolescentes. Os relatos dos participantes evidenciam que tais estratégias não apenas possibilitam o acolhimento de demandas emergentes, como também funcionam como facilitadores do diálogo e da busca por

ajuda: *“Então, é comum, por exemplo, fazermos atividades psicoeducativas, um momento em grupo e, aí, depois, aquela sensibilização e aparecem muitos pedidos... ‘olha, tia, eu queria muito conversar com você.’”* (P1)

A participante P4 relata que, por meio de estratégias como a roda de conversa e a “caixinha para perguntas”, os adolescentes compartilham dúvidas e medos, inclusive sobre o suicídio, permitindo que a equipe escolar fique mais atenta às demandas da turma:

“A gente tem encontros com eles. Roda de conversa. Caixinha para perguntas. Às vezes, eles não se sentem à vontade para perguntar, então, a gente deixa uma urnazinha e eles se colocam e não precisam ser identificados. E eles perguntam algumas coisas, inclusive sobre a questão do suicídio. Algumas dúvidas, alguns medos que eles colocam. Até perguntas tipo ‘se eu morrer, eu vou para onde?’ E aí já é um alerta para a gente trabalhar mais naquela sala, para a gente poder ficar mais atento, para que eles se sintam encorajados a pedir ajuda de forma mais direta.” (P4)

Essas intervenções são utilizadas para estimular a expressão dos estudantes, criar vínculos e possibilitar o reconhecimento de sinais de sofrimento emocional. Muitas vezes, essas ações permitem que os alunos se sintam mais seguros para sinalizar situações de vulnerabilidade, o que permite uma resposta mais eficiente e direcionada às demandas identificadas.

Observa-se também que algumas iniciativas se estruturam de maneira contínua, com intervenções planejadas ao longo do ano letivo, enquanto outras emergem de demandas específicas das turmas, demonstrando a importância da escuta ativa e da flexibilidade por parte dos profissionais. Essas ações articulam dimensões preventivas e interventivas, podendo ser compreendidas como formas de prevenção secundária, uma vez que muitas ocorrem após a identificação de um risco já presente.

Essa abordagem vai ao encontro da perspectiva preventiva e relacional proposta por Oliveira e Marinho-Araújo (2009), na qual a atuação da Psicologia Escolar deve privilegiar a escuta dos sujeitos em sua complexidade histórica, relacional e institucional, promovendo transformações que ultrapassem o olhar patologizante sobre o aluno. A intervenção preventiva, nesse sentido, não visa ao controle ou normatização de comportamentos, mas à criação de espaços de interlocução, escuta e desenvolvimento de estratégias coletivas para o enfrentamento das dificuldades.

Além disso, há um esforço constante para adaptar a linguagem e os formatos das ações à realidade e ao repertório dos adolescentes, de modo a garantir maior engajamento e efetividade. Como relata a participante P4, *“a gente faz esse trabalho de tentar falar na língua deles mesmo, para que eles não se sintam, para que a gente não esteja brigando com eles, ou dizer isso é errado, isso não pode (...)”*. Nesse sentido, ressalta-se que as intervenções junto a adolescentes marcadas por uma postura confrontativa, diretiva ou que possa ser percebida como impositiva ou punitiva, tendem a fragilizar ainda mais o adolescente, dificultando a abertura para o cuidado e a construção de estratégias compartilhadas de enfrentamento.

Ademais, a ausência de menções à elaboração de planos de segurança, também denominados planos de crise, nas entrevistas realizadas com os psicólogos escolares chama atenção, sobretudo diante da relevância atribuída a esse recurso na literatura especializada. Autores como Botega (2015), Chun et al. (2015), e Wenzel, Brown e Beck (2010) defendem a construção colaborativa dessa prática interventiva, envolvendo o adolescente, profissionais e, sempre que possível, a família e outros vínculos significativos. Da mesma forma, Hua et al. (2024), em estudo recente, reforçam a eficácia dessa ferramenta na redução de impulsos suicidas, destacando seu caráter personalizado e preventivo.

No contexto escolar a adaptação de planos de segurança poderia ocorrer por meio de protocolos intersetoriais, desenvolvidos em parceria com a rede de saúde e os responsáveis legais, respeitando o cotidiano da escola e as especificidades do estudante. A ausência dessa prática evidencia uma lacuna importante na qualificação das estratégias de prevenção ao suicídio no contexto escolar.

Diante disso, a seguir, apresenta-se um quadro com os principais projetos e estratégias mencionadas pelos participantes da pesquisa:

Quadro 3 – Projetos e estratégias preventivas mencionadas pelos participantes no contexto escolar

Projeto/Ação	Descrição	Participante (s)
Atividades psicoeducativas em grupo	Sensibilização coletiva seguida de atendimento individualizado, conforme surgem demandas	P1, P3, P4
LIV (Laboratório Inteligência de Vida)	Programa com intervenções semanais que promovem o autoconhecimento e o desenvolvimento socioemocional dos alunos,	P2, P4

	por meio de atividades que incentivam a expressão e a reflexão	
Gincana de saúde mental	Ação coletiva que envolve atividades práticas e provas relacionadas à saúde mental, incluindo a criação de um mural, com o objetivo de promover reflexão sobre o tema de forma interativa e engajante para os estudantes	P3
Programa “Falar Ajuda, Vem”	Iniciativa com linguagem jovem para incentivar a busca por ajuda	P4
Escola de Paz	Projeto voltado para as famílias, com o objetivo de discutir temas como saúde mental, rotina, escuta, disciplina e equilíbrio entre firmeza e afeto. Através desse projeto, busca-se preparar as famílias para lidar com comportamentos dos filhos e promover um ambiente mais saudável e equilibrado para o desenvolvimento dos adolescentes	P4
Projeto “Hoje eu quero desabafar...”	Projeto realizado em parceria com a professora de linguagem, que tem como objetivo oferecer um canal de expressão para os estudantes. Por meio da escrita de cartas, os alunos têm a oportunidade de compartilhar suas emoções e dificuldades. Essas cartas são analisadas para identificar sinais de sofrimento emocional, contribuindo para a prevenção de situações graves, como o suicídio. Em um caso, a iniciativa ajudou a identificar um estudante com intenções suicidas, permitindo uma intervenção precoce	P4
Projeto “Ser do Bem Faz Bem”	Visa promover atitudes positivas entre os estudantes, como gentileza, respeito e cuidado mútuo. Através de ações simples, o programa estimula os alunos a praticarem atos de gentileza no dia a dia escolar. A ideia central é valorizar o cuidado com o outro, promovendo um ambiente mais acolhedor e colaborativo.	P4
Ações no Setembro Amarelo	Campanhas e rodas de conversa específicas durante o mês de prevenção ao suicídio	P5
Ações temáticas ao longo do ano	Momentos coletivos realizados na escola com foco em temas relevantes para os alunos, como ansiedade, automutilação e outras questões emocionais, conforme as demandas surgem	P5

Plataforma Lektio	Material digital utilizado em sala de aula, com apoio dos professores, para trabalhar competências e habilidades socioemocionais com os alunos. A plataforma oferece trilhas interativas e atividades relacionadas ao desenvolvimento de habilidades emocionais, como autoconhecimento, empatia e resolução de conflitos. Esse projeto é implementado de forma interdisciplinar, garantindo que os alunos recebam apoio contínuo no desenvolvimento socioemocional ao longo do ano	P5
Programa APA – Ambiente Positivo de Aprendizagem	Voltado à prevenção do bullying e da violência escolar; ainda em fase de implementação na escola da participante	P5

Fonte: Elaborado pela autora.

Além dos programas mencionados pelos participantes da pesquisa, é possível destacar iniciativas presentes na literatura científica internacional que complementam as estratégias preventivas no contexto escolar. Hua et al. (2024) apresentam dois programas estadunidenses: o Sinais de Suicídio (*Signs of Suicide*) e o Fontes de Força (*Sources of Strength*).

O programa Sinais de Suicídio é uma intervenção educacional direcionada a alunos do ensino fundamental e médio, que visa capacitar estudantes e funcionários escolares a reconhecer sinais de depressão, identificar comportamentos indicativos de risco suicida e buscar ajuda adequada para colegas e para si mesmos. Estudos controlados randomizados demonstram que a implementação desse programa resulta em redução significativa das tentativas de suicídio entre os alunos (Schilling; Aseltine Jr.; James, 2016). Já o programa Fontes de Força utiliza líderes entre os pares, orientados por mentores adultos, para fortalecer fatores de proteção fundamentais na prevenção do suicídio, como a capacidade de pedir ajuda, o sentimento de conexão com adultos confiáveis e a manutenção do engajamento escolar, todos reconhecidos por sua eficácia na redução dos comportamentos suicidas (Wyman et al., 2010).

