



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA

**3ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA
55ª LEGISLATURA**

**Em 21 de setembro de 2017
(quinta-feira)
às 10h**

PAUTA

5ª Reunião

CPI DOS MAUS-TRATOS - CPIMT

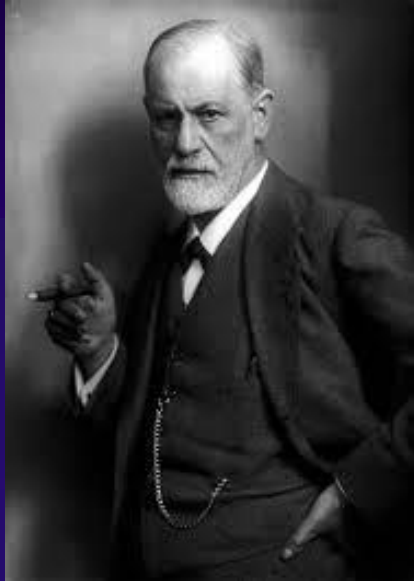


Suicídio e autolesão

André de Mattos Salles

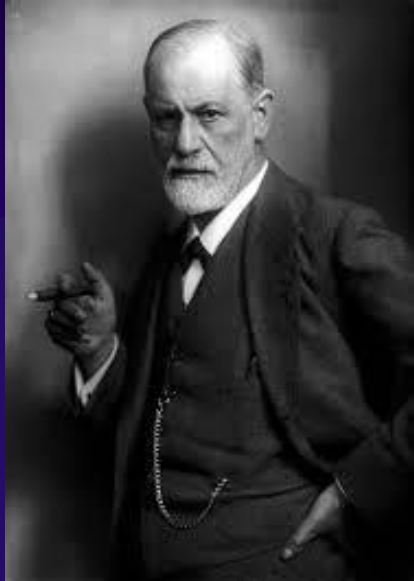
Psiquiatra da Infância e da Adolescência

Características da adolescência



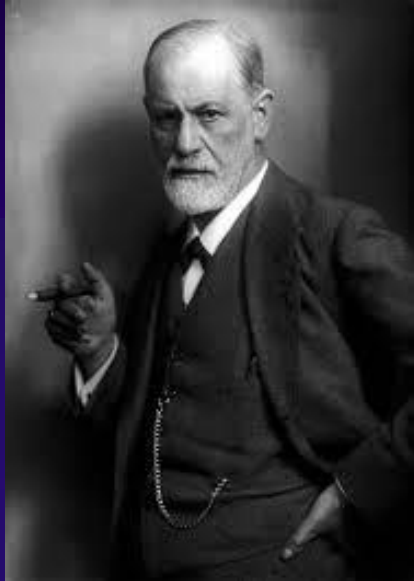
.Sigmund Freud – 1856 - 1939 Médico neurologista Psicanalista

- . Propõe a existência da pulsão sexual básica
LIBIDO
- . Essa pulsão que norteia o desenvolvimento do indivíduo.
- . Dificuldade em cada fase traria uma fixação



.Sigmund Freud – 1856 - 1939 **Médico neurologista** **Psicanalista**

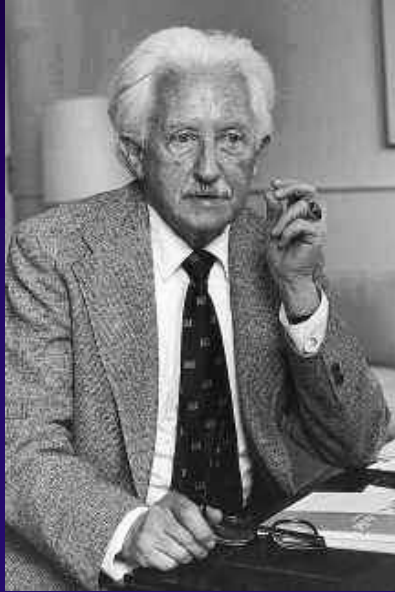
- . Estágio oral (0-1 anos)
- . Fase anal (2-4 anos)
- . Fase fálica edípica (4-6 anos)
- . Estágio de latência (6-11 anos)
- . **Fase Genital (11-)**



.Sigmund Freud – 1856 - 1939 **Médico neurologista** **Psicanalista**

ADOLESCENTE:

- . retomando os impulsos sexuais,
- . buscando por pessoas fora de seu grupo familiar, com o objeto de amor.
- . elaborando a perda da identidade infantil, organizando a identidade adulta.
- . Capacidade biológica para orgasmo e psicológica para relacionamento íntimos



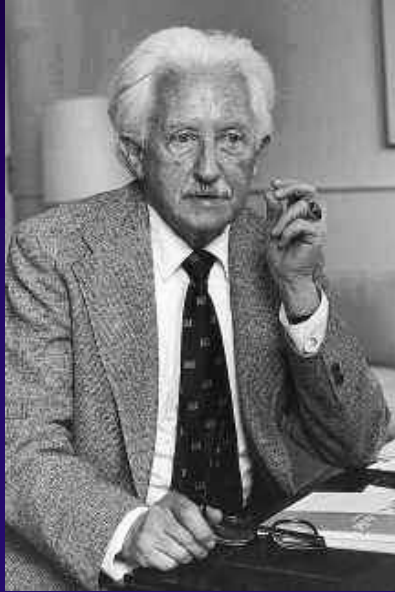
.Erik Erikson – 1902 - 1994 **Psicanalista**

- . Propõe o desenvolvimento humano em estágios psicossociais.
- . Foco do desenvolvimento do ego é mais do que o resultado de desejos intrapsíquicos, é também uma questão de regulação mútua entre a criança em crescimento, a cultura e as tradições da sociedade.
- . teoria do desenvolvimento que cobre todo o ciclo vital

Erikson, E.H. (1976): *Infância e sociedade* (2ª ed.). (G. Amado, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

Erikson, E.H. (1976): *Identidade: Juventude e crise* (2ª ed.). (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

Helen Bee; Denise Boyd. *A Criança em Desenvolvimento*. ArtMed. Porto Alegre. 2011



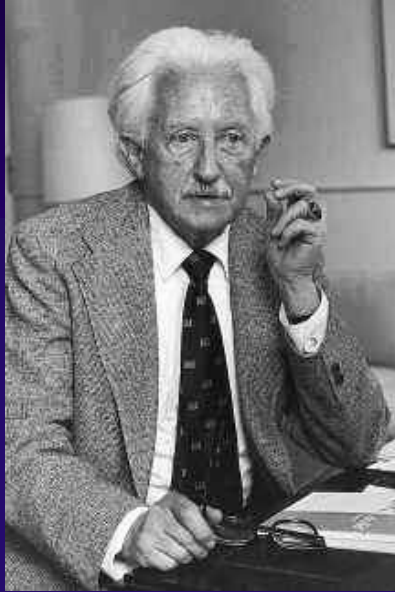
.Erik Erikson – 1902 - 1994 Psicanalista

- . cada estágio é marcado por crises sociais – crises de identidade.
- . grande importância da adolescência - Moratória psicossocial: período de pausa necessária a muitos jovens, de procura de alternativas e de experimentação de papéis, que vai permitir um trabalho de elaboração interna.

Erikson, E.H. (1976): Infância e sociedade (2ª ed.). (G. Amado, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

Erikson, E.H. (1976): Identidade: Juventude e crise (2ª ed.). (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

Helen Bee; Denise Boyd. A Criança em Desenvolvimento. ArtMed. Porto Alegre. 2011



.Erik Erikson – 1902 - 1994 Psicanalista

. Estágios

Confiança X Desconfiança

Autonomia X Vergonha e Dúvida

Iniciativa X Culpa

Construtividade X Inferioridade

Identidade X Confusão de Papéis

Intimidade X Isolamento

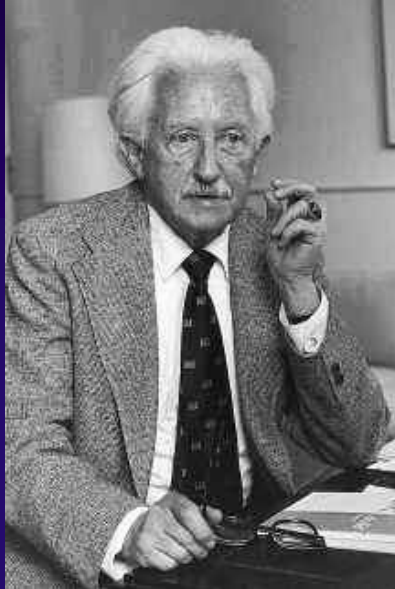
Produtividade X Estagnação

Integridade X Desesperança

Erikson, E.H. (1976): Infância e sociedade (2ª ed.). (G. Amado, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

Erikson, E.H. (1976): Identidade: Juventude e crise (2ª ed.). (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

Helen Bee; Denise Boyd. A Criança em Desenvolvimento. ArtMed. Porto Alegre. 2011



.Erik Erikson – 1902 - 1994 Psicanalista

ADOLENCE:

- . Tem uma identificação com o grupo de colegas
- . Preocupado com as aparências
- . Instabilidade emocional
- . Adquirindo senso de identidade, valores e objetivos pessoais (incerteza sobre identidade sexual e vocacional)

Erikson, E.H. (1976): Infância e sociedade (2ª ed.). (G. Amado, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

Erikson, E.H. (1976): Identidade: Juventude e crise (2ª ed.). (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

