Psi Unisc
REVISTA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
AVALIAÇÃO QUADRIENAL 2021 - 2024
Qualis B1
ISSN: 2527-1288
Mestrado Profissional em Psicologia
EDUNISC
UNISC

*Cómo citar (APA): Martins, P. H. A., & Pergoraro, R. F. (2026). Actuaciones de psicólogos en la atención a niños y adolescentes en casos de violencia autoinfligida. *Psi Unisc*, 10, Artigo e20191. http://doi.org/10.17058/psiunisc.v10i.20191

Tipo de Artículo: Artículos de Investigación

Actuaciones de psicólogos en la atención a niños y adolescentes en casos de violencia autoinfligida[1]

Atuações de psicólogos no cuidado a crianças e adolescentes em casos de violência autoprovocada

Psychologists pratices in the care of children and adolescents in cases of self-inflicted violence

Pedro Henrique Alves Martins
Instituto de Psicología de la Universidad Federal de Uberlândia (IP-UFU), Uberlândia-MG/Brasil
ORCID: https://orcid.org/0009-0002-4800-8039
Correo electrónico: pedro.martins1@ufu.br

Renata Fabiana Pegoraro
Instituto de Psicología de la Universidad Federal de Uberlândia (IP-UFU), Uberlândia-MG/Brasil
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6052-5763
Correo electrónico: renata.pegoraro@ufu.br

[1] Los autores declaran que esta contribución es un extracto del trabajo de conclusión de grado del primer autor (https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/44334). Sin embargo, aseguran que el trabajo no ha sido publicado en ninguna otra revista científica.

Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

Resumen

Introducción: El creciente número de lesiones autoinfligidas entre la población infanto-juvenil revela la necesidad de discutir sobre la atención psicológica a este público. **Objetivos:** Este artículo investigó el papel de los psicólogos en la atención a niños y adolescentes por violencia autoinfligida con o sin intención suicida. **Método:** De un estudio más amplio, se seleccionaron tres entrevistas a profesionales que declararon experiencia en el cuidado de personas de este rango de edad. Las entrevistas se realizaron en línea a través de la plataforma *Microsoft Teams*, apoyadas en un guion semiestructurado sobre formación y desempeño profesional en casos de violencia autoinfligida, y luego de su transcripción literal se realizó un análisis temático. Los entrevistados tenían edades comprendidas entre 27 y 51 años, dos estudios de posgrado completos; y trabajaban en un Centro de Atención Psicosocial a niños y adolescentes, servicio de atención institucional, hospital general y consultorio privado. **Resultados:** Se construyeron tres categorías de análisis: (1) Informar, prevenir, acoger, construir vínculos y no juzgar; (2) El cuidado (debe) ocurrir en una red; y (3) Cuidado ético: confidencialidad y documentos. **Conclusión:** Se logró explorar las posibilidades de atención a partir de la actuación de los psicólogos con el público en cuestión en casos de violencia autoinfligida, sin embargo, surge la necesidad de producir investigaciones sobre la atención en salud mental con niños y adolescentes en este escenario abordado en el estudio y sobre las intersecciones de las cuestiones étnico-raciales y de género en la violencia autoinfligida en el público en general.

Palabras clave: manejo psicológico; intento de suicídio; automutilación; niño; adolescente.

Resumo

Introdução: O crescimento do número de lesões autoprovocadas na população infantojuvenil revela a necessidade da discussão sobre o cuidado psicológico a esse público **Objetivo:** Este artigo investigou a atuação de psicólogas/os no atendimento de crianças e adolescentes com histórico de violência autoprovocada com ou sem intenção suicida. **Método:** A partir de uma pesquisa de maior amplitude, foram selecionadas três entrevistas com os profissionais que declararam experiência no cuidado ao público dessa faixa etária. As entrevistas foram conduzidas de modo online por meio da plataforma *Microsoft teams*, com apoio em roteiro semi estruturado sobre formação e atuação profissional em casos de violência autoprovocada, e após transcrição literal realizou-se análise temática. Os entrevistados tinham idades de 27 a 51 anos, dois concluíram pós-graduação; e atuavam em Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência, serviço de acolhimento institucional, hospital geral e consultório particular **Resultados:** Foram construídas três categorias de análise: (1) Informar, prevenir, acolher, construir vínculos e não julgar; (2) O cuidado (deve) ocorre(r) em rede; e (3) Cuidados éticos: sigilo e documentos. **Conclusão:** Foi possível explorar as possibilidades de cuidado a partir das atuações das psicólogos com o público em questão em casos de violência autoprovocada, contudo, existe a necessidade da produção de pesquisas sobre o cuidado em saúde mental com o público infantil e juvenil nesse cenário abordado na pesquisa e acerca dos atravessamentos das questões étnico-raciais e de gênero nas violências autoprovocadas no público em geral.

Palavras-chave: manejo em psicologia; tentativa de suicídio; automutilação; criança; adolescente.

Abstract

Introduction: The increasing number of self-inflicted injuries among the juvenil population reveals the need for discussion about the psychological care of this public. **Objectives:** This article investigated the role of psychologists in caring for children and adolescents due to self-inflicted violence with or without suicidal intention. **Method:** From a larger study, three interviews were selected with professionals who declared experience in caring for people in this age group. The interviews were conducted online via the Microsoft Teams platform, supported by a semi-structured script on training and professional performance in cases of self-inflicted violence, and after literal transcription, a thematic analysis was carried out. The interviewees ranged in age from 27 to 51 years old, two completed postgraduate studies; and worked in a Psychosocial Care Center for children and adolescence, institutional care service, general hospital and private practice. **Results:** Three categories of analysis were constructed: (1) Inform, prevent, welcome, build bonds and not judge; (2) Care (must) occur in a network; and (3) Ethical care: confidentiality and documents. **Conclusion:** It was possible to explore the possibilities of care based on the actions of psychologists with the public in question in cases of self-directed violence, however, there is a need to produce research on mental health care with children and young people in this scenario addressed. in the study and about the intersections of ethnic-racial and gender issues in self-directed violence in the general public.

Keywords: handling, psychological; suicide, attempted; self mutolation; child; adolescente.

Introducción

El comportamiento suicida implica un continuo de actos, que pueden implicar pensamientos abstractos o más desarrollados sobre la muerte (componentes de ideación suicida), planificación y elaboración del acto, así como su consumación o fracaso (Bertolote, 2013; Marcolan & Silva, 2019; OMS, 2014). El término violencia autoinfligida, en cambio, abarca tanto actos en los que hay intención suicida como, más ampliamente, situaciones en las que esa intención no está presente, como lesiones, mutilaciones, intoxicaciones y otros comportamientos autodestructivos (Bertolote, 2013; Ministerio de Salud, 2024). En este artículo, adoptaremos el concepto de violencia autoinfligida para entender cómo los psicólogos trabajan con el público que practica este tipo de violencia contra sí mismos.