Diante das estratégias preventivas e das ações já implementadas no cotidiano escolar, torna-se fundamental compreender os contextos que favorecem ou limitam essas iniciativas. Nesse sentido, a próxima categoria aborda os principais desafios e facilitadores relatados na atuação desses profissionais.

5.5. Desafios e Facilitadores na Atuação dos Psicólogos Escolares Frente ao Comportamento Suicida em Adolescentes

A análise das entrevistas evidenciou que a atuação dos psicólogos escolares diante de comportamentos suicidas em adolescentes é atravessada por uma série de fatores que tanto dificultam quanto facilitam o enfrentamento dessas situações no cotidiano das escolas. Esses elementos se expressam a partir das condições institucionais e de trabalho, das formações acadêmicas e continuadas, das articulações com a rede de proteção e, sobretudo, das concepções que os próprios profissionais têm sobre saúde mental, adolescência e o papel da psicologia no contexto escolar.

5.5.1 Fatores Dificultadores

Conforme discutido anteriormente, especialmente no tópico 6.2, a sobrecarga de trabalho e o número excessivo de alunos por psicólogo foram apontados como fatores estruturais centrais que comprometem a qualidade do atendimento e a possibilidade de um acompanhamento mais contínuo e preventivo. Assim, este tópico se dedica a explorar outros desafios importantes, também destacados pelos participantes, que impactam diretamente a atuação do psicólogo escolar diante de comportamentos suicidas em adolescentes.

Um dos principais refere-se à fragilidade das articulações com a rede de saúde mental. Os participantes destacam a escassez de serviços especializados, a morosidade nos atendimentos e as dificuldades no encaminhamento, especialmente em situações que exigem intervenções rápidas:

“(…) por exemplo, no CAPS, um dia eu entrei em contato pedindo atendimento de urgência para ajudar a família e me disseram que só tinha vaga para abril. Como é que a urgência espera para abril? E aí, claro, se a pessoa for lá, eles vão dar um jeito, de chegar, fazer algum encaixe, mas aí a gente ainda tem muitas limitações, a nossa rede de apoio, os investimentos voltados para saúde mental ainda são muito limitados, eu não sei o que é que precisa acontecer mais para que os nossos gestores, eles reconheçam que sem saúde mental não há saúde, né, e que é um problema de saúde pública grave, gravíssimo, e que suicídio acontece todos os dias.” (P4)

“Eu acho ainda muito frágil esse contato que a gente tem, infelizmente. Aqui na cidade a gente tem um CAPS II e um CAPS AD. Mas geralmente casos de adolescentes que a gente encaminha não são acompanhados pelo CAPS. Eles são acompanhados pelo Centro de Especialidades que a gente tem aqui no município, que tem esse

atendimento. Mas esse único serviço, como eu falei, é uma cidade grande, Parnaíba. E aí fica uma lista de espera também enorme.” (P5)

A sobrecarga de instituições como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), somada à falta de alternativas acessíveis no território, compromete a continuidade do cuidado. Como resultado, o psicólogo escolar muitas vezes acaba sendo o único ponto de apoio disponível, o que sobrecarrega ainda mais esse profissional.

Embora esses desafios sejam amplamente reconhecidos pelos participantes, não foi possível identificar na literatura estudos que investiguem de forma específica a relação entre a escola e a rede de atenção psicossocial, especialmente no que diz respeito à prevenção do suicídio. Apesar de o contexto escolar ser considerado um local privilegiado para a promoção da saúde mental de crianças e adolescentes, são escassos os estudos brasileiros que abordam as particularidades da articulação entre os CAPSi e as escolas de seus territórios (Cid e Gasparini, 2016).

Outro desafio recorrente relatado pelos participantes diz respeito à relação com as famílias, especialmente no que se refere à adesão às orientações propostas pela escola e ao reconhecimento da gravidade do sofrimento psíquico dos adolescentes. Em muitos casos, mesmo diante de laudos médicos ou de manifestações evidentes de crise emocional, os responsáveis não garantem o acompanhamento necessário fora do ambiente escolar. Como relatado por P5:

“(...) temos alunos aqui que entram em crises constantemente no espaço escolar. E é um grande desafio a gente conversar com a família e mostrar para eles essa necessidade de acompanhamento fora da escola. Muitas famílias também têm essa perspectiva de que aqui por ter psicólogo a gente vai fazer um acompanhamento clínico e que semanalmente eu tenho que pegar esses alunos e atender e acompanhar.” (P5)

Essa descontinuidade compromete não apenas o cuidado ao adolescente, mas também a atuação da psicóloga, que muitas vezes se vê pressionada a assumir funções clínicas para as quais o contexto escolar não é estruturado. Há ainda situações em que as famílias minimizam os sinais de sofrimento, atribuindo-os a comportamentos típicos da adolescência ou ao uso excessivo de tecnologia: *“A família acha que não, que é bobeira. Porque ele está muito no celular, mas não vai acontecer nada demais.”* (P5).

Essas dificuldades se tornam ainda mais complexas quando os responsáveis se encontram desorientados ou emocionalmente esgotados para lidar com o sofrimento dos adolescentes. A participante P6 relata que, mesmo após orientações contínuas, muitos familiares permanecem sem saber como agir em momentos de crise: *“É uma mãe solo, um pai, uma avó idosa, que não sabe como lidar com aquele adolescente se cortando, se automutilando, então fica noites acordada com medo deles tomarem um comprimido, pegarem uma corda, pegarem uma faca.”*

Esses relatos evidenciam que a fragilidade da estrutura familiar, somada ao medo e à falta de preparo, muitas vezes sobrecarrega a escola como único espaço de cuidado e acompanhamento desses adolescentes. Nesses contextos, o trabalho do psicólogo escolar não se limita à intervenção direta com o estudante, mas envolve também a criação de estratégias de acolhimento, orientação e sensibilização com as famílias, para que possam compreender seu papel no cuidado e fortalecer os vínculos necessários à prevenção do suicídio. Conforme destacado por Albuquerque e Aquino (2018), a mediação entre família e escola configura-se como uma das atribuições centrais do psicólogo escolar, sobretudo diante das tensões e desencontros que marcam essa relação.

Além disso, os participantes destacaram de forma recorrente a ausência de uma formação específica durante a graduação para o manejo dessa demanda no contexto escolar. Embora alguns tenham cursado disciplinas relacionadas à psicologia escolar, o conteúdo voltado especificamente à suicidologia ou ao manejo de crises foi descrito como superficial, pontual ou inexistente. Essas falas evidenciam lacunas teóricas importantes na formação inicial, que impactam diretamente a segurança, a autonomia e a capacidade de intervenção dos profissionais diante de situações de sofrimento psíquico grave entre adolescentes.

Como relatado por P2: *“Específica para questões suicidas, não. (...) Te dizer que eu tive etapas, processos, instrumentos específicos da suicidologia, não.”* Essa lacuna formativa gerou, para muitos, a necessidade de buscar por conta própria o conhecimento necessário para atuar com segurança frente a situações tão delicadas.

Além dos fatores estruturais e da dificuldade de articulação com a rede e com as famílias, os participantes também destacaram desafios relacionados ao contexto cultural, social e institucional em que atuam. Um ponto recorrente nas falas é o tabu em torno da saúde mental e do suicídio, que ainda persiste no ambiente escolar e na sociedade como um todo.

Como observa o participante P2, *“Primeiro, eu acho que a barreira cultural é um tabu falar sobre suicídio, falar sobre valorização da vida, falar sobre fortalecimento, frente ao adolescimento psíquico, mental. Eu acho que ainda é um tabu muito forte na cultura piauiense.”* Esse silêncio contribui para o estigma, limitando a implementação de estratégias preventivas e a promoção de espaços institucionais de escuta e diálogo sobre essas temáticas no contexto escolar.

A superação dessa barreira é vista pelos profissionais como um aspecto central para a efetividade das ações preventivas. A participante P4 reforça que falar sobre suicídio de maneira ética e fundamentada não estimula o ato, mas pode contribuir significativamente para a construção de espaços de acolhimento e orientação: *“É quebrar os tabus. Falar sobre suicídio não aumenta o suicídio, ao contrário. Se a gente fala de uma forma cuidadosa, responsável, sem dizer forma, sem dizer método, mas trazendo leituras, pesquisas (...)”*. Nesse sentido, observa-se a necessidade de uma atuação comprometida não apenas com a intervenção, mas também com a promoção de uma cultura escolar que favoreça o diálogo sobre saúde mental e a valorização da vida.