Helen Bee; Denise Boyd. A Criança em Desenvolvimento. ArtMed. Porto Alegre. 2011

Características da adolescência



. Jean Piaget – 1896 - 1980

Psicólogo - Cognitivo

. criança desenvolve “entendimentos ou “teorias”, em uma busca ativa para entender o mundo

. passam pelos mesmos tipos de descobertas sequenciais, com os mesmos tipos de erros e chegando as mesmas conclusões

. O processo de adaptacao é constituído por assimilação, acomodação e equilibração

. Piaget. J. A Vida e o Pensamento do Ponto de Vista da Psicologia Experimental e da Epistemologia Genética. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

. Piaget. J. A Epistemologia Genética. Trad. Nathanael C. Caixeira. Petrópolis: Vozes,

. Helen Bee; Denise Boyd. A Criança em Desenvolvimento. ArtMed. Porto Alegre. 2011

Características da adolescência



. **Jean Piaget – 1896 - 1980**

Psicólogo - Cognitivo

Sensório-motor (0 – 2 anos);

Pré-operatório (2 – 7,8 anos);

Operatório-concreto (8 – 11 anos);

Operatório-formal (8 – 14 anos);

. Piaget. J. A Vida e o Pensamento do Ponto de Vista da Psicologia Experimental e da Epistemologia Genética. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

. Piaget. J. A Epistemologia Genética. Trad. Nathanael C. Caixeira. Petrópolis: Vozes,

. Helen Bee; Denise Boyd. A Criança em Desenvolvimento. ArtMed. Porto Alegre. 2011

Características da adolescência



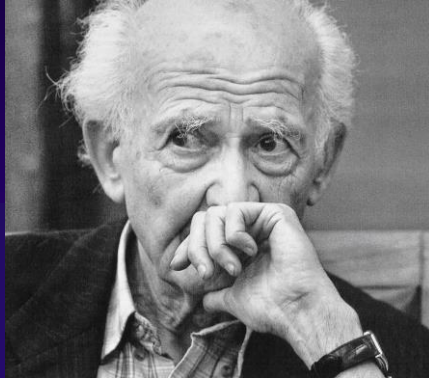
. Jean Piaget – 1896 - 1980 Psicólogo - Cognitivo

ADOLESCENTE:

- . Atingindo o ápice do Raciocínio lógico dedutivo
- . Capacidade de processamento de informações, formulando hipóteses
- . Capacidade metacognitiva: pensar sobre o pensar, raciocínio abstrato – raciocínio filosófico, religioso, político e de propósitos. (liberdade X angústia)

- . Piaget. J. A Vida e o Pensamento do Ponto de Vista da Psicologia Experimental e da Epistemologia Genética. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- . Piaget. J. A Epistemologia Genética. Trad. Nathanael C. Caixeira. Petrópolis: Vozes,
- . Helen Bee; Denise Boyd. A Criança em Desenvolvimento. ArtMed. Porto Alegre. 2011

Características da adolescência

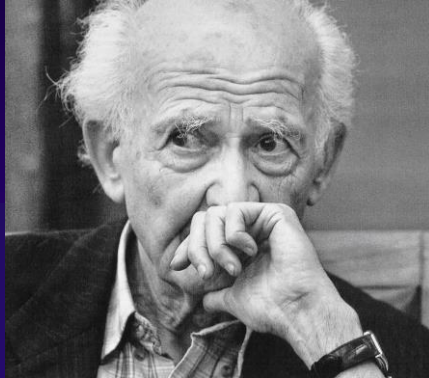


. Zygmunt Bauman – 1925 Sociólogo

- . Constituição do sujeito pós moderno
- . Liquidez das relações “as relações escorrem pelo vão dos dedos”
- . relações amorosas deixam de ter aspecto de união e passam a ser mero acúmulo de experiências – Amor Líquido.
- . Insegurança constituindo a personalidade – Medo Líquido.

- . O Mal-Estar da Pós-Modernidade. 1997. Editora Zahar
- . Amor Líquido: Sobre a Fragilidade dos Laços Humanos. 2003. Editora Zahar
- . Medo líquido. 2006. Editora Zahar

Características da adolescência



. Zygmunt Bauman – 1925 Sociólogo

ADOLESCENTE:

- . Medo de não garantir o seu futuro, não conseguir se fixar na estrutura social, integridade física.
- . Relacionamentos superficiais, sem compromisso, pautados no prazer momentâneo, “nada e para durar”.
- . Dúvida quanto aos valores tradicionais, dando lugar a lógica do agora, do consumo, do gozo e da artificialidade.

- . O Mal-Estar da Pós-Modernidade. 1997. Editora Zahar
- . Amor Líquido: Sobre a Fragilidade dos Laços Humanos. 2003. Editora Zahar
- . Medo líquido. 2006. Editora Zahar

Características da adolescência



. Maturação do Eixo Neuroendócrino

. Amadurecimento dos eixos:

Hipotálamo – Hipófise – Adrenal

Hipotálamo – Hipófise – Gonadas

Estadiamento Puberal de Tanner

M (mama)

G (genital masculino)

P (pilificação)

Características da adolescência

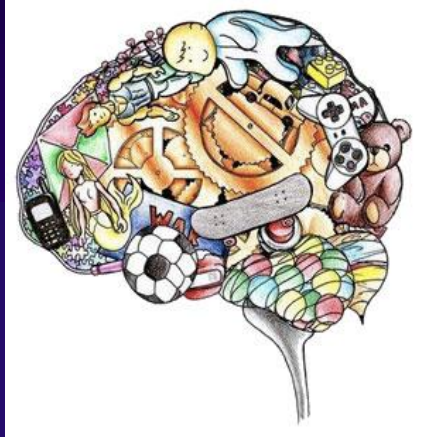


. Maturação do Eixo Neuroendócrino

ADOLESCENTE:

- . Estirão – crescimento corporal
- . Mudanças corporais intensas – dúvidas, expectativas
- . Ganho de musculatura e reorganização do esquema corporal
- . Menstruação - ejaculação

Características da adolescência



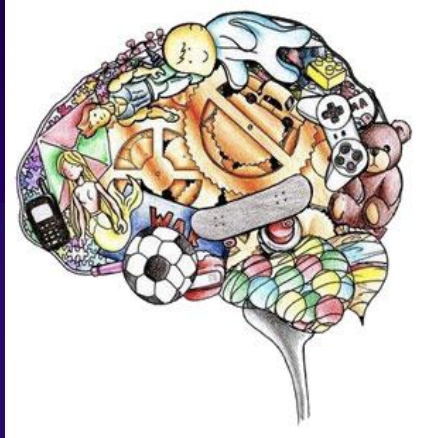
. Neurobiologico

ADOLESCENTE:

• Na adolescência primeiro se desenvolve as áreas responsáveis pela emoção: diferentes trajetórias do desenvolvimento de regiões límbicas subcorticais nesta idade.

. Caminhando para o final da adolescência e idade adulta ocorre progressiva mudança de controle para a região cortical, em especial o córtex pré-frontal, responsável pelo controle cognitivo e funções executivas.

Características da adolescência



. Neurobiológico

ADOLESCENTE:

- . Maior exposição a riscos
- . Grande reatividade emocional
- . Menor planejamento e controle das ações



Diferenças entre tentativa de suicidio e auto-lesão não suicida

Suicide attempt	Non-suicidal self-injury ("parasuicide")
- Intending to end one's life - May be impulsive, but in most of the cases there is a chronic feeling of hopelessness or loneliness - More severe and life-threatening forms of self-destructive behaviours are typical (e.g., self-poisoning, hanging, jumping, use of firearms)	- No suicidal intent - Emotional state is acute anger, despair or intolerable distress - Less severe and mostly not life-threatening forms of self-destructive behaviours are typical (e.g., skin lesions by biting, cutting, burning or freezing)
There is a clear risk that suicide attempts are repeated, but to a lesser frequency than non-suicidal self-injuries	- Typically, the person is aware that the behaviour may cause serious injury, but is not life-threatening - Recurrent self-injury is common

Tentativa de suicídio:

- . **Intensão de morrer**
- . **Pode ser impulsivo, mas geralmente sentimento de desespero e solidão**
- . **Uso de formas mais severas de atentar contra si**
- . **Grande chance de nova tentativa**

Diferenças entre tentativa de suicídio e auto-lesão não suicida

Suicide attempt	Non-suicidal self-injury ("parasuicide")
- Intending to end one's life - May be impulsive, but in most of the cases there is a chronic feeling of hopelessness or loneliness - More severe and life-threatening forms of self-destructive behaviours are typical (e.g., self-poisoning, hanging, jumping, use of firearms)	- No suicidal intent - Emotional state is acute anger, despair or intolerable distress - Less severe and mostly not life-threatening forms of self-destructive behaviours are typical (e.g., skin lesions by biting, cutting, burning or freezing)
There is a clear risk that suicide attempts are repeated, but to a lesser frequency than non-suicidal self-injuries	- Typically, the person is aware that the behaviour may cause serious injury, but is not life-threatening - Recurrent self-injury is common

Auto-lesão não suicida:

- . Sem intensão de morrer
- . Estado emocional de raiva, desespero, aflição
- . Formas menos severas de atentar conta si – podem causar grandes injúrias, superando a de um ato suicida
- . Lesões com grande periodicidade

Critérios Propostos

- A. No último ano, o indivíduo se engajou, em cinco ou mais dias, em dano intencional autoinfligido à superfície do seu corpo provavelmente induzindo sangramento, contusão ou dor (p. ex., cortar, queimar, ferrar, bater, esfregar excessivamente), com a expectativa de que a lesão levará somente a um dano físico menor ou moderado (i.e., não há intenção suicida).