En el ámbito de la prevención de la violencia autoinfligida, se pueden destacar las intervenciones psicológicas, psicosociales y farmacológicas; apoyo multiprofesional, familiar y social en casos de presencia de factores de riesgo y de intentos previos; formación de profesionales sanitarios; la existencia de centros de salud que actúan con intervención en crisis y, finalmente, la cobertura discreta por parte de los medios en casos de suicidio. Las siguientes estrategias también pueden actuar como estrategias beneficiosas: la presencia de servicios públicos de salud mental y apoyo psicosocial, el control del consumo de alcohol, el apoyo a las familias de las víctimas y la educación del público en general (Bertolote, 2013).

Los datos internacionales y brasileños indican el alto número de casos de violencia autoinfligida entre jóvenes. A nivel mundial, las muertes por suicidio ocupan el segundo lugar en el ranking global de mortalidad entre jóvenes de 15 a 29 años, siendo un dato estadístico que revela un preocupante panorama global, ya que esta cifra solo es superada por los accidentes de tráfico (OMS, 2014). En Brasil, la realidad es similar: las muertes de este tipo ocupan el tercer lugar entre la población adolescente y joven del sexo masculino y el cuarto entre la población femenina del mismo rango de edad (OMS, 2014; Malta et al., 2021).

La investigación de Malta et al. (2020) demostró el aumento en el número de suicidios en Brasil en el periodo de 1990 a 2019 como causa de mortalidad entre poblaciones de 10 a 24 años de ambos sexos. Fernandes et al. (2020) señalan la existencia de una tendencia creciente en relación con la mortalidad por suicidio en el grupo de edad de 10 a 19 años en el territorio brasileño, con diferenciaciones al considerar parámetros como: género, etnia, raza, macrorregiones, lugar de ocurrencia, métodos, etc. El método más utilizado en casos de suicidio por autointoxicación en la adolescencia es la ingestión de pesticidas, pero también ha aumentado el uso de medicamentos e inhalantes en intentos de suicidio (Nascimento et al, 2021), datos que indican la necesidad de crear políticas públicas para controlar estas sustancias.

En vista de la exposición y discusión de datos epidemiológicos y sociodemográficos sobre el suicidio en la adolescencia, así como de la etiología de este fenómeno, es necesario explicar algunos factores de riesgo para ello, como destacan Soster et al. (2021): "exposición a la violencia, relaciones familiares problemáticas, eventos negativos de la vida, desigualdades sociales, problemas educativos, depresión y el uso de drogas lícitas e ilícitas". Así, la multiplicidad de factores, sin embargo, reitera el aspecto multideterminado de la violencia autoinfligida, una característica que marca los debates sobre la etiología del fenómeno (Bertolote, 2013) y resalta la importancia de la acción multidisciplinar e intersectorial en la prevención y el cuidado.

La muerte de niños y adolescentes por violencia autoinfligida es ampliamente temida, lamentada e inesperada por el imaginario social, y esta dinámica es calificada de triple tabú por los autores Filho y Minayo (2021). El prejuicio y el estigma están asociados con los suicidios, en general y especialmente entre los jóvenes, lo que dificulta la gestión por parte de profesionales sanitarios en situaciones de este tipo, que pueden implicar juicios, juicios de valor y moralismos (Souza et al., 2023). Por tanto, la escucha empática y sin juicios, que proporciona

un entorno seguro para la atención y prevención del suicidio, debe apoyarse en el cuidado de las personas que cometen violencia autoinfligida (Souza et al., 2023).

El estudio de Souza et al. (2013), realizado en un hospital universitario sobre la atención de personas que han intentado suicidarse, señala la necesidad de formación y educación continua en salud. Al llevarse a cabo en red, la atención a este público debe estar respaldada por el principio de integralidad del Sistema Único de Salud (SUS), en cualquier punto de atención. Por otro lado, la investigación de Barnabé y Silva (2024) demuestra cómo el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) para Niños y Adolescentes, un servicio especializado, es un campo poderoso que puede actuar para superar prejuicios relacionados con la violencia autoinfligida y proporcionar el protagonismo del usuario del Proyecto Terapéutico Singular.

En este contexto, valorar la atención en la libertad, la autonomía y la ciudadanía de los usuarios y combatir el estigma, legados de la lucha antimanicomial, fueron estrategias empleadas por el equipo de servicios de salud mental para prevenir la violencia autoinfligida en niños y adolescentes (Barnabé & Silva, 2024). Esta discusión provoca una serie de preocupaciones y reflexiones sobre formas de dialogar con el público en cuestión y la gestión más adecuada acerca de los intentos de suicidio.

En casos de violencia autoinfligida sin intención suicida, Aratangy et al. (2018) sugieren que el diálogo debe involucrar al joven, la familia, la escuela y los profesionales sanitarios. La automutilación puede, sin intención suicida, generar lesiones graves que ponen en riesgo la vida del joven e implicar un círculo vicioso en busca de alivio. Las estrategias sugeridas incluyen intervenciones psicoeducativas y farmacológicas, apoyo a adolescentes y familias, además de fomentar la práctica de actividades físicas. La complejidad del fenómeno plantea la necesidad de acciones multiprofesionales e intersectoriales en la atención, así como de actividades preventivas para un debate abierto y sin perjuicios.

Como se ha señalado, el creciente número de lesiones autoinfligidas por niños y adolescentes supone un desafío para la formación y práctica de los profesionales de la Psicología. Como resultado, el objetivo de este artículo fue investigar el papel de los psicólogos en el cuidado de niños y adolescentes con antecedentes de violencia autoinfligida, con o sin intención suicida.

2. Metodología

Se analizaron entrevistas realizadas a lo largo de 2023 con tres psicólogos que trabajaron en el Estado de Minas Gerais (instituciones públicas, servicios de salud y consultas privadas) y con experiencia con niños y adolescentes en el contexto de violencia autoinfligida para la construcción de este artículo. Estas son entrevistas de un proyecto más amplio, en nombre de la asesora, que investigó el desempeño de los psicólogos en casos de violencia autoinfligida en todas las etapas del ciclo vital. Participaron 17 psicólogos, de los cuales solo 3 declararon haber tenido experiencia con un público menor de 18 años. Las entrevistas se realizaron de forma remota a través de la plataforma *Microsoft Teams* tras una fase inicial en la que los psicólogos respondieron a un cuestionario en línea sobre cómo trabajar con personas que practican violencia autoinfligida.