Outro desafio recorrente apontado pelos participantes diz respeito ao crescente número de demandas relacionadas à diversidade de gênero e à população LGBTQIA+, especialmente adolescentes em processo de transição de gênero ou que não se reconhecem nos padrões normativos de identidade e sexualidade. Essas mudanças colocam em evidência a necessidade de uma atuação mais sensível, atualizada e politicamente comprometida por parte dos psicólogos escolares.

Tal demanda não é isolada, mas dialoga com discussões presentes na literatura recente, como apontam Santos et al. (2023), ao evidenciarem que, embora a Psicologia Escolar venha se aproximando de uma perspectiva crítica e decolonial em relação às questões de gênero, ainda persistem lacunas significativas na formação profissional, na prática cotidiana e na produção científica sobre o tema. Os autores argumentam que a presença de uma atitude passiva dos profissionais frente a essas questões tende a cristalizar violências, enquanto uma atuação transgressora, que implica romper com práticas educacionais normativas, questionar concepções biologizantes de gênero e enfrentar o silêncio institucional, inclusive no âmbito da formação, onde essas temáticas ainda são tratadas como assuntos extracurricular, é fundamental para transformar o espaço escolar em um ambiente de acolhimento e garantia de direitos.

Como destaca P2:

“A gente está passando por muitos processos de mudanças, como população LGBTQIA+, pessoas não binárias, pessoas em processo de transição de gênero. (...) eu fico pensando nisso, nessa possibilidade, nessas mudanças, nessas nuances sociais que nós temos. Então, eu vejo isso como um desafio, como algo para a gente estar atento, estar se atualizando, estar próximo, estar se atualizando, se capacitando, né? E não deixando isso como se fosse um assunto fora da mesa. É um assunto que precisa estar na mesa (...).”

Essa percepção também é reforçada pela participante P3, ao reconhecer que “*a demanda social muda com esse tempo, o contexto, a demanda dos adolescentes muda.*”, o que exige do psicólogo escolar constante revisão de suas práticas para acompanhar os sentidos e sofrimentos que emergem de uma juventude marcada por profundas transformações culturais, identitárias e tecnológicas.

A literatura corrobora esse cenário, indicando que adolescentes LGBTQIA+ estão significativamente mais expostos a condições de sofrimento psíquico, com destaque para os altos índices de ideação e tentativa de suicídio. De acordo com Gontijo et al. (2024), entre jovens trans, a prevalência de ideação suicida pode alcançar 81,8%, refletindo os efeitos da rejeição familiar, da violência institucional e da ausência de políticas inclusivas no espaço escolar. Já Teixeira-Filho e Rondini (2012) demonstram que adolescentes com práticas homoeróticas enfrentam risco três vezes maior de tentativa de suicídio, especialmente quando inseridos em ambientes marcados por homofobia e silêncio institucional.

Dessa forma, a atuação do psicólogo escolar não pode se restringir à neutralidade técnica. É preciso que ele reconheça que o sofrimento psíquico é produzido também por desigualdades sociais e por estruturas que marginalizam identidades dissidentes. Isso implica um compromisso ético com a defesa dos direitos humanos e com a construção de um espaço escolar seguro, diverso e acolhedor. Enfrentar esse desafio significa, portanto, ampliar o olhar e reposicionar a prática profissional diante das múltiplas violências que atravessam o cotidiano escolar e que, muitas vezes, atuam como fatores significativos de vulnerabilização associados ao comportamento suicida entre adolescentes.

Nesse sentido, um dos desafios mencionados pelos participantes refere-se à necessidade de acompanhar as mudanças geracionais e tecnológicas, que também impactam diretamente as dinâmicas e as necessidades de intervenção no ambiente escolar.

“Quando eu iniciei eram outros pontos, e hoje já vem a tecnologia, já tem outros assuntos então você tem que estar sempre tentando se manter atualizado para poder se conectar com eles porque senão você não consegue, às vezes eu fico pensando mesmo que eu esteja obsoleta nesse sentido, já não tenho mais essa própria conexão, de dizer que estamos falando do que? (...) e aí você tem que estar ali, senão é como se realmente você não fosse interessante e hoje que você tem um IA que responde lindamente para você, um chat GPT você fala do seu sofrimento e ele te dá tudo no ponto, então a sensação é essa, de ficar mesmo obsoleta talvez isso seja um fator de interferência nesse trabalho.” (P3)

O avanço das tecnologias digitais e a constante renovação dos interesses culturais dos adolescentes criam um cenário em que o psicólogo precisa ir além da formação técnica, buscando atualizar-se continuamente para manter uma conexão efetiva com os estudantes. O sentimento de “obsolescência” mencionado pela participante aponta para um risco importante: quando o profissional não compartilha das referências do universo juvenil, como séries, jogos, memes, aplicativos ou, como ela menciona, o uso de inteligências artificiais, o vínculo com os adolescentes pode ser fragilizado.

No cotidiano escolar, também surgem obstáculos relacionados à cultura institucional da própria escola, que ainda tende a priorizar o desempenho acadêmico em detrimento do cuidado emocional. Como afirma P4: *“A escola é muito focada ainda para nota.”* Essa lógica produtivista acaba por inviabilizar ações contínuas de promoção da saúde mental, limitando a atuação do psicólogo a momentos de crise, quando *“as coisas estão pegando fogo”* (P4), o que gera sobrecarga e reduz as possibilidades de trabalho preventivo e formativo.

Também foram apontados desafios subjetivos próprios da adolescência e da dinâmica escolar, especialmente no que diz respeito à compreensão das manifestações emocionais dos estudantes. O sentimento de incerteza diante de falas ambíguas ou comportamentos difíceis de interpretar se revela como um obstáculo frequente para os profissionais. Como relata a participante P5:

“Eu acho que as incertezas. Eu acho que isso é um grande desafio. Porque muitas coisas não chegam ao nosso conhecimento. Eu acredito que também o período da adolescência em si. É um período de grandes questões que eles passam. E isso também é um desafio para a gente lidar com tudo isso. Descobrir o que de fato está acontecendo. Porque nem sempre eles compartilham. Então isso nos dá essa questão das incertezas. E será se essa fala que ele trouxe hoje de fato é algo que está acontecendo? Ou será se é algo pontual? Eu vejo isso também como um desafio da gente conseguir identificar.” (P5)

Nesse contexto, torna-se difícil identificar quando as falas dos adolescentes, muitas vezes simbólicas ou indiretas, representam um sofrimento psíquico significativo, um pedido de ajuda ou um sinal de risco iminente especialmente quando não há indícios claros ou quando o vínculo com o estudante ainda é incipiente. A imprevisibilidade e a complexidade do sofrimento psíquico na adolescência exigem uma escuta atenta e qualificada, mas também demandam tempo, confiança mútua e espaços institucionais estruturados para o acompanhamento contínuo — elementos que, muitas vezes, não estão plenamente disponíveis no cotidiano das escolas.

5.5.2 Fatores Facilitadores

Apesar dos inúmeros desafios enfrentados, os participantes também relataram fatores que contribuem positivamente para a atuação do psicólogo escolar no manejo do comportamento suicida em adolescentes, especialmente no que diz respeito à formação continuada, ao trabalho articulado com a equipe escolar, à existência de redes de apoio acessíveis, à possibilidade de acompanhamento mais próximo dos estudantes e ao engajamento pessoal e ético dos profissionais.

Nesse sentido, um dos principais aspectos destacados pelos participantes foi a importância da formação continuada, especialmente por meio de especializações, cursos e grupos de estudo voltados à saúde mental e à atuação no contexto escolar. Embora a formação inicial em psicologia tenha sido apontada como limitada para lidar com situações complexas, como o comportamento suicida em adolescentes, os profissionais relataram que a qualificação posterior foi essencial para ampliar o repertório técnico e fortalecer a segurança na intervenção. Como afirma P4: *“O primeiro passo pra mim foi buscar conhecimento. E esse conhecimento não é parado. É pós, é formação, é grupo de estudo.”*

Já P5 compartilha que sua inserção na psicologia escolar ocorreu apenas após a graduação, exigindo um processo de adaptação constante: *“A minha formação inicial não me trouxe muitas questões que pudessem me auxiliar nesse contexto, não. É algo realmente muito superficial. Acho que a gente vai aprendendo nessa prática. Nas pós também. Com a experiência e com o contato com outros colegas de trabalho.”*

Outro facilitador importante diz respeito ao trabalho articulado com os demais profissionais da escola, especialmente professores, coordenadores e equipe gestora. Os relatos evidenciam que, em contextos onde há abertura da gestão e colaboração entre os setores, o

psicólogo consegue construir estratégias mais integradas e consistentes de cuidado. P1 destaca que: *“O professor consegue realmente ir muito além do papel dele, e se torna uma rede de apoio desses alunos, porque em muitos casos eles não têm com quem contar”*, relatando ainda situações em que diretores mobilizam recursos próprios para viabilizar atendimento médico ou aquisição de medicamentos. De forma semelhante, P3 afirma: *“Em relação à gestão em si, eu recebo todo apoio”*, enquanto P4 enfatiza a importância de estar próxima dos professores: *“Parceria com a equipe da escola, se aproximar dos professores, sempre, sempre, sempre.”* Já P5 reforça essa lógica de cooperação ao afirmar que o trabalho da psicologia escolar *“está sempre articulado com a coordenação pedagógica, com os professores. A gente sempre se comunica.”*

Tais relatos apontam que a articulação com a equipe escolar não apenas facilita a identificação precoce de sinais de alerta para o risco de suicídio, como também promove a construção de intervenções conjuntas e mais eficazes (Sganzerla, 2021).