Nota: A ausência de intenção suicida foi declarada pelo indivíduo ou pode ser inferida por seu engajamento repetido em um comportamento que ele sabe, ou aprendeu, que provavelmente não resultará em morte.

- B. O indivíduo se engaja em comportamento de autolesão com uma ou mais das seguintes expectativas:

1. Obter alívio de um estado de sentimento ou de cognição negativos.
2. Resolver uma dificuldade interpessoal.
3. Induzir um estado de sentimento positivo.

Nota: O alívio ou resposta desejada é experimentado durante ou logo após a autolesão, e o indivíduo pode exibir padrões de comportamento que sugerem uma dependência em repetidamente se envolver neles.

- C. A autolesão intencional está associada a pelo menos um dos seguintes:

1. Dificuldades interpessoais ou sentimentos ou pensamentos negativos, tais como depressão, ansiedade, tensão, raiva, angústia generalizada ou autocrítica, ocorrendo no período imediatamente anterior ao ato de autolesão.
2. Antes do engajamento no ato, um período de preocupação com o comportamento pretendido que é difícil de controlar.
3. Pensar na autolesão que ocorre frequentemente, mesmo quando não é praticada.

- D. O comportamento não é socialmente aprovado (p. ex., *piercing* corporal, tatuagem, parte de um ritual religioso ou cultural) e não está restrito a arrancar casca de feridas ou roer as unhas.

- E. O comportamento ou suas consequências causam sofrimento clinicamente significativo ou interferência no funcionamento interpessoal, acadêmico ou em outras áreas importantes do funcionamento.

- F. O comportamento não ocorre exclusivamente durante episódios psicóticos, *delirium*, intoxicação por substâncias ou abstinência de substâncias. Em indivíduos com um transtorno do neu-

Auto-lesão não suicida:



Aumento da
tensão



Falso alívio



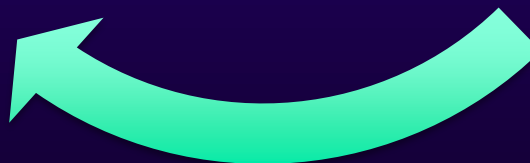
Suicídio na adolescência



Dificuldade de
lidar com as
emoções



autolesão



Auto-lesão não suicida:

Suicídio na adolescência

Diagnosticos associados a Auto-lesão não suicida:

- . Depressão – 92,5%**
- . TOC – 57,5%**
- . TEPT – 40%**
- . Ansiedade – 37,5%**
- . Transtornos Alimentares – 25%**

Auto-lesão não suicida:

Suicídio na adolescência

Transtornos de personalidade associados a Auto-lesão não suicida:

. 62,5% de associacao autolesao – personalidade

- . Personalidade Obsessiva compulsiva**
- . Personalidade Histrionica**
- . Personalidade Borderline**

North America:

1. Unintended Injuries
2. Suicide
3. Homicide
4. Cancer
5. Other Inf
6. AIDS

00 population), both sexes, 2012

Africa:

1. AIDS
2. Other in
3. Homicide
4. Uninten
5. Suicide

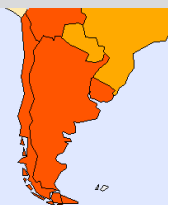
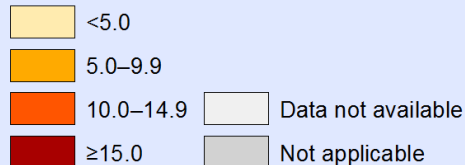
Europe:

1. Unintended Injuries
2. Suicide
3. Homicide/War
4. Other
5. AIDS

South America/Caribbean:

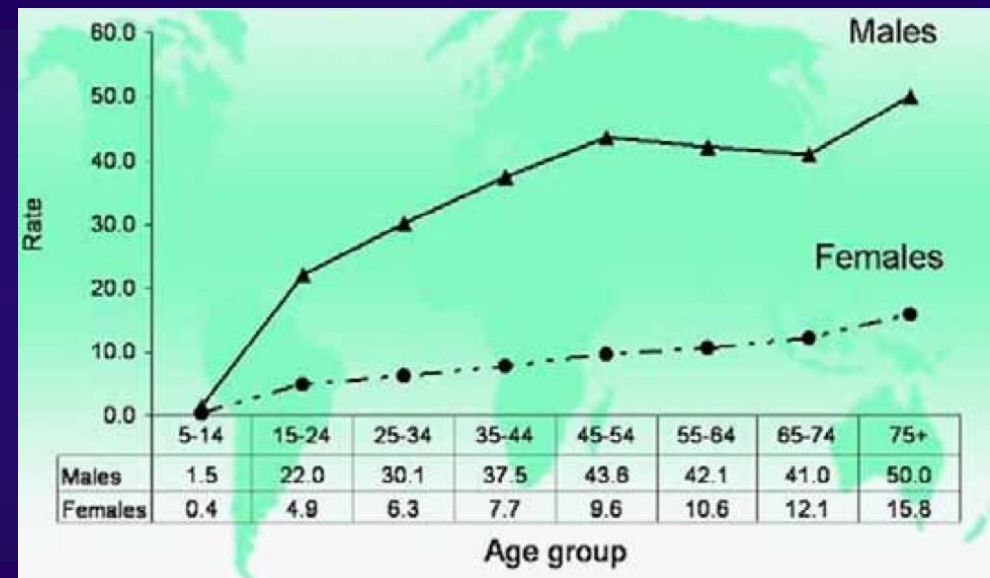
1. Homicide/War
2. Unintended Injuries
3. Suicide
4. Other Infections
5. AIDS

Suicide rate (per 100 000 population)



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authority or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Epidemiologia



. Data from 2000; Source WHO

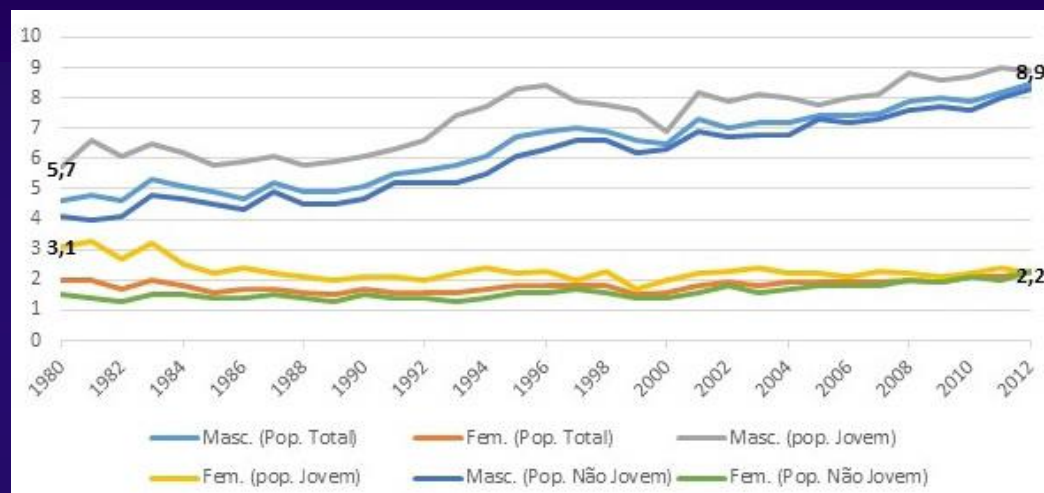
Epidemiologia

. Distribuição das taxas de suicídio por faixa etária e sexo em 2012, total dos suicídios em números brutos e em taxas nos anos 2000 e 2012 por sexo e idade, e a variação das taxas de suicídio (%) entre 2000 e 2012 por sexo e idade

Sexo	Total de Suicídios	Taxas de suicídio por faixa etária (2012)						Taxa de Suicídio (2012)	Taxa de suicídio (2000)	% de variação da taxa de suicídio 2000-2012
		Todas idades	5-14 anos	15-29 anos	30-49 anos	50-69 anos	70+ anos			
Ambos	11.821	6,00	0,40	6,70	8,40	8,00	9,80	5,80	5,30	10,40%
Mulheres	2623	2,60	0,30	2,60	3,70	3,80	3,30	2,50	2,10	17,80%
Homens	9198	9,40	0,40	10,70	13,30	12,70	18,50	9,40	8,70	8,20%

. Data from 2014; Source WHO

Epidemiologia no Brasil



- . Brasil segue a tendência mundial em que os homens se suicidam mais que as mulheres
- . Aumento nos óbitos por suicídio em todas os grupos etários, menos entre as mulheres jovens
- . O maior aumento da taxa de suicídio foi entre os homens jovens, saltando de 5,7 em 1980 para 8,9 em 2012, um incremento de 54,1%

Epidemiologia



No ano de 2009, resposta quanto aos últimos 12 meses:

- . Consideração grave de tentar o suicídio: 13,8%**
- . Planos suicidas: 10,9%**
- . Tentativa de suicídio (uma ou mais): 6,3%**

Epidemiologia

Autolesão não suicida:

- . Reino Unido 2014: aumento de 70% com relação aos dois anos anteriores (idade 10 a 14 anos)
- . Faixa etária até os 30 anos: 20% com pelo menos 1 episódio.