El proyecto de investigación más amplio, en nombre de la asesora, fue presentado y aprobado por un Comité de Ética e Investigación con Seres Humanos, con el número CAAE 55804222.2.0000.5152, y la investigación se llevó a cabo en cumplimiento con la Resolución Nº 466/2012. Se presentó y explicó el Formulario de Consentimiento Informado (ICF) a todos los participantes de la investigación, y el término firmado por la investigadora principal se envió por correo electrónico, según las indicaciones de los REC para investigación remota de la época. Además, la duración media de las entrevistas fue de hasta 90 minutos, con la programación de una segunda reunión para completar el guion si es necesario. El guion investigó la relación entre la formación profesional (de grado y posgrado) y el trabajo con personas que llevan a cabo

violencia autoinfligida (perfil de las personas asistidas, actuación en equipo, sector de actividad, dificultades encontradas). Para este artículo, se analizaron cuestiones relacionadas con la prevención y el cuidado de niños y adolescentes en relación con la violencia autoinfligida y los aspectos éticos implicados.

Por tanto, es una investigación cualitativa exploratoria basada en entrevistas con un guion semiestructurado, cuya transcripción completa fue sometida al Análisis Temático (TA) (Braun & Clarke, 2006), un método caracterizado por su flexibilidad teórica y alto potencial para la organización y sistematización de datos. El TA permite identificar estratos de información, patrones y códigos dentro de este conjunto de datos, lo que permite definir temas con coherencia interna y heterogeneidad externa entre ellos. A pesar del uso de guiones semiestructurados como herramienta para realizar las entrevistas, los temas derivados del TA no se confunden con las preguntas que conforman los guiones mencionados, revelando una postura activa de los investigadores hacia el objeto de estudio y los procesos interpretativos del análisis de datos.

El procedimiento propuesto por Braun y Clarke (2006) para la realización del TA, en el que se inspiró el análisis aquí presentado, implica seis etapas: familiarización con los datos, es decir, la transcripción de las entrevistas o grupos focales, organización y revisión de los resultados por parte del investigador, una etapa seguida de la codificación de los datos a lo largo del conjunto, con el fin de producir segmentos de datos para cada código (Souza, 2019). En este trabajo, tras la transcripción literal de las entrevistas, se realizaron varias lecturas para familiarizarse con el cuerpo de datos, fundamental para el análisis temático, y a partir de esto se creó un archivo para el análisis de cada entrevista, destacando estratos de datos que inicialmente eran similares. La siguiente etapa consistía en el movimiento de "ida y vuelta" entre la transcripción y los estratos, localizando algunos estratos o segmentos que dialogaban con otros presentes durante la sistematización de la misma entrevista y las demás. Este procedimiento se realizaba en cada archivo por separado y luego en el conjunto de tres archivos con las transcripciones. Los cinco temas que surgieron inicialmente se reagruparon, finalizando la fase de análisis con tres categorías que dialogan con el objetivo de la investigación: (a) Informar, prevenir, acoger, construir vínculos y no juzgar; (b) El cuidado (debe) ocurrir en una red; (c) Cuidado ético: confidencialidad y documentos. La discusión de estos resultados se construyó en diálogo con la literatura de la zona.

2. Resultados y debate

Las entrevistadas y el entrevistado tenían entre 27 y 51 años; dos se graduaron en una universidad pública y uno en una universidad privada; un profesional tenía un máster en Educación, otra era especialista en terapia familiar y un máster en Psicología; una entrevistada había trabajado en CAPSij desde 2018, el entrevistado en atención institucional desde 2014 y todos tenían práctica en consultorio privado. Para preservar la identidad, los participantes serán nombrados como E7 (experiencia en atención institucional); E8 (experiencia en clínica privada y hospital); y E9 (Centro de Atención Psicosocial para la Infancia y la Adolescencia – CAPSij).

2.1 Categoría 1 - Informar, prevenir, acoger, construir vínculos y no juzgar

Un aspecto fundamental en la discusión sobre la prevención del suicidio es el prejuicio social y los diversos tabúes que impregnan el tema, los cuales alcanzan otras dimensiones cuando el público en cuestión está compuesto por niños y adolescentes. Filho y Minayo (2021) describieron la triplicidad de este fenómeno, primero debido al tabú frente a la propia muerte, que también está dirigida y adquiere otras características sobre la muerte autoinfligida y, finalmente, se intensifica por la tragedia y los sucesos inesperados y a menudo inimaginables de muertes en la población infantil y juvenil.

En vista de esto, este elemento está presente en las acciones de los psicólogos en la atención sanitaria de niños y adolescentes y en la gestión de la violencia autoinfligida en este

público, por lo que existe un trabajo de diálogo sobre el tema, con el objetivo de aclarar información sobre el fenómeno, ya que incluso las personas involucradas en el contexto de la violencia autoinfligida en este público pueden encontrarse con asombro, desinformación y tabúes. Esta imagen fue revelada por una participante en la investigación e indica la necesidad de ampliar la educación sobre el tema entre el público especializado como medida preventiva contra la violencia autoinfligida (Bertolote, 2013):

> *De vez en cuando, la gente universitaria me llama para hablar sobre la salud mental en la infancia y adolescencia, en la familia, por mi formación. Luego lo pongo en la diapositiva, que para mí es mi desencadenante, siempre pongo: "síntomas principales de la infancia" y pongo varios, y pongo síntomas graves y síntomas que ellos consideran simples. Así que, a veces lo pongo: agitación psicomotora, ansiedad, y luego la gente dice: "ya está, vale". Así que pongo: "intento de autoexterminio". Lo hacen así: "¿Pero, niños?" [La psicóloga imita la reacción de asombro de los interlocutores en estas situaciones] Luego espero a que me miren, normalmente los estudiantes, luego se miran entre ellos, veo las caras, digo: "todos estos síntomas, ya los he visto todos, sin excepción". [E9]*

Además de la discusión específica sobre este aspecto de la prevención del suicidio con el público especializado en este tipo de atención sanitaria, es necesario reflexionar sobre las prácticas desarrolladas por los profesionales entrevistados en el cuidado de niños y adolescentes en casos de violencia autoinfligida. Es importante construir un espacio seguro de atención con el paciente, libre de juicios y obstáculos. Muchos profesionales tienen dudas sobre la aparición del tema del suicidio (Malgarezi, 2020).

Es esencial que el niño o adolescente asistido se sienta libre para abordar el tema sin sentirse censurado, expresándose a través del habla o incluso del juego. Contrariamente a las creencias de sentido común, hablar sobre el suicidio o incluso abordarlo en psicoterapia no hace que el evento sea más probable, y es esencial que el trabajo realizado por el profesional busque superar este tabú, que se intensifica y se hace más complejo en el caso de la violencia autoinfligida por niños y adolescentes. La posibilidad de una expresión libre, sin juicio, es esencial para una actitud acogedora y la creación de vínculos entre niños/adolescentes y los profesionales de la psicología que realizan su seguimiento (Bertolote, 2013; Filho & Minayo, 2021).