A presença de uma rede de apoio acessível e funcional, quando existente, foi apontada como um elemento central para facilitar a atuação do psicólogo escolar diante do comportamento suicida em adolescentes. A possibilidade de encaminhar os estudantes para serviços especializados, como CAPS, CRAS, CREAS, hospitais e serviços-escola, foi considerada fundamental para garantir a continuidade do cuidado fora do espaço escolar. Os participantes relataram que, em regiões onde esses serviços são mais disponíveis e articulados, o acompanhamento dos casos ocorre de forma mais eficaz. P1 ilustra essa realidade ao afirmar: *“Em primeiro lugar, o Provida, e depois eu cito, assim, os CRAS, os CREAS e o CAPS. A UBS, ela me ajuda bastante, mas em casos que eu consigo ter um tempo de espera maior (...).”* A existência de uma rede articulada contribui para que o psicólogo escolar não fique isolado no enfrentamento das situações de crise, possibilitando um manejo mais integrado e eficaz dos casos.

Outro facilitador relevante é a possibilidade de acompanhar um número reduzido de estudantes, o que favorece a criação de vínculos, a escuta qualificada e a construção de intervenções mais efetivas. O relato de P2 ilustra bem esse ponto: *“Eu sei a árvore genealógica toda. Sei a vida toda.”* Nesse contexto, o psicólogo consegue enxergar o adolescente em sua totalidade e atuar de maneira mais preventiva, o que contrasta com situações de sobrecarga já discutidas anteriormente.

Por fim, destaca-se a postura ética e o engajamento pessoal dos profissionais como elementos que facilitam e fortalecem a atuação do psicólogo escolar diante do comportamento suicida em adolescentes. Mais do que a formação técnica, os relatos indicam que o comprometimento com a prática profissional, a motivação para o trabalho e a crença na importância da psicologia no contexto escolar são fatores fundamentais para a efetividade das ações. Como expressa P4: *“Enquanto psicólogos escolares, a gente tem que acreditar muito no nosso fazer, sabe? Todos os dias a gente tem que lembrar do que nos fez começar, e reconstruir esperança, para mim, é uma das minhas principais missões.”*

Esse engajamento pessoal se traduz na disposição para enfrentar resistências institucionais, lidar com limitações de recursos e buscar alternativas para a promoção da saúde mental dos estudantes. Em contextos de adversidade, a persistência e a capacidade de se manter mobilizado em torno de um projeto de cuidado ampliado aparecem como diferenciais que impactam diretamente a qualidade da intervenção. P4 reforça essa perspectiva ao mencionar: *“Então, como a gente pode dizer que não pode fazer muito? Nós podemos fazer muito, nós fazemos, se a gente acreditar nisso. Mas a gente precisa acreditar no nosso fazer. E o nosso fazer, ele é muito diferenciado.”*

Além disso, a motivação contínua para o aprimoramento técnico e humano foi citada como uma força impulsionadora. Utilizando uma metáfora de Adélia Prado, P4 sintetiza essa ideia: *“Tem um texto da Adélia Prado, que ela coloca que não basta ter o queijo e a faca, tem que ter a fome, tem que ter a vontade de comer. Então, eu acredito que, além desses outros pontos que eu lhe falei, o que facilita pra mim a minha atuação é essa fome que eu tenho. Sabe? De estudo e de aplicação.”*

Assim, o envolvimento ético e afetivo do psicólogo escolar não apenas fortalece a construção de vínculos com os estudantes, mas também contribui para consolidar uma cultura de cuidado no ambiente escolar, capaz de promover saúde mental e prevenir situações de risco.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar as intervenções de psicólogos escolares diante da identificação de comportamentos suicidas em adolescentes no contexto educacional. Para tanto, ao longo da pesquisa, foram consideradas as concepções desses profissionais sobre o comportamento suicida, incluindo os sinais e sintomas, os fatores associados, as práticas de intervenção adotadas, os elementos que favorecem ou dificultam essa atuação e a influência da formação acadêmica no manejo dessa demanda.

Considera-se que os objetivos foram plenamente alcançados, à medida que os dados obtidos possibilitaram uma análise consistente da atuação de psicólogos escolares diante de comportamentos suicidas em adolescentes. A pesquisa evidenciou a presença de estratégias concretas no cotidiano escolar e revelou compreensões críticas sobre o fenômeno, permitindo não apenas verificar práticas profissionais, mas também refletir sobre as condições institucionais e formativas que moldam essa atuação.

Dessa forma, a análise crítica dos dados evidenciou que essas práticas ainda ocorrem em contextos marcados por sérias limitações estruturais e operacionais, como a sobrecarga de trabalho, a desarticulação com a rede de saúde mental e a carência de formação específica para lidar com crises suicidas no ambiente escolar. Esses achados indicam que, embora haja empenho dos profissionais, sua atuação é frequentemente cerceada por falhas sistêmicas que escapam às ações individuais, reforçando a urgência de políticas públicas mais efetivas e de uma formação profissional mais crítica, contextualizada e interdisciplinar.

O trabalho também evidenciou posicionamentos que ampliam a compreensão do fenômeno para além da lógica individualizante. Entre os principais achados, ressaltam-se perspectivas que reconhecem o suicídio na adolescência como atravessado por dimensões relacionais, históricas e contextuais. Esse posicionamento destaca-se como um ponto diferencial, pois reforça a necessidade de considerar as desigualdades sociais, a pressão por desempenho, o sentimento de desamparo e a vivência da adolescência em contextos marcados por precariedades afetivas, materiais e institucionais. Tal compreensão amplia o campo da intervenção e exige práticas articuladas com a rede de proteção social e com iniciativas que promovam cuidado contínuo e comprometido com as realidades vividas pelos adolescentes.

Reconhecer a escola como um espaço privilegiado para a escuta e o cuidado com a saúde mental de adolescentes é um passo fundamental na prevenção e na proteção à vida. A

identificação e o acompanhamento de situações de sofrimento psíquico no cotidiano escolar se mostram indispensáveis nesse processo, permitindo intervenções precoces e mais sensíveis às realidades vividas pelos estudantes. Contudo, a análise dos dados evidenciou que a efetividade dessas ações preventivas está diretamente ligada às condições estruturais das instituições. Em contextos marcados pela sobrecarga de trabalho e pelo número excessivo de alunos por psicólogo, tornam-se escassas as possibilidades de construção de práticas preventivas que sejam contínuas, qualificadas e efetivas.

Diante disso, é imprescindível investir em condições que favoreçam a atuação preventiva, como a ampliação do quadro de psicólogos e a garantia de condições reais de trabalho, infraestrutura adequada, tempo institucional para o acompanhamento dos estudantes e o fortalecimento da psicologia escolar como parte essencial nesse processo. Tais investimentos são fundamentais para consolidar um cuidado comprometido com a complexidade que envolve o sofrimento psíquico na adolescência.

Outro aspecto relevante que emergiu da análise foi a valorização dos registros e notificações como ferramentas importantes para garantir a continuidade do cuidado, dar visibilidade às ações realizadas e fortalecer a rede de proteção no contexto escolar. Embora nem sempre sistematizados, esses registros aparecem como instrumentos que auxiliam no monitoramento do risco e na organização da atuação institucional, podendo inclusive fortalecer a responsabilização compartilhada das equipes pedagógicas e técnicas, evitando fragmentação no atendimento e prevenindo omissões importantes.

Contudo, também ficaram evidentes lacunas significativas: a ausência de instrumentos e protocolos estruturados para a avaliação do risco de suicídio nas práticas da Psicologia Escolar e lacunas teórico-metodológicas na formação inicial dos profissionais, especialmente no que se refere à suicidologia e manejo de crises. Superar essas limitações se mostra essencial para ampliar a capacidade de resposta institucional e assegurar condições mais adequadas para o exercício ético e responsável da Psicologia Escolar frente à complexidade do risco suicida.