. Fatores de risco

- Previous suicide attempt
- Psychopathology
 - Especially major depressive disorder, bipolar disorder, conduct disorder, and substance use disorders
 - Psychiatric co-morbidity, especially the combination of mood, disruptive, and substance use disorders
 - Dysfunctional personality traits (especially antisocial, borderline, histrionic, and narcissistic traits)
 - Feelings of hopelessness and worthlessness
 - Impulsive aggression: the tendency to react to frustration or provocation with hostility or aggression
- Family factors
 - A family history of depression or suicide
 - Loss of a parent through death or divorce
 - Family discord
- Physical and sexual abuse
- Lack of a support network, poor relationships with peers and feelings of social isolation
- “Coming out” or dealing with homosexual feelings in an unsupportive family, community or school environment
- Availability of lethal means
- Having been exposed to suicide (e.g., suicide or suicide attempt in family members or friends; media reporting)

. Fatores de risco

- Previous suicide attempt
- Psychopathology
 - Especially major depressive disorder, bipolar disorder, conduct disorder, and substance use disorders
 - Psychiatric co-morbidity, especially the combination of mood, disruptive, and substance use disorders
 - Dysfunctional personality traits (especially antisocial, borderline, histrionic, and narcissistic traits)
 - Feelings of hopelessness and worthlessness
 - Impulsive aggression: the tendency to react to frustration or provocation with hostility or aggression
- Family factors
 - A family history of depression or suicide
 - Loss of a parent through death or divorce
 - Family discord
- Physical and sexual abuse
- Lack of a support network, poor relationships with peers and feelings of social isolation
- "Coming out" or dealing with homosexual feelings in an unsupportive family, community or school environment
- Availability of lethal means
- Having been exposed to suicide (e.g., suicide or suicide attempt in family members or friends; media reporting)

1- Tentativa prévia

. Um dos mais importantes preditores de tentativas futuras e suicídios

. Aproximadamente 30% dos suicídios tiveram uma tentativa prévia

. Após uma tentativa, o risco de uma nova tentativa aumenta 20 vezes

. O risco de uma tentativa grave é fortemente associada ao número de tentativas prévias

. Spirito and Esposito-Smythers, 2006

. Fatores de risco

- Previous suicide attempt
- Psychopathology
 - Especially major depressive disorder, bipolar disorder, conduct disorder, and substance use disorders
 - Psychiatric co-morbidity, especially the combination of mood, disruptive, and substance use disorders
 - Dysfunctional personality traits (especially antisocial, borderline, histrionic, and narcissistic traits)
 - Feelings of hopelessness and worthlessness
 - Impulsive aggression: the tendency to react to frustration or provocation with hostility or aggression
- Family factors
 - A family history of depression or suicide
 - Loss of a parent through death or divorce
 - Family discord
- Physical and sexual abuse
- Lack of a support network, poor relationships with peers and feelings of social isolation
- "Coming out" or dealing with homosexual feelings in an unsupportive family, community or school environment
- Availability of lethal means
- Having been exposed to suicide (e.g., suicide or suicide attempt in family members or friends; media reporting)

2- Transtornos Psiquiátricos

- . Grande fator de risco para suicídio em crianças e adolescentes
- . Presente em 90% dos suicídios
- . Principais quadros:
 - Transtornos de Humor: depressão , TAB
 - Personalidade
 - Abuso de substâncias
 - Psicoses

. Fatores de risco

- Previous suicide attempt
- Psychopathology
 - Especially major depressive disorder, bipolar disorder, conduct disorder, and substance use disorders
 - Psychiatric co-morbidity, especially the combination of mood, disruptive, and substance use disorders
 - Dysfunctional personality traits (especially antisocial, borderline, histrionic, and narcissistic traits)
 - Feelings of hopelessness and worthlessness
 - Impulsive aggression: the tendency to react to frustration or provocation with hostility or aggression
- Family factors
 - A family history of depression or suicide
 - Loss of a parent through death or divorce
 - Family discord
- Physical and sexual abuse
- Lack of a support network, poor relationships with peers and feelings of social isolation
- "Coming out" or dealing with homosexual feelings in an unsupportive family, community or school environment
- Availability of lethal means
- Having been exposed to suicide (e.g., suicide or suicide attempt in family members or friends; media reporting)

2- Transtornos Psiquiátricos

. Comportamentos de risco e vulnerabilidade:

- comportamento impulsivo e agressivo – em resposta a frustração
- Comportamentos disruptivos
- Desespero, desesperança, fracasso, falta de alternativas

. Fatores de risco

- Previous suicide attempt
- Psychopathology
 - Especially major depressive disorder, bipolar disorder, conduct disorder, and substance use disorders
 - Psychiatric co-morbidity, especially the combination of mood, disruptive, and substance use disorders
 - Dysfunctional personality traits (especially antisocial, borderline, histrionic, and narcissistic traits)
 - Feelings of hopelessness and worthlessness
 - Impulsive aggression: the tendency to react to frustration or provocation with hostility or aggression
- Family factors
 - A family history of depression or suicide
 - Loss of a parent through death or divorce
 - Family discord
- Physical and sexual abuse
- Lack of a support network, poor relationships with peers and feelings of social isolation
- "Coming out" or dealing with homosexual feelings in an unsupportive family, community or school environment
- Availability of lethal means
- Having been exposed to suicide (e.g., suicide or suicide attempt in family members or friends; media reporting)

3- História familiar:

. Histórico de alterações psicopatológicas e comportamento suicida na família é associado ao aumento de risco na prole

. Crianças filhas de pais com transtornos de humor tem maior probabilidade de tentativas de suicídio

. Fatores de risco

- Previous suicide attempt
- Psychopathology
 - Especially major depressive disorder, bipolar disorder, conduct disorder, and substance use disorders
 - Psychiatric co-morbidity, especially the combination of mood, disruptive, and substance use disorders
 - Dysfunctional personality traits (especially antisocial, borderline, histrionic, and narcissistic traits)
 - Feelings of hopelessness and worthlessness
 - Impulsive aggression: the tendency to react to frustration or provocation with hostility or aggression
- Family factors
 - A family history of depression or suicide
 - Loss of a parent through death or divorce
 - Family discord
- Physical and sexual abuse
- Lack of a support network, poor relationships with peers and feelings of social isolation
- "Coming out" or dealing with homosexual feelings in an unsupportive family, community or school environment
- Availability of lethal means
- Having been exposed to suicide (e.g., suicide or suicide attempt in family members or friends; media reporting)

4- Adversidades

- . **Abuso físico e sexual, violência doméstica**
- . **Falta de estabilidade psicossocial: troca frequente de residência, ausência de inserção social**
- . **Bullying**
- . **Problemas com a Justiça e disciplinares**
- . **Dificuldades escolares**
- . **Entendimento e receptividade quanto a sexualidade**

. Quin et al, 2009. Afifi et al, 2008. Brezo et al, 2008. Thompson et al, 2005. Klomek et al, 2009. Ryan et al, 2009.

tumblr.

Come for what you love.
Stay for what you discover.

Get Started

Log In

 Here's what's trending

Suicídio na adolescência



facebook.





A Terrível História da Peppa Pig: Creepypasta

EuTeConto • 151K views • 9 months ago

Peppa Pig é um desenho adorável criado especialmente para as crianças, porém você jamais imaginaria a triste e terrível ...



Peppa Pig -O Suicídio da Peppa Pig #1

Peppa Pig Da Zueira • 269 views • 1 year ago

Olá Meu nome é Arthur so novo aqui no YouTube o conteúdo do canal e da Peppa Pig Da zueira Se gosto do vídeo deixe seu ...



YTPBR - Peppa Pig - Acampamento Maldito

Dollynho da Noitosfera • 4.8M views • 1 year ago

Hemorragia Epiléptica Criado Por Gustavo e Julio Facebook - <https://www.facebook.com/DollynhodaNoitosfera> Twitter ...



Facebook

Patrocinado ·



O Dia de Prevenção ao Suicídio é em setembro. Entrar em contato com amigos que estejam passando por um momento de dificuldade pode fazer a diferença e temos as ferramentas para ajudar. <https://fb.me/fb/SuicidePrevention>