A pesar de la confluencia que el acogimiento recibió al inicio de cualquier dirección para casos de violencia autoinfligida en este público, el campo de acción de los participantes distinguió cómo se utilizaban las prácticas de atención, en el sentido de que los servicios públicos de salud mental estaban compuestos por equipos multidisciplinarios, o incluso se caracterizaban por la interacción constante con la familia y la red informal de apoyo de los usuarios. Así, las estrategias a menudo se caracterizaban por el aspecto colectivo. Otro punto de tensión en relación con las prácticas profesionales fue trabajar en la práctica privada, un ámbito donde la atención individualizada cobra protagonismo.

Desde esta perspectiva, el participante E7 destacó la realización de grupos con adolescentes sobre el tema de la violencia autoinfligida y la psicoeducación junto con el equipo de cuidadores y diferentes profesionales que también trabajaron en el servicio de acogimiento institucional; estrategias utilizadas con el objetivo de explorar el potencial de las cuestiones comunes al público y promover la prevención a través de recursos educativos:

> *Incluso formé grupos con los adolescentes para poder hablar sobre el tema, a veces, aunque el servicio de acogida no colabore con la clínica terapéutica dentro del servicio, el psicólogo de acogida es un psicólogo social, ¿verdad? En ocasiones, tuve que hacer un cambio psicológico allí, para hacer esa acogida de emergencia y poder manejar esa situación. Y el tercero fue un movimiento que hicimos en toda la casa, que era de*

psicoeducación, ya sabes, así que nos sentamos con las cuidadoras, con el personal de cocina, con el personal de administración y con la junta directiva para poder debatir este tema de forma abierta. Hablar, ya sabes, cuáles son las precauciones iniciales, qué podemos hacer, qué no se nos indica hacer en este tipo de situación y también apropiado. [E7]

La priorización de la dimensión pedagógica, con carácter informativo, es una característica de la práctica desarrollada por el profesional y está presente en la literatura (Kreus & Antoniassi (2020). Las experiencias relacionadas con la prevención son, en general, internacionales (Avanci et al., 2023) y su oferta permite reducir el número de intentos.

Además, es interesante cómo cada profesional realiza el diseño de casos, el razonamiento clínico necesario para dirigir el tratamiento de los casos que involucran violencia autoinfligida. Así, además de las entrevistas psicológicas iniciales, el cuidado con la recepción y el desarrollo de la escucha clínica empática, existen otras estrategias que los profesionales entrevistados utilizan en su trabajo de prevención del suicidio con niños y jóvenes, por ejemplo, la encuesta de síntomas y el establecimiento de protocolos de seguridad con la familia y la red informal de apoyo:

Así que empezaría con la bienvenida y luego las intervenciones, empezando por la seguridad y después lo que sea necesario. ¿Y qué tiene? [psicóloga se pregunta a sí misma como forma de evaluar el caso] ¿Eres víctima de violencia? ¿Es estrés postraumático? ¿Es un trastorno más grave, bipolar, límite, qué está pasando, es ansiedad? No sé qué tiene, necesito averiguarlo. Así que, la parte de saber identificar los síntomas es muy importante cuando hablo de psicopatología y luego, tenemos que saber cómo señalar los síntomas para poder hacer un diagnóstico diferencial. Así que, si está en riesgo: un protocolo de seguridad [psicóloga responde al problema que plantea], entonces si no puede hacerlo, alguien que pueda, entonces orientación sobre, supongamos, tomar objetos punzantes o medicinas, medicamentos o sábanas, cordones de zapatos, depende de la categoría de autolesión, ya sabes, así que hago esta orientación como persona responsable, cuando ella es adulta, cuando es un niño, independiente. [E9]

Algo indispensable en el discurso de la participante mencionada es la urgencia de identificar los medios de autoexterminio y restringir su acceso a niños y adolescentes, lo que es una de las medidas que presenta la mayor evidencia científica para la prevención del suicidio (Bertolote, 2013).

Los participantes informaron de la construcción de protocolos de seguridad con las familias y redes de apoyo informales, es decir, estrategias para promover la seguridad del paciente en situaciones en las que niños y adolescentes no podían cuidarse de manera más autónoma o se encontraban en situaciones de riesgos autoinfligidos. Por tanto, una alternativa es definir a alguien en la red de apoyo que sea más directamente responsable de la persona atendida, aumentar el contacto con ella y restringir su acceso a todos los objetos, entornos y métodos que puedan aplicarse en un posible intento de autoexterminio. Sin embargo, una reflexión necesaria sobre la prevención es que, a pesar de las ansiedades de los psicólogos en el cuidado de casos de intentos de suicidio y el uso de diversas estrategias de cuidado, puede resultar ilusorio creer que el sujeto volverá a un estado previo a la crisis, libre de los riesgos de un nuevo intento (Marquetti & Leite, 2018).

Además, esta medida pone de manifiesto la importancia de debatir las sutilezas y especificidades del cuidado de niños y adolescentes en relación con la gestión de la violencia autoinfligida, como la diversión presente en el cuidado infantil, es decir, el uso de recursos lúdicos como juegos, actividades lúdicas y otras estrategias que caracterizan la clínica infantil, tal como la expone una participante que trabaja en el contexto hospitalario:

El cuidado con los niños es un servicio diferente, se utiliza una técnica diferente, se va a jugar, se utilizan otros recursos para acceder al niño y para realizar las intervenciones. Creo que me ayudó mucho así, ahí en la unidad de hospitalización, porque también hay un espacio donde no tienes una sala donde te sientas con el paciente y digas "dime ahora cuál es tu problema" [Psicóloga ríe]. Esta técnica clásica de cuidado psicológico, entonces, no me molestó. Creo que quizá este es un punto, este despojo de esta técnica clásica, es algo que ayuda mucho en el cuidado de niños y adolescentes también. [E8]

En cuanto al trabajo de prevención de la violencia autoinfligida contra adolescentes, también hay factores que los profesionales subrayaron en relación con la dinámica y características de las relaciones con este público. A pesar de las exposiciones, los psicólogos buscaron explorar los temas que surgieron en esta actuación, para no crear verdades o reglas universalizadoras sobre la adolescencia y su despliegue como fase del desarrollo humano; un ejemplo interesante es la forma en que el participante veía la forma de situarse en el mundo o incluso cómo el adolescente en cuestión empleó estrategias para afrontar el sufrimiento que implica la violencia autoinfligida:

Por ejemplo, era muy común tener un tono confrontativo, ya sabes, el adolescente venía a confrontar [El entrevistado repite en voz alta lo que dijo el otro]: "Si quiero quitarme la vida, es mi derecho, la quitaré si quiero, no hay nadie, no hay nadie que tenga que ver con ello" y luego necesitas tener un cierto, es decir, en fenomenología lo decimos époche, en psicología social lo diríamos una lectura crítica de que este confronto no es en realidad un deseo, pero puede incluso ser una defensa en el sentido de que no quiere lidiar con ese sufrimiento. [E7]

En vista de esto, es esencial que el cuidado de los adolescentes tenga en cuenta que pueden surgir problemas desafiantes en las relaciones, con el objetivo de cultivar un vínculo sano y fiable con el paciente, en el que sea posible que su sufrimiento sea bienvenido, que exista libertad, ausencia de censura y que su discurso no se vea restringido. De modo que incluso el adolescente superviviente de intentos o en la dinámica de la violencia autoinfligida pueda construir nuevas posibilidades de significado en relación con actos violentos autodirigidos que, debido a un sufrimiento intenso, no tienen la posibilidad de inscripción simbólica en este momento (Marquetti & Leite, 2018).