Respondendo à pergunta central desta pesquisa — *“Como os psicólogos escolares do Piauí intervêm diante de comportamentos suicidas em adolescentes?”* — conclui-se que essa atuação envolve tanto competências técnicas e conhecimento teórico quanto sensibilidade relacional e postura crítica. Ressalta-se ainda a importância de compreender os contextos

histórico-culturais e as ideologias que permeiam as concepções sobre suicídio, adolescência e psicologia escolar, a fim de construir uma prática crítica, reflexiva e política. O manejo eficaz dessa demanda exige do profissional a capacidade de articular os diferentes atores da escola e da rede de proteção, reconhecer os múltiplos determinantes do sofrimento psíquico e construir, coletivamente, estratégias de cuidado que respeitem a singularidade do sujeito e o contexto em que está inserido.

As limitações deste estudo referem-se principalmente ao número restrito de participantes e ao uso da amostragem em rede (*snowball sampling*), que, apesar de útil para acessar profissionais inseridos em contextos específicos, tende a reunir sujeitos pertencentes a redes próximas, o que pode gerar certa homogeneidade nos discursos e restringir a identificação de posicionamentos divergentes no interior da própria categoria profissional. Adicionalmente, reconhece-se a limitação quanto à ausência de uma abordagem interseccional mais aprofundada. Embora o estudo aponte fatores estruturais que influenciam o sofrimento psíquico de adolescentes, não foram analisadas com profundidade as interseções entre marcadores sociais como gênero, raça e classe. A não consideração desses atravessamentos pode restringir a compreensão das múltiplas vulnerabilidades que impactam o comportamento suicida. No entanto, destaca-se que tal aprofundamento extrapola os objetivos e o escopo delimitado para esta pesquisa, que se concentrou na análise das percepções e das práticas de psicólogos escolares frente ao comportamento suicida de forma mais ampla.

Como desdobramento, recomenda-se que estudos futuros incorporem essa perspectiva interseccional, ampliando o olhar para como desigualdades históricas e sociais atravessam o sofrimento psíquico de adolescentes e influenciam as respostas institucionais. Também se sugere a ampliação da amostra, com a inclusão de um número maior de psicólogos escolares atuantes em diferentes municípios do estado do Piauí. Além disso, seria oportuno investigar experiências intersetoriais entre escola, saúde e assistência social, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social, analisando os impactos de ações conjuntas na prevenção do suicídio entre adolescentes. Pesquisas que explorem a articulação entre diferentes esferas de gestão pública podem contribuir para o fortalecimento de uma atuação mais integrada, efetiva e comprometida com a proteção da vida de adolescentes em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, J. A. DE.; AQUINO, F. DE S. B.. Psicologia Escolar e Relação Família-Escola: Um Levantamento da Literatura. **Psico-USF**, v. 23, n. 2, p. 307–318, jan. 2018.
- ALLEN, Kelly-Ann; KERN, Margaret L.; ROZEK, Christopher S.; McINERNEY, Dennis M.; SLAVICH, George M. Belonging: a review of conceptual issues, an integrative framework, and directions for future research. **Australian Journal of Psychology**, v. 73, n. 1, p. 87–102, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1883409>. Acesso em: 15 jun. 2025.
- ALMEIDA, S. F. C.. O psicólogo escolar e os impasses da educação: implicações da(s) teoria(s) na atuação profissional. In Del Prette, Z. A. P. (Org.), **Psicologia escolar e educacional, saúde e qualidade de vida: explorando fronteiras** (pp. 43-57). Campinas: Alínea, 2001.
- AMARAL, A. E. V. et al . Serviços de psicologia em clínicas-escola: revisão de literatura. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 62, n. 136, p. 37-52, jun. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 abr. 2025.
- ANDOVER, M. S.; GIBB, B. E. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. **Psychiatry Research**, v. 178, n. 1, p. 101-105, 2010.
- ARAGÃO NETO, Carlos Henrique de. **Autolesão sem intenção suicida e sua relação com ideação suicida**. 2019. 174 f., il. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) — Universidade de Brasília, Brasília, 2019.
- ARAÚJO, C. M. M.. **Psicologia escolar e o desenvolvimento de competências: uma opção para a capacitação continuada**. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de Brasília, 2003.
- ARAÚJO, C. M. M.; ALMEIDA, S. F. C.. Psicologia escolar institucional: desenvolvendo competências para uma atuação relacional. In S. F. C. Almeida (Org.), **Psicologia escolar: ética e competências na formação e atuação do profissional** (pp.59-82). Campinas: Alínea, 2006.
- ARAÚJO, L. C., VIEIRA, K. F. L., COUTINHO, M. P. L.. **Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio**. Psicologia- Universidade São Francisco, 15(1), 47-57, 2010.
- ARENAS-LANDGRAVE, P.; MAQUEO, E. L. G.; FORNS, M. Differential personality indicators in the face of suicidal risk in adolescents. **Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Evaluación Psicológica**, v. 33, n. 1, p. 51-74, 2012.
- ATI, N. A. L. et al. What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, v. 34, n. 1, p. 7–18, 2021.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I. **Saúde do Adolescente**. In: SCHARAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (Org.). *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996. p. 66-85.

BAGGIO, L.; PALAZZO, L. S.; AERTS, D. R. G. C. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, 25(1), 142-150, 2009.

BAHLS, S. C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 5, p. 359-366, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0021-75572002000500004>.

BALBINO, V. R.. Reflexões acerca dos estágios em psicologia escolar e relato de uma pesquisa junto aos estagiários. **Revista de Psicologia**, 7/8(1/2), 79-96, 1990.

BARBOSA, A. K. L.; PARENTE, T. D. L.; BEZERRA, M. M. M.; MARANHÃO, T. L. G. Bullying e sua relação com o suicídio na adolescência. **Journal and Psychology**, v. 10, n. 31, p. 202-220, 2016. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v10i31.501>.

BARBOSA, R. M.; MARINHO-ARAÚJO, C. M.. Psicologia escolar no Brasil: considerações e reflexões históricas. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 27, n. 3, p. 393–402, jul. 2010.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; DIAS, R. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 21, n. 2, p. 52-61, 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000200007>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.

BARRETO, M.; CALAFANGE, P.; LIMA, Z. Estudo com psicólogos escolares: ações e desafios. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 27, n. 58, p. 261–269, 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/20313>. Acesso em: 8 abr. 2025.

BARROS, A. P. DO R. et al.. As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 23, n. 1, p. 19–28, jan. 2006.

BARROS, Marcelly de Oliveira; NEGREIROS, Fauston; DE SOUSA CARVALHO, Leilanir. Psicólogos piauienses em políticas educacionais: demandas e modelos de atendimento. **Revista de Psicologia**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 106–121, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/71498>. Acesso em: 15 jun. 2025. DOI: 10.36517/revpsiufc.13.2.2022.8.

BATISTA, M. A.; OLIVEIRA, S. M. S. S. Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 6, n. 2, p. 43-50, 2005.

BERENCHTEIN NETTO, Nilson. **Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético**. 2007. 179 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

BERMAN, A.; JOBES, D.; SILVERMAN, M. **Adolescent suicide: assessment and intervention**. Washington: American Psychological Association, 2006.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF, 1999. p. 36.

BRASIL. **Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília: Presidência da República, 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Cartilha do Programa Pé-de-Meia**. Brasília: MEC, jan. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/pe-de-meia>. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021**. Volume 55. Brasília: Ministério da Saúde, 6 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 fev. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Dispõe sobre as diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção ao suicídio. Brasília, 2006.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G.. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, 7(2), 195-209, 2006.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 3, p. 345-351, 2006a. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2006000300012>.

BOTEGA, N. J; BARROS, M. B. A.; DE OLIVEIRA, H. B.; DALGALARRONDO, P.; MARÍN-LEON, L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 27(1), 45-53, 2004.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564d20140004>.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTTI, N. C. L. et al. Tentativa de suicídio entre pessoas com transtornos mentais e comportamentais. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 5, p. 1289-1295, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230596p1289-1295-2018>.

BUTLER, J. **Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity**. New York: Routledge, 1990.

BUTLER, J. **Undoing Gender**. New York: Routledge, 2004.

CACAU, T. P. **O perfil profissional do psicólogo escolar do Piauí: subsídios para a formação e atuação em uma perspectiva crítica**. 2019. 236 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

CAETANO, L. A. O.; OLIVEIRA, P. R.; OLIVEIRA, W. A.; CARLOS, D. M.; SILVEIRA, C. A. B.; SILVA, J. L. Consequências do bullying para a saúde mental de estudantes: revisão integrativa da literatura. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, e21660, 2024. DOI: [10.36298/gerais202417e21660](https://periodicos.ufmg.br/index.php/gerais/article/view/56694). Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/gerais/article/view/56694>. Acesso em: 10 abr. 2025.