☒ Ocultar publicação

Ver menos publicações

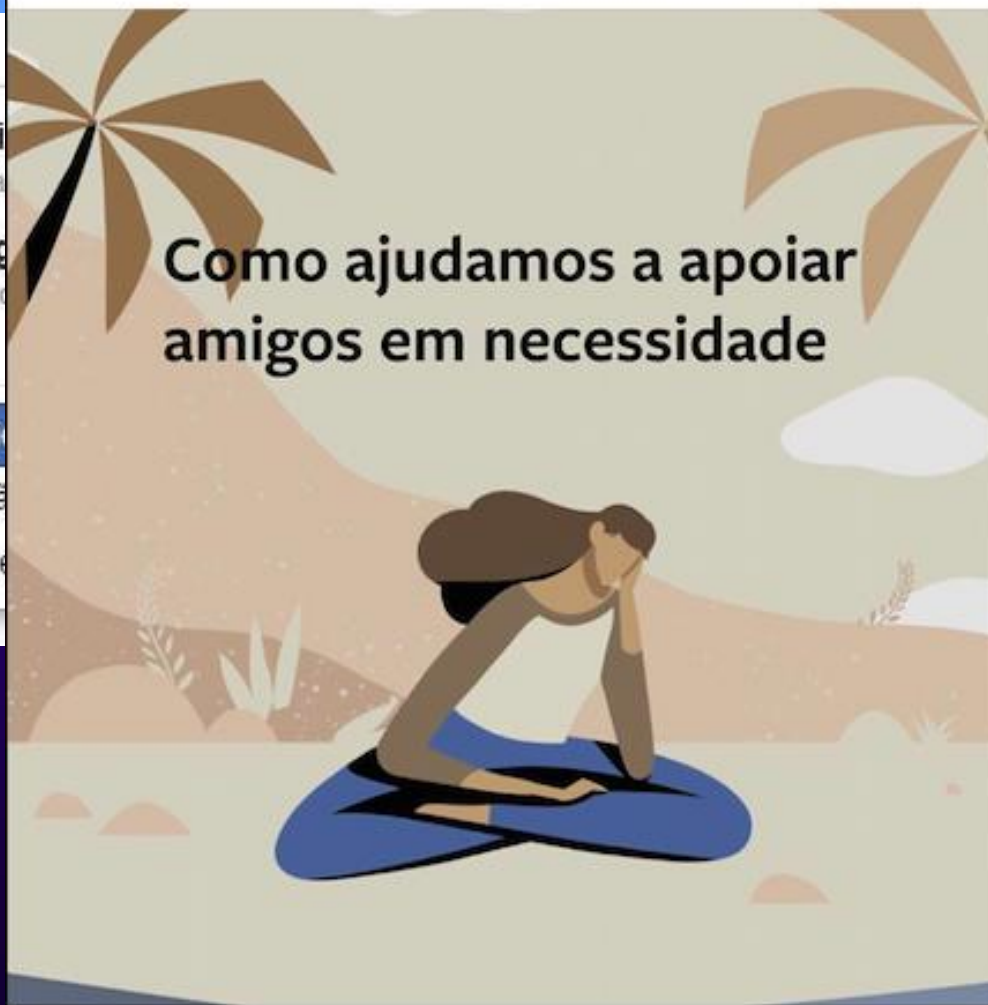
☒ Deixar de seguir

Parar de ver publicações de amigo

Denunciar publicação

Salvar publicação

Ativar notificações



na adolescência



VOCÊ?

ajudar?

Se sua publicação acha que você pode estar passando por uma situação difícil, Se quiser apoio, estamos aqui para ajudar.

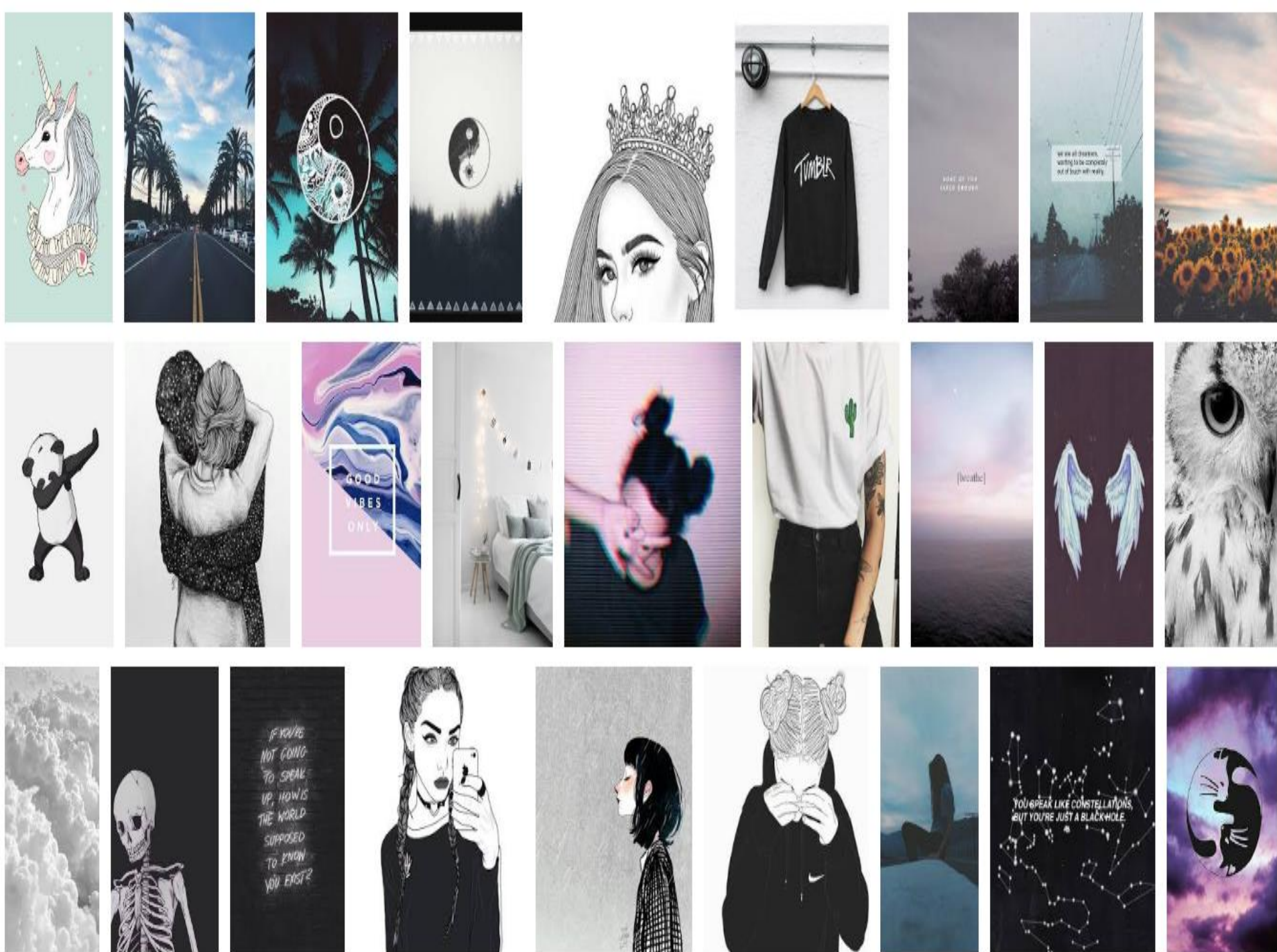
ou ligue para alguém de sua confiança.

Com uma linha de ajuda

ajudar você a enfrentar a situação.

maneiras para lidar com a situação.

Notícias do Facebook.



Casos de Polícia

📅 28/07/17 19:47 🕒 28/07/17 20:18

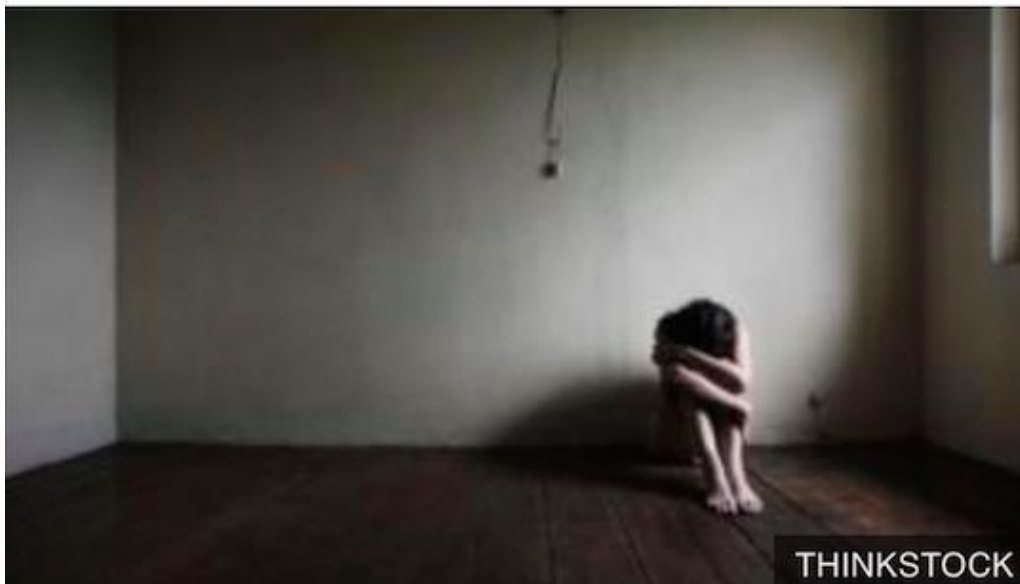
Pais de jovem que transmitiu morte ao vivo são encontrados mortos em casa



Suicídio na adolescência

Jogo da Baleia Azul: Até que ponto devemos nos preocupar?

🕒 29 abril 2017



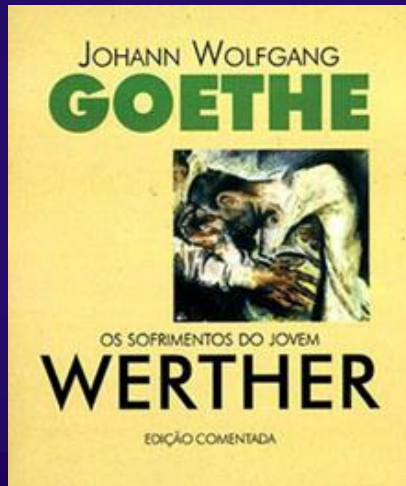
THINKSTOCK

Brasil é o oitavo país do mundo em número de suicídios; 5,8% da população sofre de depressão



Suicídio na adolescência

. Mídia e o “Efeito Werther”



- . “Os Sofrimentos do jovem Werther”, romance de Goethe em que o protagonista se mata após fracasso amoroso, surtiu efeito desastroso, gerando muitos suicídios juvenis em toda a Europa no século XVIII.
- . aumento de suicídios no mês seguinte a ocorrências altamente divulgadas.



COMPORTAMENTO Suicida: Conhecer para prevenir

dirigido para profissionais de imprensa

Edição:



Orientações sobre como abordar o suicídio na imprensa. Preservando o direito à informação e colaborando para a prevenção.