Desde esta perspectiva, la dirección que debe buscarse es la validación del sufrimiento expresado por el adolescente, algo que puede ser extremadamente beneficioso para la prevención de la violencia autoinfligida, que es una estrategia del grupo terapéutico reportada en la investigación de Kreus y Antoniassi (2020). Así, una psicóloga participante narra la posibilidad de este cuidado:

No es una norma, pero la mayoría restringe un poco más la comunicación, así que para que puedas crear este puente necesitas tener un vínculo, así que creo que no es que varía, no creo que difiera tanto, pero nosotros necesitamos estar un poco más disponibles para hacer esto de forma acogedora, poder dar esta oportunidad a los adolescentes para que se sientan cómodos para hablar de lo que están viviendo, porque a veces ya no se sienten comprendidos en ningún sitio, así que es una fase de muchos cambios, ya sabes, búsqueda de autonomía, cambio hormonal, es mucha información. Así que, si llegamos con un comportamiento represivo, entonces ya somos adultos también, así que es otro adulto que llega con un comportamiento represivo como: "te has hecho daño, no deberías, no eres... no puedes hacer eso, necesito protegerte [psicóloga simula que un adulto reprende a un adolescente que practicó violencia autoinfligida] no es en ese tono, es entender y explicar que entiendes lo que está pasando: "¿Pensemos juntos? ¿Qué podemos hacer cuando lo sientas? ¿Qué sentiste

cuando te hiciste daño, ya sabes?" [La psicóloga simula posibles intervenciones con adolescentes en situaciones de violencia autoinfligida]. [E9]

Además de las percepciones de los participantes sobre las particularidades y matices del cuidado de niños y adolescentes en relación con la violencia autoinfligida, se discutieron otros elementos importantes presentes en los distintos estudios de prevención del suicidio en este público. A la luz de la reflexión sobre la posible gestión en este contexto, la indispensabilidad de la articulación y el compromiso de la familia y la red informal de apoyo en el cuidado emergió como un tema clave en las experiencias de los psicólogos, algo que nos permite pensar que el aislamiento o la individualización no fueron determinantes en las acciones de los profesionales entrevistados, ya fuera en el ámbito de los servicios de salud pública o incluso en la propia práctica privada. Además, las acciones de prevención no solo son necesarias, sino que están relacionadas con la Ley 13819/2019, que establece la Política Nacional para la Prevención de la Automutilación y el Suicidio en territorio brasileño.

2.2 Categoría 2 - El cuidado (debe) ocurrir en una red

La pandemia de Covid-19 ha impuesto la necesidad de nuevas formas de ofrecer atención en salud mental a diversos públicos, especialmente a niños y adolescentes. Los psicólogos necesitaban utilizar nuevas estrategias de atención en el manejo de niños y adolescentes con antecedentes de violencia autoinfligida, considerando la necesidad de mantener el aislamiento social, impuesto por restricciones epidemiológicas. La familia fue uno de los recursos utilizados por los profesionales de la psicología debido al distanciamiento y aislamiento de los adolescentes:

> *Esta fase aguda también fue una fuente de otra angustia para toda esta red de apoyo, para todas estas familias, así que creo que también hubo este otro lado y también creo que esta otra situación de depender de la red de apoyo también para hacer algunas intervenciones. Me refería, por ejemplo, a esas situaciones de adolescentes que estuvieron cada vez más restringidos durante la pandemia y tuve, por ejemplo, una situación en la que tuve que depender de los padres para que pudieran hacer algunas intervenciones, de modo que no tuviéramos una situación de restricción extrema dentro de la restricción. [E8]*

El trabajo con la familia fue destacado por la psicóloga como fundamental para la labor de prevención del suicidio durante la pandemia de *Covid-19.* Esta estrategia de involucrar a los familiares en el cuidado puede generar resultados positivos, como fortalecer los lazos intrafamiliares y ampliar la convivencia (Soster et al, 2019). Las relaciones familiares, cuando tienen dificultades, aparecen como factores de riesgo para los intentos de autoexterminio (Soster et al., 2019) y esta dinámica implica la derivación de personas que forman la familia o la red informal de apoyo a la psicoterapia, destacando la necesidad de atención dirigida no solo al niño o adolescente, sino también a sus cuidadores, especialmente cuando las personas del círculo cercano tenían antecedentes de intentos de suicidio (Bertolote, 2013; Kreuss & Antoniassi, 2020; Scavacini & Ceston, 2019).

Esta articulación con diferentes actores implicados en el cuidado de pacientes infantiles y adolescentes se lleva a cabo en otros campos más allá de la clínica tradicional, como en el caso de la actuación de los participantes en los servicios de salud pública. Una participante en la investigación, basada en su trabajo en un CAPSij, debatió qué herramientas y posibilidades tenía la institución para implicar o incluso construir cooperación con la familia y la red informal de apoyo en el cuidado de este público, siempre articulada desde el Proyecto Terapéutico Singular (PTS):

> *En el CAPS establecemos un plan terapéutico único, ya sabes, para cada paciente, luego llega, hacemos una encuesta de los síntomas, lo que tiene, la gravedad, y luego,*

según las necesidades, establecemos este plan terapéutico. ¿Entonces qué necesita? ¿Necesita logopeda? ¿Necesitas psicoterapia? ¿De un grupo terapéutico? En el taller, ¿qué necesita dentro del CAPS? Así que, eso es todo [Psicóloga simula cómo se realiza una encuesta sobre las necesidades de cada paciente del servicio]. [...] Porque cuanto más grave, más grave es el paciente, más necesaria es la intervención con la familia, así que, si nos dimos cuenta de eso, lo necesitábamos, ya llamamos al CAPS, ya sabes, en persona, ya habíamos llamado a la familia junta, y luego hicimos esta intervención y nos mantuvimos al tanto, hicimos visitas domiciliarias o llamadas, así que son recursos de CAPS. [E9]