CAMPAGNA, V. N.; SOUZA, A. S. L. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. **Boletim de Psicologia**, v. 55, n. 124, p. 09-35, 2006.

CAMPOS, H. R.; JUCÁ, M. R. B. L. **O psicólogo na escola: avaliação da formação à luz das demandas do mercado**. In: ALMEIDA, S. F. C. (Org.). *Psicologia escolar: ética e competências na formação e atuação do profissional*. Campinas: Alínea, 2006. pp. 37-56.

CAPONI, S.; KOZUCHOVSKI DARÉ, P. Neoliberalismo e sofrimento psíquico: a psiquiatrização dos padecimentos no âmbito laboral e escolar. **Mediações - Revista de Ciências Sociais, Londrina**, v. 25, n. 2, p. 302–320, 2020. DOI: 10.5433/2176-6665.2020v25n2p302. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/39721>. Acesso em: 1 abr. 2025.

CAPUZZI, D. **Suicide prevention in the schools: guidelines for middle and high school settings**. Alexandria, VA: American Counseling Association, 2009.

CARDOSO, P.; RODRIGUES, C.; VILAR, A. Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, v. 22, n. 4, p. 667-675, 2004. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000400002.

CARVALHO, L. de S.; SANTOS, T. C.; ALMEIDA, M. C. de; NEGREIROS, F.. Pioneiras/os da psicologia escolar no estado do Piauí: um estudo historiográfico. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, [S. l.], v. 40, 2023. DOI: 10.35699/1676-1669.2023.42601. Disponível em: . Acesso em: 15 jun. 2025.

CARVALHO, R. G.; NOVO, R. F. Personality dimensions and risk behaviours in adolescence: a study with the Portuguese version of the MMPI-A. **Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Evaluación Psicológica**, v. 1, n. 37, p. 203-222, 2014.

CASSORLA, R. M. S. **Suicídio - fatores e aspectos socioculturais: uma introdução**. São Paulo: Blucher, 2017.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SANTO AGOSTINHO (UNIFSA). **Psicologia Escolar – Pós-Graduação**. Disponível em: https://unifsa.com.br/site/pos_graduacao/psicologia-escolar2/. Acesso em: 17 jun. 2025.

CHA, C. B. et al. Annual research review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 59, n. 4, p. 460-482, 2018. DOI: 10.1111/jcpp.12831.

CHEN, R. *et al.* Suicidal ideation and attempted suicide amongst Chinese transgender persons: National population study. **Journal of Affective Disorders**, [S.l.], v. 245, p. 1126-1134, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.011>. Acesso em: 13 abr. 2025.

CHUN, T. H., KATZ, E. R., DUFFY, S. J., GERSON, R. S.. Challenges of managing pediatric mental health crises in the emergency department. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**, 2015; 24(1):21-40.

CID, M. F. B.; GASPARINI, D. Ações de promoção à saúde mental infantojuvenil no contexto escolar: um estudo de revisão. **Revista FSA**, Teresina, v. 13, n. 1, jan./fev. 2016. Disponível em: Acesso em: 22 abril 2025.

CLAUMANN, G. S. et al.. Prevalência de pensamentos e comportamentos suicidas e associação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 1, p. 3-9, jan. 2018.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.. **Preconceitos no cotidiano escolar**: ensino e medicalização. São Paulo: Cortez, 1996.

CONCEIÇÃO, L. S. L. D.; MARQUES, M. O. **Estilos educativos parentais (EMBU-A), sintomatologia depressiva/ansiosa, stress e autoestima, numa amostra de adolescentes**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal. Disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/276>.

COSTA, C. C., FRANCO, E. C. D., SANTOS, T. M., SILVEIRA, E. A. A. da, CARVALHO, M. S., & RESENDE, M. A. A.. Perfil biopsicossocial de crianças e adolescentes institucionalizados. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 11(17), e1671, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1671.2019>

COUTINHO, L.; MADUREIRA, B.. Os Cortes na Adolescência e a Busca por um Lugar na Cidade. **Educação & Realidade**, v. 46, n. 1, p. e109167, 2021.

CRANDALL, A. et al. Maternal emotion regulation and adolescent behaviors: The mediating role of family functioning and parenting. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 45, n. 11, p. 2321-2335, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-015-0400-3>.

CRESTANI, Ir. A. **Adolescência**: tentando compreender o que é difícil entender. Porto Alegre: EdPUCRS, 2016.

DE MATOS, M. B. D. et al. Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2157-2163, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.17452014>.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de sociologia. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FERNANDES, A. G. N. **Sentidos e significados produzidos pelo psicólogo escolar acerca de sua atuação profissional: definindo passos e consolidando espaços**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2011. Não publicada.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: ARTMED. 2009.

FONSECA, P. H.; SILVA, A. C.; ARAUJO, L. M.; BOTTI, N. C. Autolesión sin intención suicida entre adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n. 3, p. 246-258, 2018.

FUKUMITSU, K. O.. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 270–275, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GILBERT, K. The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. *Clinical Psychology Review*, v. 32, p. 467-481, 2012.

GIUSTI, J. S. **Automutilação**: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. 2013. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
doi:10.11606/T.5.2013.tde-03102013-113540. Acesso em: 29 mar. 2025.

GONDIM, P. D. S. M.. A intervenção da Psicologia: Tentativas de suicídio e urgência hospitalar. **Revista Científica da FMC**, 2015, 10(2):12-16.

GONTIJO, G. C. S. et al. Saúde mental da população LGBTQIA+. **Revista Foco**, [S. l.], v. 17, n. 4, e4960, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n4-135>. Acesso em: 22 abr. 2025.

GUZZO, R. S. Formando psicólogos escolares no Brasil: dificuldades e perspectivas. In: WECHSLER, S. M. (Org.). **Psicologia escolar: pesquisa, formação e prática**. 4. ed. Campinas, SP: Alínea, 2011a. p. 63-79.

GUZZO, R. S. L. Saúde psicológica, sucesso escolar e eficácia da escola: desafios do novo milênio para a psicologia escolar. In: DEL PRETTE, Z. A. P. (Org.). **Psicologia escolar e educacional, saúde e qualidade de vida: explorando fronteiras**. Campinas: Alínea, 2001. pp. 25-42.

HAID-STECHER, N.; SEVECKE, K. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: the impact of emotion regulation. **Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr**, v. 68, n. 7, p. 623-628, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.13109/prkk.2019.68.7.623>.

HAWTON, K.; SAUNDERS, K. E.; O'CONNOR, R. C. Self-harm and suicide in adolescents. **The Lancet**, v. 379, n. 9834, p. 2373-2382, 23 jun. 2012. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5. PMID: 22726518.

HENNEBERGER, A. K. et al. Family functioning and high-risk adolescents' aggressive behavior: Examining effects by ethnicity. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 45, n. 1, p. 145-155, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-014-0222-8>.

HUA, L. L.; LEE, J.; RAHMANDAR, M. H.; SIGEL, E. J.; COMMITTEE ON ADOLESCENCE; COUNCIL ON INJURY, VIOLENCE, AND POISON PREVENTION.

Suicide and suicide risk in adolescents. *Pediatrics*, [S. l.], v. 153, n. 1, p. e2023064800, 1 jan. 2024. DOI: 10.1542/peds.2023-064800. PMID: 38073403.

KIM, Y. S.; LEVENTHAL, B. Bullying and suicide. A review. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, v. 20, n. 2, p. 133-154, 2008. DOI: 10.1515/ijamh.2008.20.2.133.

KLONSKY, E. D.; MAY, A. M.; SAFFER, B. Y. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 12, p. 307-330, 2016.

KLONSKY, E. D.; MUEHLENKAMP, J. J.; LEWIS, S.; WALSH, B. **Non-suicidal self-injury**. Cambridge: Hogrefe, 2011.

KUKASWADIA, A.; CRAIG, W.; JANSSEN, I.; PICKETT, W. Bullying as a mediator of relationships between adiposity status and weapon carrying. **International Journal of Public Health**, v. 57, n. 3, p. 505–512, maio/jun. 2012.

LEHAVOT, K.; SIMPSON, T. L.; SHIPHERD, J. C. Factors associated with suicidality among a national sample of transgender veterans. **Suicide & Life-Threatening Behavior**, [S.l.], v. 46, n. 5, p. 507-524, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/sltb.12233>. Acesso em: 13 abr. 2025.

LEMOS, D. C. R. B.; SILVA, C. A. Breve imersão na história da Psicologia em interface com a Educação: um estudo sobre a inserção do psicólogo escolar educacional no estado do Piauí. In: SILVA, C. A.; LEMOS, D. C. R. B. (Orgs.). **Memórias e vivências da Psicologia Escolar**. Teresina: Instituto Dom Barreto, 2017. p. 14–45.