Suicídio na adolescência

RECOMMENDATIONS FOR REPORTING ON SUICIDE

Developed in collaboration with American Association of Suicidology, American Psychiatric Association, American Psychological Association, American Public Policy Center, Associated Press Managing Editors, Canterbury Suicide Project, University of Oregon, Christchurch, New Zealand, Columbia University Department of Psychiatry, Connecticut Suicide Prevention, International Association for Suicide Prevention Task Force on Media and Suicide, Medical University of Vienna, National Alliance on Mental Illness, National Institute of Mental Health, National News Photographers Association, New York State Psychiatric Institute, Suicide Abuse and Mental Health Services Administration, Suicide Awareness Voices of Education, Suicide Prevention Research Center, The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and UCLA School of Public Health, Community Health Sciences.

IMPORTANT POINTS FOR COVERING SUICIDE

- More than 50 research studies worldwide have found that certain types of news coverage can increase the likelihood of suicide in vulnerable individuals. The magnitude of the increase is related to the amount, duration and prominence of coverage.
- Risk of additional suicides increases when the story explicitly describes the suicide method, uses dramatic/graphic headlines or images, and repeated/extensive coverage sensationalizes or glamorizes a death.
- Covering suicide carefully, even briefly, can change public misperceptions and correct myths, which can encourage those who are vulnerable or at risk to seek help.

Suicide is a public health issue. Media and online coverage of suicide should be informed by using best practices. Some suicide deaths may be newsworthy. However, the way media cover suicide can influence behavior negatively by contributing to contagion or positively by encouraging help-seeking.

Suicide Contagion or "Copycat Suicide" occurs when one or more suicides are reported in a way that contributes to another suicide.

References and additional information can be found at: www.ReportingOnSuicide.org.

INSTEAD OF THIS: ❌

- Big or sensationalistic headlines, or prominent placement (e.g., "Kurt Cobain Used Shotgun to Commit Suicide").
- Including photos/videos of the location or method of death, grieving family, friends, memorials or funerals.
- Describing recent suicides as an "epidemic," "skyrocketing," or other strong terms.
- Describing a suicide as inexplicable or "without warning."
- "John Doe left a suicide note saying..."
- Investigating and reporting on suicide similar to reporting on crimes.
- Quoting/interviewing police or first responders about the causes of suicide.
- Referring to suicide as "successful," "unsuccessful" or a "failed attempt."

DO THIS: ✅

- Inform the audience without sensationalizing the suicide and minimize prominence (e.g., "Kurt Cobain Dead at 27").
- Use school/work or family photo; include hotline logo or local crisis phone numbers.
- Carefully investigate the most recent CDC data and use non-sensational words like "rise" or "higher."
- Most, but not all, people who die by suicide exhibit warning signs. Include the "Warning Signs" and "What to Do" sidebar (from p. 2) in your article if possible.
- "A note from the deceased was found and is being reviewed by the medical examiner."
- Report on suicide as a public health issue.
- Seek advice from suicide prevention experts.
- Describe as "died by suicide" or "completed" or "killed him/herself."

HELPFUL SIDE-BAR FOR STORIES

WARNING SIGNS OF SUICIDE

- Talking about wanting to die
- Looking for a way to kill oneself



AVOID MISINFORMATION AND OFFER HOPE

- Suicide is complex. There are almost always multiple causes.



Suicídio na adolescência





Internet Searches for Suicide Following the Release of 13 Reasons Why

jamanetwork.com



JAMA

57 min •

As pesquisas de suicídio do Google subiram nos 19 dias seguintes ao lançamento de 13 razões. Termos de pesquisa incluídos

Como cometer suicídio
Cometer suicídio
Como se matar
Número de linha direta do suicídio
Linha direta do suicídio
Prevenção do suicídio
Teen suicide

⚙️ · Classifique essa tradução

Diagnosticado com depressão, youtuber Felipe Neto faz alerta sobre suicídio

Dono de um dos canais mais vistos do Brasil, ele fez um vídeo diante da popularização do 'jogo' na internet

T+

T-



postado em 18/04/2017 08:19 / atualizado em 18/04/2017 10:39



Diário de Pernambuco



ER



+ More

Youtuber faz 13 alertas sobre a série 13 Reasons Why, da Netflix

Alerta sobre efeitos negativos da "romantização" do suicídio

Vídeo

Diário de Pernambuco

Publicado em: 10/04/2017 17:40 Atualizado em: 11/04/2017 22:02

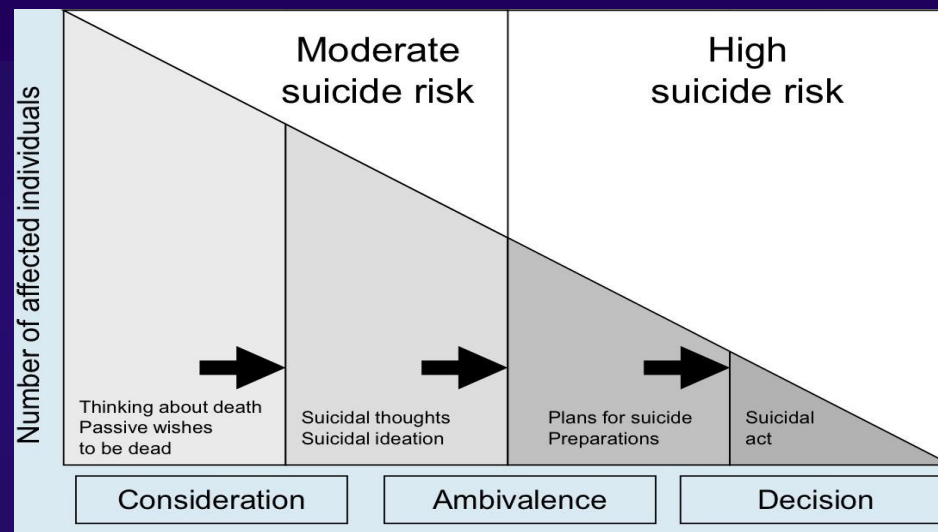
13 parágrafos de alerta sobre

THIRTEEN REASONS WHY



Youtuber alerta sobre efeito Werther, reação estimulada por suicídio romantizado. Foto: Montagem/Facebook

. Comportamento suicida



- . Podemos entender como um continuum que vai desde pensamentos sobre morte ate atos suicidas
- . Pode ter um padrão gradual de gravidade

. Comportamento suicida

- . Suicídio na adolescência ocorre geralmente em um momento de crise
- . Nessa crise, algumas características estão presentes:
 - Predisposição: história familiar, transtorno psiquiátrico
 - Gatilho: evento deflagrador de sentimentos de vazio, abandono, medo, raiva
 - Falcitadores: situações que prejudicam o juízo crítico: uso de álcool e drogas, identificação com ação de ídolos, pessoas próximas e de grande estima
 - Oportunidade: acesso aos meios de cometer o ato

NSW Department of Health (2004, p20).

	High risk	Medium risk	Low risk
'At risk' mental state - Depressed - Psychotic - Hopelessness, despair - Guilt, shame, anger, agitation - Impulsivity	Examples: - Severe depression - Command hallucinations or delusions about dying - Preoccupied with hopelessness, despair, feelings of worthlessness - Severe anger, hostility.	Examples: - Moderate depression - Some sadness - Some symptoms of psychosis - Some feelings of hopelessness - Moderate anger, hostility.	Examples: - Nil or mild depression, sadness - No psychotic symptoms - Feels hopeful about the future - None/mild anger, hostility.
Suicide attempt or suicidal thoughts - Intentionality - Lethality - Access to means - Previous suicide attempts	Examples: - Continual/specific thoughts - Evidence of clear intention - An attempt with high lethality (ever).	Examples: - Frequent thoughts - Multiple attempts of low lethality - Repeated threats.	Examples: - Nil or vague thoughts - No recent attempt or one recent attempt of low lethality and low intentionality.
Substance disorder (current misuse of alcohol and other drugs)	Current substance intoxication, abuse or dependence.	Risk of substance intoxication, abuse or dependence.	Nil or infrequent use of substances.
Corroborative history - Family, carers - Medical records - Other service providers and sources	Unable to access information, unable to verify information, or there is a conflicting account of events to that of those of the person at risk.	- Access to some information - Doubts about plausibility of person's account of events.	Able to access or verify information and account of events of person at risk (logic, plausibility).
Strengths and supports (coping & connectedness) - Expressed communication - Availability of supports - Willingness and capacity of support persons	Examples: - Patient is refusing help - Lack of supportive relationships or hostile relationships - Relatives or friends not available, unwilling or unable to help - Parental mental illness - Violence or substance misuse in the family.	Examples: - Patient is ambivalent - Moderate connectedness - Few relationships, may be available but unwilling or unable to help consistently - Moderate mental symptoms in family members - Some instability or dysfunctional parenting.	Examples: - Patient is accepting help - Therapeutic alliance forming - Highly connected, good relationships and supports - Relationships willing and able to help consistently - Supporting family environment.
Reflective practice - Level & quality of engagement - Changeability of risk level - Assessment confidence in risk level	- Low assessment confidence or high changeability or no rapport - Poor engagement		- High assessment confidence and low changeability - Good rapport, engagement.

High risk or high changeability or low assessment confidence: Re-assess within 24 hours

- Ensure the patient is in an appropriately safe and secure environment
- Organise re-assessment within 24 hours
- Organise ongoing management and close monitoring
- Make contingency plans for rapid re-assessment if distress or symptoms escalate.