Esposito y Castanho (2024) destacan la relevancia de espacios para intervenciones familiares que facilitan la adherencia al tratamiento, la discusión sobre los lazos que se construyen en las familias y la expresión única de cada miembro. Una dificultad respecto a la implicación familiar identificada en la presente investigación se produce cuando niños y adolescentes están en cuidado institucional tras la violación de derechos por parte de los adultos responsables. En este contexto, entran en juego otras formas de violencia, además de la violencia autoinfligida, como la violencia sexual, física y psicológica, conformando un escenario de multicausalidad de la violencia autoinfligida (Bertolote, 2013). En este sentido, uno de los participantes explicó cómo se superó esta dificultad, construyendo una red con otros actores importantes:

Había una duda, porque los niños que estaban protegidos eran bienvenidos porque se violaban sus derechos y, en general, quienes violaban los derechos de estos niños y adolescentes eran sus familias. Así que fue un poco complicado en este contexto, desarrollamos estrategias con estas familias, porque hubo un caso en el que los adolescentes presentaron que uno de los potenciadores para llevar a cabo las acciones era la familia, eran los problemas familiares. Así que, en las consultas con las familias, ya fuera en grupo o individualmente, intentamos hablar y debatir esto, pero fue muy difícil para estas familias convertirse en una red de apoyo para estos adolescentes durante el periodo en que estuvieron acogidos. Así que, a veces intentábamos encontrar otros puntos de apoyo además de la familia, así que a veces un amigo, había padrinos. Y una cosa que también hacía a veces, al hablar con adolescentes, era dejarle claro que era necesario encontrar esas redes de apoyo, pero que las definiría él y no yo, ya sabes, debería ser alguien de referencia para él, para que juntos pudiéramos construir esa red de apoyo. [E7]

Una reflexión desarrollada sobre el cuidado de niños y adolescentes en el contexto de la violencia autoinfligida fue la necesidad de buscar construir articulaciones más allá de las familias, incluidos los padrinos afectivos de los jóvenes u otras personas de la red de apoyo, como los cuidadores que trabajaron en la institución de acogida:

Así que, por ejemplo, sí, hubo algunas situaciones en las que los cuidadores, que eran las personas que cuidaban directamente de los niños y adolescentes, acudían a mí [el entrevistado repite en voz alta lo que dijo el otro]: "Oh, hay una navaja escondida bajo la almohada del adolescente"; "Oh, le vi coger algo afilado de un sitio así y esconderlo debajo de la cama." Y luego todo eso, ¿verdad? Además, eso llevó a estas experiencias de tener que lidiar con ello, ¿verdad? Hay que dar la bienvenida, hay que trabajar de alguna manera con el equipo, para poder generar una cierta, primero, cierta naturalización, pero no en el sentido de hacer que el evento sea algo común, sino de hacer que el evento ocurra, que el evento pueda aparecer, ¿verdad? Así, cuando encuentra algo bajo la almohada, el cuidador no se desespera y atraviesa una situación en la que el propio adolescente se siente expuesto a lo que se está haciendo. [E7]

El profesional entrevistado presentó la idea de explicar al equipo que la violencia autoinfligida era algo que podía ocurrir en la vida de adolescentes asistidos en el servicio en cuestión, lo que planteaba la necesidad de no reprender ni exponer al adolescente en estas situaciones. Así, esta estrategia contribuye a la atención ética y a la mejora de la atención y la prevención, ya que puso en juego la incertidumbre de que los métodos utilizados para tratar estos casos serán capaces de eliminar cualquier violencia autodirigida o intentos de autoexterminio (Marquetti & Leite, 2018), con el fin de generar en el equipo multidisciplinar actitudes más asertivas respecto a la gestión acogedora de adolescentes que puedan tener ideación suicida o incluso en la planificación de un intento.

Además de las intervenciones realizadas por los equipos de un servicio de salud o asistencia social, la atención a niños y adolescentes requiere una articulación intersectorial entre SUS, SUAS (Sistema Único de Asistencia Social) y el sistema judicial:

> *Era una discusión de caso, así que era una actividad muy frecuente, porque muchas veces acompañábamos al niño y al familiar dentro del servicio y las redes seguían fuera del servicio. Así que discutir el caso fue muy importante. Las derivaciones, a veces realmente necesitábamos problemas de salud, así que necesitábamos hacer una derivación, pero el centro no la aceptaba, porque si llegábamos a la puerta, llamábamos, no asistían, y luego en esas reuniones discutíamos los nominados [Psicólogo repite charlas ante un equipo multidisciplinario]: "Mira, ahora necesitamos atención para una persona así, por eso" Así que también se hicieron las derivaciones [Breve pausa]. Otro trabajo que pudimos hacer fue más para después del punto agudo, cuando volvíamos, las actividades eran visitas juntos, así que a veces íbamos: yo, la trabajadora social, la psicóloga de CRAS* [Centro de Referencia de Asistencia Social] *y la trabajadora social de CRAS. O, un trabajo que también hicimos fueron los diálogos con el consejo de tutela y el Tribunal de Menores, que eran audiencias públicas, las audiencias eran en línea, así que participábamos juntos en este sentido. [E7]*

Estas diversas posibilidades de diálogo con las instituciones que conforman el territorio de los usuarios demuestran el potencial y las posibilidades de articulación de equipos multidisciplinarios de manera intersectorial. Esta característica evidencia la lógica de la integralidad de la atención, que también se aborda en contextos específicos como en el CAPSij, en el que una participante en la investigación desarrolló sus prácticas, que se cruzaron mediante el trabajo en equipo, con la participación de varios profesionales para el cuidado de niños y adolescentes en la gestión de la violencia autodirigida:

> *Creo que, si hablamos de personas que están en un momento de sufrimiento muy intenso, que los lleva a practicar esta violencia, o de ejemplos de adolescentes que restringen incluso sus posibilidades de vida. Creo que este trabajo es importante para que cada uno pueda mirar, cada uno de esta red creo que tendrá un papel y un objetivo, pero que podamos tener un objetivo común. No creo que todo el mundo actúe igual, no voy a hacer el papel del médico, el doctor no hará mi papel. No voy a interpretar el papel de la escuela, la escuela no hará mi papel, pero creo que hay un objetivo común. [E8]*

La complejidad de la atención a la salud mental para niños y adolescentes es debatida por Couto y Delgado (2015). Los autores destacan la ausencia de acciones de formación permanente, las frágiles relaciones laborales con la contratación de profesionales sin examen competitivo (lo que puede implicar una alta rotación en los equipos y bajos salarios) y la escasa comprensión de los directivos del área sobre la relevancia de la atención para este público como obstáculos importantes para la expansión y calidad de la atención. A esto se suma la inclusión tardía de la atención en salud mental para niños y adolescentes en diálogo con los ideales de la Reforma Psiquiátrica brasileña.