LEPRE, Rita Melissa; DE OLIVEIRA, Jamile. Adolescência e construção da personalidade moral. **Dialogia**, [S. l.], n. 41, p. e21333, 2022. DOI: 10.5585/41.2022.21333. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/dialogia/article/view/21333>. Acesso em: 2 maio. 2024.

LEVENSON, M.; NEURINGER, C. Problem solving behavior in suicidal adolescents. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 37, n. 3, p. 433-436, 1971.

LIMING, K. W.; AKIN, B.; BROOK, J. Adverse childhood experiences and foster care placement stability. **Pediatrics**, v. 148, n. 6, e2021052700, 2021.

LOPES, J. A. **Para além da formação continuada: o compromisso social do psicólogo que trabalha com demandas escolares**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Uberlândia.

MACEDO, M. M. K.; AZEVEDO, B. H.; CASTAN, J. U. Adolescência e Psicanálise. In: MACEDO, M. M. K. (org.). **Adolescência e Psicanálise: intersecções possíveis**. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2012. v. 2, p. 15–54.

MACEDO, M. M. K.; FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. G. Adolescência: um tempo de ressignificações. In: MACEDO, M. M. K. (Org.). **Adolescência e psicanálise: intersecções possíveis**. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2004. p. 65-83.

MAIA, R. S., ROCHA, M. M. O., ARAÚJO, T. C. S., & MAIA, E. M. C.. Comportamento suicida: reflexões para profissionais de saúde. **Rev. Bras. Psicoter**, 2017; 19(3): 33-42.

MALTA, D. C.; ANDREAZZI, M. A. R. de; OLIVEIRA-CAMPOS, M.; ANDRADE, S. S. C. A.; SÁ, N. N. B.; MOURA, L.; DIAS, A. J. R.; CRESPO, C. D. & SILVA JÚNIOR, J. B.. Tendência dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009 e 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 17 (Suppl. 1), 77-91, 2014. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050007>

MARTIN, J. C. S. et al. Somatic complaints and symptoms of anxiety and depression in a school-based sample of preadolescents and early adolescents. **Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies**, v. 11, n. 2, p. 191-208, 2011. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=70b98ee1-5816-4bea-a8ac-f354de6dc277%40pdv-v-sessmgr04>.

MARINHO-ARAÚJO, C. M.; ALMEIDA, S. F. de C.. **Psicologia escolar: construção e consolidação da identidade profissional**. Campinas: Alínea, 2005.

MARINHO-ARAUJO, C. M.; BRITO DA JUSTA NEVES, M. M. Psicologia Escolar e a formação continuada em serviço: encurtando distâncias entre teorias e práticas. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. XXVII, n. 1, p. 56-71, 2007.

MARTÍNEZ, A. M. **O que pode fazer o psicólogo na escola?**. Em Aberto, Brasília, v. 23, n. 83, p. 39-56, mar. 2010.

MARTINEZ, A. M. Psicologia Escolar e Educacional: compromissos com a educação brasileira. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 13, n. 1, p. 169-177, jan. 2009.

MARTINS, Maria das Graças Teles; SOUSA, Kamilla Kleanny Silva. **Suicídio na adolescência: contribuições da terapia cognitivo-comportamental na prevenção**. Desenvolvimento da criança e do adolescente: evidências científicas e considerações teórico-práticas. Editora Científica Digital, p. 791-804, abr. 2020. Disponível em: <https://www.editoracientifica.org/articles/code/200801128>. Acesso em: 03 dez. 2024.

MARTINS, P. O.; TRINDADE, Z. A.; ALMEIDA, A. M. O. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 555-568, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0102-79722003000300014>

MEEKER, E. C. et al. The impact of adverse childhood experiences on adolescent health risk indicators in a community sample. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 13, n. 3, p. 302-312, 2021.

MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A.. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 4, p. 762-768, out. 2011.

MINAYO, M. C. de S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.44, n.04, p.750-757, 07 fev.2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. Abrasco, 2004.

- MOREIRA, A. P. G.; GUZZO, R. S. L. O psicólogo na escola: um trabalho invisível?. **Gerai, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de Fora, v. 7, n. 1, p. 42-52, jun. 2014. Disponível em <<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v7n1/v7n1a05.pdf>>. acessos em 16 jun. 2025.
- MOREIRA, L. C. DE O.; BASTOS, P. R. H. DE O.. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 3, p. 445–453, set. 2015.
- NEURINGER, C. Rigid thinking in suicidal individuals. **Journal of Consulting Psychology**, v. 28, n. 1, p. 54-58, 1964.
- NEURINGER, C. The cognitive organization of meaning in suicidal individuals. **The Journal of General Psychology**, v. 76, p. 91-100, 1967.
- NEVES, M. M. B. J.. **A atuação da psicologia nas equipes de atendimento psicopedagógico da rede pública de ensino do Distrito Federal**. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de Brasília, 2001.
- NEVES, M. M. B. J.. Por uma psicologia escolar inclusiva. In: MACHADO, A. M.; NETO, A. J. V.; NEVES, M. M. B. J.; SILVA, M. V. O.; PRIETO, R. G.; RANNÃ, W.; ABENHAIM, E. (Orgs.). **Educação inclusiva: direitos humanos na escola**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. pp. 107-123.
- NIXON, M. K.; CLOUTIER, P. F.; JANSSON, S. M. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. **Canadian Medical Association Journal**, v. 178, p. 306–312, 2008.
- NOCK, M. K.; FAVAZZA, A. R. Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In: NOCK, M. K. (Ed.). **Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment**. Washington, DC: American Psychological Association, 2009.
- OLIVEIRA, C. B. E. de; MARINHO-ARAÚJO, C. M. Psicologia escolar: cenários atuais. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 648–663, 2009. DOI: 10.12957/epp.2009.9075. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/9075>. Acesso em: 21 abr. 2025.
- OLIVEIRA, V. H. H. **Adoles(ser) e pertenc(ser): o sofrimento emocional e sua relação com o sentimento de pertencimento escolar em adolescentes**. 2025. 269 f. Dissertação (Mestrado em Educação Escolar) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araraquara, SP, 2025.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Child and adolescent health and development**. Genebra: OMS, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/child-adolescent-health/>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores**. Genebra: OMS, 2000. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_educ_port.pdf. Acesso em: 18 abr. 2025.
- PARENTE, B. M. F. de S.. **O julgamento clínico do risco de suicídio**. 2012. v. 96 f., il. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica)—Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

PATSIOKAS, A. T.; CLUMB, G. A.; LUSCOMB, R. L. Empirically based comprehensive treatment program for parasuicide. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 47, p. 937-945, 1979.

PATTO, M. H. S. **A produção do fracasso escolar**: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

PIAGET, Jean. **O juízo moral na criança**. São Paulo: Summus, 1994.

POPP, A. M. The effects of exposure, proximity, and capable guardians on the risk of bullying victimization. **Youth Violence and Juvenile Justice**, v. 10, n. 4, p. 315–332, out./dez. 2012.

PUIG, J. M. **A construção da personalidade moral**. São Paulo: Editora Ática, 1998.

RAZENTE, H. S. **Escuta qualificada e acolhimento de crianças e adolescentes no contexto escolar: possibilidades e desafios nas práticas educativas em saúde**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor Litoral, Programa de Pós-Graduação em Rede Nacional para Ensino das Ciências Ambientais, Matinhos, 2024. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/94517>. Acesso em: 14 abr. 2025.

RIBEIRO, N. M. **Análise dos sistemas de informação em saúde SIM e SINAN em relação ao suicídio na cidade de Uberaba/MG**. 2016. 94 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2016.

RIGO, C. S. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília, DF: CFP, 2013.

RODRIGUES, M. C.; ZANZONI ITABORAHY, C.; DUARTE PEREIRA, M.; MEDEIROS COSTA GONÇALVES, T. Prevenção e promoção de saúde na escola: concepções e práticas de psicólogos escolares. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, p. 67-78, 2008.

ROZEMBERG, L. et al. Resiliência, gênero e família na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 673-684, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.21902013>.

RUDD, M. D. et al. The emotional impact and ease of recall of warning signs for suicide: a controlled study. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 36, n. 3, p. 288-295, 2006. DOI: 10.1521/suli.2006.36.3.288.

SANTANA, R. R. C. et al. Uso de redes sociais e saúde mental: um estudo qualitativo com adolescentes de Salvador e Região Metropolitana, Bahia. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 13, e5823, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2024.e5823>. Acesso em: 9 abr. 2025.