Medium risk (significant but moderate risk): Re-assess within one week

- Organise re-assessment within one week
- Make contingency plans for rapid re-assessment if distress or symptoms escalate

Low risk (definite but low suicide risk): Re-assess within one month

- Organise re-assessment within one month (timeframe for review should be determined based on clinical judgment)
- Reassess within one week after discharge from an in-patient unit
- Provide written information on 24-hour access to suitable clinical care

Suicídio na adolescência

Mensagens para o adolescente:

- A principal preocupação é a segurança que deve ser garantida da melhor maneira possível
- O tratamento é confidencial, a menos que exista permissão para discuti-lo com outros profissionais ou a menos que haja riscos para o jovem ou outras pessoas
- Muitos jovens pensam sobre a morte ou suicídio
- Quase todas as decisões que podem ser tomadas, podem ser alteradas. No entanto, a morte é final e irrevogável. Devemos ter tempo para refletir sobre pensamentos de morte.
- É importante saber mais sobre o adolescente, para juntos compreendermos as circunstâncias para a crise
- Todos os jovens com ideação suicida tem razões para os seus pensamentos, mas na maioria dos casos essas razões mudam ao longo do tempo
- Juntos, podemos encontrar uma saída para a situação - mesmo que isso pareça fora de alcance no momento
- Como um primeiro passo, tentar formular um planejamento de ações e contingência, com o adolescente e os responsáveis.

Suicídio na adolescência

Mensagem para os pais, familiares e cuidadores:

- pensamentos suicidas não são incomuns em jovens, porém na maioria dos casos é uma questão de momento e pode ser superado dentro de um intervalo de tempo. Importante discutir conjuntamente cada passo de como abordar o problema.
- Como qualquer tratamento médico, o sigilo se faz presente. Porém dentro do curso do tratamento, é importante estabelecer contato com outros profissionais (por exemplo, professores, psicólogos). No entanto, o contato só será estabelecido com o consentimento dos pais e do adolescente ou se houver risco para o jovem.
- A primeira prioridade é garantir a segurança do seu filho. estrita supervisão é necessária até que possamos estimar o risco de suicídio. Dependendo do risco estimado, vamos decidir, juntamente com a família e o jovem, as opções de tratamento
- Para lidar com comportamento suicida é importante uma estreita cooperação entre o profissional, adolescente, família e equipe de tratamento. Os pais devem receber informações específicas sobre a configuração do projeto terapêutico.

Suicídio na adolescência

Mensagem para professores e escola:

- Quando o jovem retorna para as atividades escolares, uma estimativa de risco foi feita para a tomada dessa decisão
- Um plano de contingência deve ser elaborado para eventuais problemas. Isto inclui aconselhamento específico sobre o que o pessoal da escola pode fazer e quem deve procurar em caso de preocupação com o estudante
- Como a escola é uma parte importante da vida de uma pessoa jovem, os professores e outros funcionários da escola pode ser útil no reestabelecimento do estudante
- Os professores devem se comunicar regularmente com o aluno e os pais para acompanhar o seu progresso
- Os pensamentos de morte são dinâmicos e não uma condição estática. Conseqüentemente, os alunos podem experimentar uma crise novamente. Os professores devem se manter abertos para escutarem os jovens ou ver se existe uma piora. Evite discutir com o jovem ou dar conselhos precipitados.

Suicídio na adolescência

Mensagem para professores e escola:

- Estratégias gerais em caso de uma crise suicida podem incluir:
 - Não deixe o estudante suicida sozinho, mesmo que por um curto período de tempo; deixa-lo em local seguro, com pouco movimento de pessoas.
 - Pergunte se eles está na posse de objetos potencialmente perigosos ou medicamentos . Se o aluno têm itens perigosos, tente persuadi-lo a entregá-lo, evitando embates
 - Se um estudante mantém objetos perigosos, está agitado, e faz declarações claramente suicidas, é o momento de pedir ajuda: vigilantes, outros profissionais, acionar ambulâncias
 - Se o aluno está cooperativo, entre em contato com os pais e peça para buscar o filho
 - Mostrar solidariedade ao ocorrido e colocar-se disponível para entrar em contato com os profissionais de cuidam do jovem
- Os funcionários da escola devem documentar todas as ações tomadas.

gshow



Marjorie
autoflag
em 'Sob
angústia

Médica da série
atitude da pers

"O autoflag
Carolina par
algo da cabe
angústia im
psicológica e
mecanismo
que ela ti
cabeça", ex



Carolina corta o próprio corpo em 'Sob Pressão' (Foto: Globo/Mauricio Fidalgo)

"Através do corte ela se
apazigua de certa forma.
Isso se tornou um método.
É a isso que ela recorre
quando não dá conta",
tenta compreender a atriz.



SENADO FEDERAL

**COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DESTINADA A
INVESTIGAR MAUS -TRATOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
(CPI DOS MAUS -TRATOS)**

Além disso, vislumbra-se a possibilidade de desdobramentos no processo de investigação com o conhecimento de outros fatos relacionados à causa primária desta CPI, ou seja, maus-tratos em todas as suas modalidades.

Vale ressaltar que os poderes investidos a uma CPI alcançam até mesmo possíveis inquéritos e processos que estejam em segredo de justiça, na intenção de chegar ao cerne da investigação a que se propõe, jamais expondo as vítimas, e sim buscando seu conforto e rigor na apuração dos fatos criminosos alvos da investigação.

Verifica-se a necessidade de se iniciar as investigações pelos abrigos e instituições afins (Casas-lar, orfanatos, etc.) sejam eles públicos ou privados, uma vez que dos mesmos podem decorrer diversas modalidades de maus-tratos pela presença dos menores frágeis e desamparados.

Adita-se a isto todo tipo de opressão física, psicológica ou emocional, até mesmo dentro de suas casas que tem levado crianças e adolescentes a cometerem homicídio, automutilação, suicídio e a serem exploradas sexualmente e em trabalhos forçados, não só na sociedade urbana, mas também no campo e nas comunidades indígenas, estando estas últimas, extremamente à margem da preocupação e interesse da justiça de nosso país.

Desta feita, a CPI investigará os assuntos abaixo discriminados:

- 2.1. Automutilação e suicídio;**
- 2.2. Abuso, exploração e violência sexual;**
- 2.3. Maus tratos em abrigos e instituições afins;**
- 2.4. Violência contra crianças indígenas;**
- 2.5. Trabalho infantil.**



SF/17086.85699-05

SEN. PARECER

Da COMISSÃO DE EDUCAÇÃO
Projeto de Lei da Câmara
Lei nº 9.394, de 20 de dez
e bases da educação nacional
assistência psicológica a e
, e sobre o processo Proj
Dispõe sobre o atendim
estudantes e profissio

PRESIDENTE
RELATOR: Sen

27

III – VOTO

Diante do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei da Câmara nº 76, de 2011, nos termos do substitutivo a seguir, e pela **prejudicialidade** do Projeto de Lei do Senado nº 557, de 2013.

8

7

“Art. 28-A. A oferta de apoio e acompanhamento técnico psicológico, individual ou coletiva, provida por psicólogo habilitado ou por equipe multidisciplinar com a presença do profissional de psicologia, será assegurada a educandos e profissionais da educação básica, no âmbito dos sistemas de ensino.

Parágrafo único. Os sistemas de ensino de pequenos municípios ou da zona rural devem decidir sobre a forma mais adequada de oferecer a assistência psicológica, nos termos do regulamento”.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação oficial.

Sala da Comissão, 27 de junho de 2018

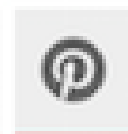
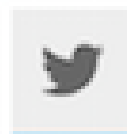
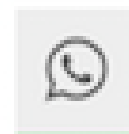
Senadora LÚCIA VÂNIA, Presidente

Senadora MARTA SUPLICY, Relatora





Senado aprova Semana Nacional de Prevenção ao Suicídio



Da Redação | 14/09/2017, 12h48 - ATUALIZADO EM
14/09/2017, 16h12

Mais proteção a adolescentes

Moreira Mariz/Agência Senado

» ANNA RUSSI*

O estímulo para que jovens pratiquem agressão contra o próprio corpo pode se tornar crime. Na Semana Nacional de Prevenção ao Suicídio e Valorização da Vida, foi aprovado na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado o Projeto de Lei 664/2015 que criminaliza o incentivo à automutilação de crianças e adolescentes. As penas previstas variam de 6 meses, em regime aberto ou semiaberto, para lesões simples, e até 6 anos, para lesões fatais. O projeto voltará a ser votado na próxima semana, em turno suplementar e depois será encaminhado para a Câmara dos Deputados.

O senador Ciro Nogueira fez a proposta após a identificação de casos de mutilação de meninas pela religião e depois do destaque dado ao desafio Baleia Azul, que estimulava ao suicídio. "É um projeto que eu espero que seja aprovado na Câmara dos Deputados. É algo presente nos dias de hoje, e não existe punição nem nada sobre isso", explicou. Relatora do processo, a senadora Ana Amélia destacou a importância da proposta em uma época na qual as redes sociais são utilizadas para a disseminação dessa prática. "É necessário penalizar e criminalizar os responsáveis que estimulam, forçam ou permitem que os jovens realizem esse ato", disse.



Ciro Nogueira espera que proposta também seja aprovada na Câmara

Dameres Alves, assessora jurídica no senado, que promove palestras sobre prevenção da automutilação e suicídio de jovens, definiu a situação atual como uma das mais graves no Brasil. "É possível que seja uma epidemia. A estimativa é de que mais de 1 milhão de crianças no país pratiquem lesões contra si mesmas", alertou.