2.3 Categoría 3 - Cuidado ético: confidencialidad y documentos

Las implicaciones éticas del trabajo también emergen en las acciones de los equipos multidisciplinarios, ya sea en la elaboración de documentos o incluso en discusiones de casos, como señalan algunos participantes en esta investigación. En este sentido, es esencial reflexionar sobre la atención a la salud de niños y adolescentes y las cuestiones éticas de la gestión de la violencia autoinfligida en el público en cuestión. Uno de los dilemas éticos implica la violación del secreto profesional, una decisión que debe tomarse teniendo en cuenta el escenario de menor daño causado al paciente, un razonamiento basado en el código de ética de la profesión:

> *Necesitamos garantizar la confidencialidad, pero hasta qué nivel, ya sabes, garantizamos la confidencialidad hasta el punto en que la persona no esté en riesgo, así que, cuando llegue la violencia autoinfligida, se entra en este umbral, en esta zona límite de riesgo, por eso necesito estar con las familias, por eso primero, pido permiso y consentimiento a esta persona para llamar a la familia, porque si está en riesgo, es mi deber ético advertirles. Así que, adelante, creo que lo ético es que necesitamos saber que la persona necesita protección y a veces no está en posición de protegerse a sí misma y es nuestro deber ético asegurarnos de que alguien haga esto, así que, con el consentimiento y conocimiento de esa persona, pero necesitamos buscar a alguien que esté en mejor posición en este momento para intervenir, protegerla, a veces de uno mismo, pero de esta manera, sin exponer detalles innecesarios. [E9]*

El razonamiento del psicólogo entrevistado aclara la resolución del estancamiento entre la exposición de aspectos íntimos del paciente y la violación de la confidencialidad necesaria según el principio de menor daño, como en el caso de la violencia autoinfligida y los intentos de suicidio (CFP, 2005). Así, un problema recurrente es la exposición excesiva de información sobre la persona asistida, algo que amenaza la confidencialidad tan importante para la atención y cuidado en la salud, incluso si se vulnera la confidencialidad, la declaración mencionada de la participante provoca una reflexión sobre cómo debe llevarse a cabo esta intervención, para preservar los detalles que no necesariamente deberían surgir en una articulación de este tipo con la familia o la red de apoyo informal.

Basándose en la misma lógica, el trabajo en equipos multidisciplinares también debe realizarse de manera sensible, es decir, incluso si es necesario un debate interdisciplinar del caso, debe hacerse con cautela:

> *Así que creo que esto es lo principal, intentaron, como, con historiales médicos, a veces recibíamos documentos de otros sectores, yo decía [el entrevistado repite charla que tuvo con el equipo]: "Chicos, no es así, no puedes ponerlo así, estás exponiendo cosas que van más allá de lo necesario". Sí, una reunión de la red y los profesionales querían dar detalles muy completos, mucho sobre la situación y yo estaba [entrevistado repite lo que tenía con el equipo]: "Chicos, siento que estamos dando más información de la necesaria, exponiendo a la persona y a la familia de una forma que no necesitamos, debemos centrarnos en el hecho de que hubo un intento de autoexterminio y entender qué ocurrió para eso. [E7]*

Otro aspecto ético que merece atención es la preparación de documentos psicológicos y registros médicos para el acceso del equipo multidisciplinario, lo que lleva a debatir qué debe o no registrarse:

> *Así que hay información que va más allá del secreto y no debería registrarse: así que, detalles que son muchos, he olvidado el término que quiero usar, pero ya sabes, eso que viene de la curiosidad, que no es necesaria para el cuidado, hasta compartir en técnicas e intervenciones que no creo que sea necesario registrar en los historiales médicos* [E9].

El intento en sí, ya sabes, creo que es importante, en algunos, en algunos casos la forma, porque dependiendo de lo que se hizo, cómo se hizo, si el entorno del lugar, ya sabes, supongamos, pensando en el CAPS que la gente accede al historial médico, en el caso de mi oficina nadie accede, ¿verdad?, pero pensando en el CAPS, que es un servicio multiprofesional, dependiendo de cómo lo haya hecho el niño, tenemos que proteger el lugar, por ejemplo, esconder algunos materiales en la habitación para que, si tiene una crisis, no los use. Así que creo que lo importante es simplemente informar de este intento, en algunos casos, como registrar que hiciste la recepción y que la familia sabe que se le instruyó cómo cuidarlo, creo que el mínimo del historial médico común, ya sabes, que circulará, es esto, más que esto, no creo que sea necesario, incluso por la exposición del niño. [E9]

Los historiales médicos pueden ser consultados por los profesionales de la institución que se encargan del caso y su acceso es derecho del paciente y del tutor legal (que tiene ese derecho), en el caso de niños y adolescentes (CFP, 2019). Además de los documentos como los informes elaborados por un multiprofesional, dictámenes o incluso el historial médico que fue más comentado por los participantes, existe el formulario de notificación individual en casos de violencia interpersonal y autoinfligida (Sistema de Información sobre Enfermedades Notificables, 2016), que todos los participantes de la investigación informaron conocer, aunque no todos lo completaron durante las experiencias con niños y adolescentes que habían cometido violencia autodirigida. Las psicólogas que trabajaron en servicios de salud pública —en un CAPSij y en un hospital— rellenaron el formulario, destacando la importancia de la notificación para la elaboración de políticas públicas que aborden el problema en cuestión (Sistema de Información sobre Enfermedades Notificables, 2016; Ley 13819, 2019).

3. Reflexiones finales

En esta investigación, se realizaron entrevistas con profesionales de la psicología con experiencia en la atención de la salud mental de niños y adolescentes en casos de violencia autoinfligida en contextos de servicios públicos de salud (como hospitales y CAPSij), atención institucional y consulta privada. El desempeño en estos escenarios implicaba aprensiones y dudas sobre el cuidado de niños y adolescentes con antecedentes de violencia autoinfligida, y los participantes revelaron carencias curriculares para la prevención e intervención que involucra este tema. Además de la posible gestión del profesional de la psicología, el desempeño en equipos multidisciplinarios con el público infantil y adolescente en el contexto de la violencia autodirigida y la necesidad de construir articulaciones intersectoriales conforman el panorama que justifica y evidencia la importancia de esta investigación.

A partir de estas consideraciones, se puede afirmar que se ha alcanzado el objetivo de la investigación. Fue posible conocer estrategias de atención y prevención de la violencia autoinfligida con este público, tales como: psicoeducación con equipos multidisciplinarios sobre violencia autoinfligida, realización de grupos con adolescentes, trabajo psicológico de guardia, elaboración de protocolos de seguridad del paciente en colaboración con la red familiar e informal de apoyo, encuesta de síntomas e investigación psicopatológica, conversaciones intersectoriales con los equipos implicados en la atención de la salud mental, gestión clínica con el objetivo de preservar la intimidad y el vínculo en medio del diálogo con instituciones, equipos de trabajo y familia.