SANTOS, F. DE O.; TOASSA, G.. A formação de psicólogos escolares no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 2, p. 279–288, maio 2015.

SANTOS, I. L.; MORAES, A. A. de; NEGREIROS, F.; SOBRINHO, A. B. F. Psicologia escolar e gênero: uma revisão sistemática. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 14, p. 01–19, 2024. Disponível em:

<https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/47523>. Acesso em: 16 jun. 2025.
DOI: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2023.v14.47523>.

SANTROCK, J. W. **Adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SÁ, S. D., WERLANG, B. S. G.; PARANHOS, M. E.. Intervenção em crise. **Rev. Bras. de Terapias Cognitivas**, 2008, 4(1), 8-20.

SCHILLING, E. A.; ASELTINE JR., R. H.; JAMES, A. The SOS Suicide Prevention Program: further evidence of efficacy and effectiveness. **Prevention Science**, v. 17, n. 2, p. 157–166, 2016.

SCHLICHTING, C. A.; MORAES, M. C. L. Mortalidade por suicídio na adolescência: uma revisão. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 1, p. 357-363, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i0.2922>.

SGANZERLA, G. C.. Risco de suicídio em adolescentes: estratégias de prevenção primária no contexto escolar. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 25, p. e226820, 2021.

SHAHRAM, S. Z. et al. Promoting “zest for life”: a systematic literature review of resiliency factors to prevent youth suicide. **Journal of Research on Adolescence**, v. 31, n. 1, p. 4–24, 2021.

SILVA, C. A. **Psicologia Escolar em Teresina: percursos de inserção e particularidades da profissão**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2009. Não publicada.

SILVA, F. F. Da. Psicologia no Contexto da Ditadura Civil-militar e Ressonâncias na Contemporaneidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. spe, p. 82–90, 2017.

SILVA, V. F., OLIVEIRA, H. B., BOTECA, N. J., MARIN-LEÓN, L., BARROS, M. B. A. & DALGALARRONDO, P.. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Caderno de Saúde Pública**, 22(9), 1835-1843, 2006.

SOUSA FILHO, D., KANOMATA, E. Y., FELDMAN, R. J., & MALUF NETO, A. Avaliação e manejo do paciente com risco de suicídio. In Kernkraut, A. M., Silva, A. L. M., & Gibello, J. **O psicólogo no hospital: da prática assistencial à gestão de serviço**. (119-134). São Paulo, SP: Edgard Blucher, 2017.

SOUZA, L. D. DE M. et al.. Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 286–292, 2010.

STAPLES, J. M. *et al.* The role of distal minority stress and internalized transnegativity in suicidal ideation and nonsuicidal self-injury among transgender adults. **The Journal of Sex Research**, [S.l.], v. 55, n. 4, p. 591-603, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1393651>. Acesso em: 13 abr. 2025.

STEINBERG, L. Cognitive and affective development in adolescence. **Trends in Cognitive Sciences**, v. 9, n. 2, p. 69-74, 2005.

TALIAFERRO, L. A.; MUEHLENKAMP, J. J. Risk factors associated with self-injurious behavior among a national sample of undergraduate college students. **Journal of American College Health**, v. 63, n. 1, p. 40–48, 2015.

TEIXEIRA, A. M. F. LUIS, M. A. V.. Suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes: um estudo epidemiológico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 5(nº esp.), 31-36, 1997.

TEIXEIRA-FILHO, F. S.; RONDINI, C. A. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 651–667, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300010>. Acesso em: 22 abr. 2025.

THOMPSON, M. P.; KINGREE, J. B.; LAMIS, D. Associations of adverse childhood experiences and suicidal behaviors in adulthood in a US nationally representative sample. **Child: Care, Health and Development**, v. 45, n. 1, p. 121–128, 2019.

TUCKER, R. P. *et al.* Current and military-specific gender minority stress factors and their relationship with suicide ideation in transgender veterans. **Suicide & Life-Threatening Behavior**, [S.l.], v. 49, n. 1, p. 155-166, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/sltb.12432>. Acesso em: 13 abr. 2025.

TURECKI, G.; BRENT, D. A.; GUNNELL, D.; O'CONNOR, R. C.; OQUENDO, M. A.; PIRKIS, J.; STANLEY, B. H. Suicide and suicide risk. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 5, n. 1, p. 74, 24 out. 2019. DOI: [10.1038/s41572-019-0121-0](https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0).

TURECKI, G.. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21, p. 18–22, out. 1999.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ (UFPI). **Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGEd: apresentação**. Disponível em: <https://ufpi.br/ppged>. Acesso em: 17 jun. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ (UFPI). **Programa de Pós-Graduação em Psicologia: apresentação**. Disponível em: https://sigaa.ufpi.br/sigaa/public/programa/apresentacao.jsf?lc=pt_BR&id=982. Acesso em: 17 jun. 2025.

VALLE, L. E. L. R. Psicologia Escolar: Um duplo desafio. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23, n. 1, p. 22-29, 2003.

VAN ORDEN, K. A. *et al.* A test of the effectiveness of a list of suicide warning signs for the public. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 36, n. 3, p. 272-287, 2006. DOI: 10.1521/suli.2006.36.3.272.

VIANA, G. N.; ZENKNER, F. M.; SAKAE, T. M.; ESCOBAR, B. T. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 38-43, 2008. DOI: 10.1590/S0047-20852008000100008.

VIEIRA, F. H. M.; ALEXANDRE, H. P.; CAMPOS, V. A.; LEITE, M. T. de S. Impactos do bullying na saúde mental do adolescente. **Ciência ET Praxis**, [S. l.], v. 13, n. 25, p. 91–104, 2020. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/4354>. Acesso em: 10 abr. 2025.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. DOI:

10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em:

<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 6 mar. 2024.

WALSH, B. W. **Treating self-injury: a practical guide**. New York: Guilford Press, 2006.

WALSH, B. W. **Treating self-injury: A practical guide**. New York: Guilford Press, 2012.

WENZEL, A., BROWN, G., & BECK, A. T.. **Terapia Cognitivo-Comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WERLANG, B. S. G., BORGES, V. R. & FENSTERSEIFER, L.. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia**, 39(2), 259-266, 2005.

WERLANG, B. S. G., MACEDO, M. M. K., KRÜGER, L. L. Perspectiva psicológica. In: Werlang BG, Botega JN, organizadores. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 45-58.

WHO - World Health Organization. **Suicide**. Genebra: World Health Organization, 2019. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

WHO - World Health Organization. **Suicide in the world: Global Health Estimates**. Genebra: World Health Organization, 2019. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>.

WHO – World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Versão online 2003. Obtido em: 29 de março de 2024 do World Wide Web: <http://www.who.int/classification/apps/icd/icd10on>.

WHO - World Health Organization. **Prevención del suicidio: Un instrumento para docentes y demás personal institucional**, 2001. Recuperado de: <https://iris.who.int/handle/10665/66802>.

WYMAN, P. A. et al. An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 9, p. 1653–1661, 2010.

YAP, M. B. H.; ALLEN, N. B.; SHEEBER, L. Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. **Clinical Child and Family Psychology**, v. 10, n. 2, p. 180-196, 2007.

ZELUF, G. *et al.* Targeted victimization and suicidality among trans people: A web-based survey. **LGBT Health**, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 180-190, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0011>. Acesso em: 13 abr. 2025.

APÊNDICE 01

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Pesquisa: Intervenções de Psicólogos Escolares do Piauí diante de Comportamentos Suicidas em Adolescentes

1. Código de identificação (número) e cargo atual.
2. Tempo de formação e atuação como psicólogo escolar.
3. Instituição de formação.
4. Localização da escola (interior do Piauí ou Teresina) e se é pública ou privada.
5. Como você compreende o comportamento suicida em adolescentes?
6. Quais sinais e sintomas você identifica como indicadores de comportamento suicida em alunos adolescentes?
7. Quais fatores você acredita que contribuem para o comportamento suicida em adolescentes?
8. Como você aborda o adolescente em crise suicida?
9. Quais recursos ou ferramentas você utiliza em suas intervenções?
10. Você poderia descrever um caso específico de intervenção bem-sucedida que você tenha realizado?
11. Quais são os principais desafios que você enfrenta ao lidar com comportamentos suicidas em alunos adolescentes?
12. Existem recursos ou apoios específicos que facilitam sua atuação nesse contexto?
13. E o que dificulta?
14. Você considera que a sua formação acadêmica influenciou na sua prática de manejo do comportamento suicida na escola? Se sim, como?
15. Que aspectos da sua formação você considera que foram mais úteis ou relevantes para o manejo dessa demanda?
16. Que tipo de parcerias ou colaborações você considera mais eficazes para lidar com casos de comportamento suicida em alunos adolescentes?