Es esencial fomentar debates sobre aspectos éticos, intervenciones orientadas a la prevención y la gestión clínica en los planes de estudio de los cursos de grado en Psicología, actualmente una laguna en la formación de profesionales. La investigación plantea, como sugerencia para otros trabajos, la necesidad de desarrollar estudios que integren datos sobre la raza y el género de niños y adolescentes que llevan a cabo violencia autoinfligida, así como la visión de las familias sobre estas prácticas.

Referencias

Aratangy, E. W., Russo, F. L., Giusti, J. S., & Cordás, T. A. (2018). *Como lidar com a automutilação: Guia prático para familiares, professores e jovens que lidam com o problema da automutilação*. Hogrefe.

Avanci, J. Q., Assis, S. G., Filho, O. C. da S., Gonçalves, A. F., Tavares, P. H. S. L., & Marriel, N. de S. M. (2023). *Comportamento suicida e autolesão na infância e adolescência*: conversando com profissionais sobre formas de prevenção. Faperj. Recuperado de https://agencia.fiocruz.br/e-book-aborda-comportamento-suicida-e-autolesao-na-infancia-e-adolescencia

Barnabé, J. O., & Silva, C. M. (2024). O acolhimento singular e o cuidado contínuo após a tentativa de suicídio: a contribuição do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, 13(*e5394), 1-11. https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2024.e5394

Bertolote, J. M. (2013). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo, SP: Editora Unesp.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3(*2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf.

Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Resolução CFP 06/2019 comentada orientações sobre elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional*. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n-06-2019-comentada.pdf

Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G.. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica, 27*(1), 17–40. https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002

Esposito, B., & Castanho, B. (2024). Adolescência, comportamento suicida e automutilação na contemporaneidade: corpo e intersubjetividade. *Estilos da Clínica, 29* (3), 488-504. Recuperado de https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v29i3p488-504

Fernandes, F. Y., Freitas, B. H. B. M, Marcon, S. R., Arruda, V. L., Lima, N. V. P., Bortolini, J., & Gaíva, M. A. M. (2020). Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, 29*(4), 1-10. https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400025

Filho, O. C. S., & Minayo, M. C. S. (2021). Triplo tabu: sobre o suicídio na Infância e na Adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva, 26*(7), 2693-2698. https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07302021

Kreus, G., & Antoniassi, R. P. N. (2020). Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio. *Psicologia em Estudo,* 25(e-42427), 1-15. https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.42427

Lei 13819, 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. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm

Malgarezi, V. A., Borowski, S. B. V., Cesconetto, R. A. Z., & Wachholz, T. (2020). As

Percepções de Psicólogos em Relação ao Suicídio: Uma Pesquisa Qualitativa no Cenário Sul Catarinense. *Revista Psicologia e Saúde, 12*(2), 169-179. https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.812

Malta, D. C., Minayo, M. C. S., Cardoso, L. S. M., Veloso, G. A., Teixeira, R. A., Pinto, I. V., & Naghavi, M. (2021). Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. *Ciência & Saúde Coletiva, 26*(9), 4069-4086. https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.12122021

Marcolan, J. F., & D. A, Silva. (2019). O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. *Revista M. Estudos sobre a Morte, os Mortos e o Morrer, 4*(7), 31-44. https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.31-44

Marquetti, C. F., & Leite, P. M. T. (2018). Intervenção na crise suicida: silenciar determinantes ou produzir sentidos e ações na ruptura. In Fukumitsu, K. O. (Org.). *Vida, morte e luto*: *atualidades brasileiras*. São Paulo, SP: Summus Editorial.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. (2024). *Guia de vigilância em saúde* (volume 3). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6edrev_v3.pdf.

Nascimento, F. C. S., Marcon, S. R., Freitas, B H. B. M., Kogien, M., & Lima, N. V. P. (2021). Suicídio por autointoxicação entre adolescentes e adultos jovens brasileiros: Estudo de séries temporais. *Ciência, Cuidado e Saúde, 20*(e57899), 1-9. Recuperado de https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1339634

Scavacini, K., Cornejo, E. R., & Cescon, L. F. (2019). Grupo de Apoio aos Enlutados pelo Suicídio: uma experiência de posvenção e suporte social. *Revista M, Estudos sobre a Morte, os Mortos e o Morrer*, *4*(7), 201-214. https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.201-214

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2016). *Violência interpessoal/autoprovocada*. Recuperado de http://portalsinan.saude.gov.br

Soster, F. F., Silveira, A., Huppes, G. M., Hildebrandt, L. M., Cabral, F. B., & Costenaro, R. G. S. (2021). Ideação suicida, tentativa de suicídio ou suicídio em adolescentes: revisão narrativa. *Research, Society and Development, 10*(2), 1-16. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12730

Souza, D. M., Guedes, D. M. B., Boska, G. A., Miranda, N. C., & Rossato, L. M. (2023). Drawing attention? Going through judgments regarding child and adolescent suicide attempts in emergency rooms from a professional perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2023*(57), 1-9. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0281en

World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide: a global imperative*. Recuperado de https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779

Informaciones complementarias

Recibido: 10/02/2025

Aceptado: 11/02/2026

Publicado: 24/02/2026

Editoras responsables: Dra. Cristiane Davina Redin Freitas, Dra. Leticia Lorenzoni Lasta y Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa.

Autor correspondiente: Renata Fabiana Pegoraro.
Correo electrónico: renata.pegoraro@ufu.br

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Financiación: Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico - CNPq.

Contribuciones de los autores: Pedro Henrique Alves Martins: Análisis de datos, Investigación, Metodología, Redacción del manuscrito original y Redacción - revisión y edición. Renata Fabiana Pegoraro: Conceptualización, Análisis de datos, Investigación, Metodología, Supervisión, Redacción del manuscrito original y Redacción - revisión y edición.

Datos de los autores:

- *Pedro Henrique Alves Martins.* Psicólogo y licenciado por la Universidad Federal de Uberlândia. Psicólogo residente multidisciplinar en el área de Salud del Programa de Atención al Paciente Crítico (APEC) del Hospital Clínico de Uberlândia.

- *Renata Fabiana Pegoraro.* Docente del Instituto de Psicología de la Universidad Federal de Uberlândia. Actúa como profesora del curso de licenciatura en Psicología y es asesora permanente del programa de posgrado (Maestría y Doctorado) en Psicología del IP-UFU. Becaria de Productividad del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq).

Agradecimientos:

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) la beca de productividad otorgada a la segunda autora.

Traducción al idioma español: Dr ª Neiva Maria Mallmann Graziadei

Textual Assessoria - Porto Alegre/RS/Brasil