Notificação

Ela observou que a notificação de casos assim não é compulsória. "Muitas crianças chegam em pronto-socorro e não há a notificação. Os médicos, psicólogos e psiquiatras não sabem o que fazer", comentou. Dameres relatou que participa de 72 grupos de redes sociais chamados 'anjos

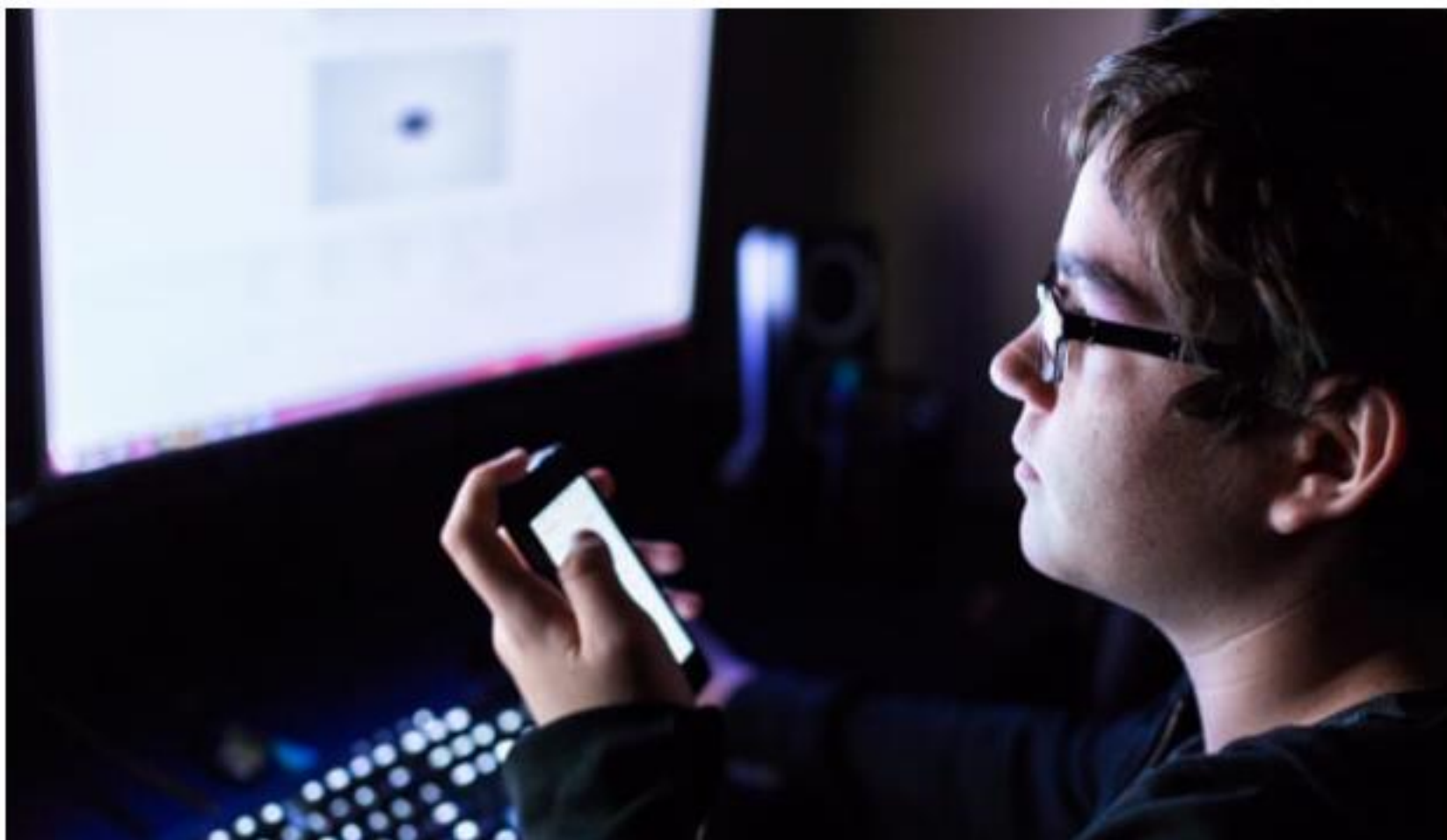
suicidas'. "Nesses grupos sempre vemos uma pessoa mais esperta que oferece dicas de como fazer e instiga as outras a se machucarem. Vídeos no Youtube, blogs, sites, desenhos infantis ensinando a como se matar", lamentou.

André Mattos, psiquiatra da infância e da adolescência, explicou que as redes sociais e a forma de vida da sociedade atual contribuem para a perpetuação desses transtornos psiquiátricos. Ele avaliou que, dentro da perspectiva inicial, os responsáveis pelo jovem devem tentar não o punir ou desqualificar o comportamento. "Entender o porquê dessa atitude é fundamental para não causar afastamento da vítima."

* Estagiária sob supervisão de Rozane Oliveira

SBP lança conjunto de orientações em defesa da “Saúde das crianças e adolescentes na Era Digital”

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS 06/11/2016



Saúde de Crianças e Adolescentes na Era Digital

Departamento de Adolescência

Presidente: Alda Elizabeth Iglesias Azevedo

Secretária: Evelyn Eisenstein

Conselho Científico: Beatriz Elizabeth B. Veleda Bermudez, Elizabeth Cordeiro Fernandes, Halley Ferraro Oliveira, Lilian Day Hagel, Patrícia Regina Guimarães, Tamara Beres Lederer Goldberg

Colaboradores: Alessandra Borelli (Nethics, SP), Alexandre Barbosa (CGI-CETIC, SP), Cristiano Nabuco (PRO-AMITI), Daniel Becker (RJ), Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ), Emmalie Ting (RJ), João Amaral (CE), Juliana Abrusio (Nethics, SP), Maria Eugenia Sozio (CGI-CETIC, SP), Michael Rich (CMCH, Boston), Miriam von Zuben (CGI-CERT, SP), Susana Bruno Estefenon (RJ), Suzy Santana Cavalcante (BA), Tereza Sigaud Soares Palmeira (RJ), Vic Strasburger (Univ New Mexico, USA)

- O tempo de uso diário ou a duração total/dia do uso de tecnologia digital seja limitado e proporcional às idades e às etapas do desenvolvimento cerebral-mental-cognitivo-psicossocial das crianças e adolescentes.

- Desencorajar, evitar e até proibir a exposição passiva em frente às telas digitais, com exposição aos conteúdos inapropriados de filmes e vídeos, para crianças com menos de 2 anos, principalmente, durante as horas das refeições ou 1-2 h antes de dormir.

- Limitar o tempo de exposição às mídias ao máximo de 1 hora por dia, para crianças entre 2 a 5 anos de idade. Crianças entre 0 a 10 anos não devem fazer uso de televisão ou computador nos seus próprios quartos. Adolescentes não devem ficar isolados nos seus quartos ou ultrapassar suas horas saudáveis de sono às noites (8-9 horas/noite/fases de crescimento e desenvolvimento cerebral e mental). Estimular atividade física diária por uma hora.

Crianças menores de 6 anos precisam ser mais protegidas da violência virtual, pois não conseguem separar a fantasia da realidade. Jogos *online* com cenas de tiroteios com mortes ou desastres que ganhem pontos de recompensa como tema principal, não são apropriados em qualquer idade, pois banalizam a violência como sendo aceita para a resolução de conflitos, sem expor a dor ou sofrimento causado às vítimas, contribuem para o aumento da cultura de ódio e intolerância e devem ser proibidos

- Estabelecer limites de horários e mediar o uso com a presença dos pais para ajudar na compreensão das imagens. Equilibrar as horas de jogos *online* com atividades esportivas, brincadeiras, exercícios ao ar livre ou em contato direto com a natureza.

- Conversar sobre as regras de uso da Internet, configurações para segurança e privacidade e sobre nunca compartilhar senhas, fotos ou informações pessoais ou se expor através da utilização da *webcam* com pessoas desconhecidas, nem postar fotos íntimas ou *nudes*, mesmo com ou para pessoas conhecidas em redes sociais.

- **Monitorar os sites/programas/aplicativos/filmes/vídeos que crianças e adolescentes estão acessando/visitando/trocando mensagens, sobretudo em redes sociais. Manter os computadores e os dispositivos móveis em locais seguros, e ao alcance das responsabilidades dos pais (na sala) ou das escolas (durante o período de aulas).**

- **Usar antivírus, *antispam*, *antimalware* e *softwares* atualizados ou programas que servem de filtros de segurança e monitoramento para palavras ou categorias ou sites. Alguns restringem o tempo de uso de jogos *online* e o uso de aplicativos e redes sociais por faixa etária. Ainda assim, é importante explicar com calma e sem amedrontar as crianças e adolescentes sobre quais são os motivos e perigos que existem na Internet, espaço vazio e virtual e onde nem tudo é o que parece ser!**

- **Aprender / Ensinar a bloquear mensagens ofensivas ou inapropriadas, redes de ódio, violência ou intolerância ou vídeos com conteúdos sexuais e como denunciar *cyberbullying* em *helplines* ou através da SAFERNET ou disque denúncia tel. 100.**

- **Conversar sobre valores familiares e regras de proteção social para o uso saudável, crítico, construtivo e pró-social das tecnologias usando a ética de não postar qualquer mensagem de desrespeito, discriminação, intolerância ou ódio.**

- **Desconectar. Dialogar. Aproveitar oportunidades aos finais de semana e durante as férias para conviver com a família, com amigos e dividir momentos de prazer sem o uso da tecnologia, mas com afeto e alegria.**



Data de lançamento **21 de setembro de 2017** (1h 44min)

Direção: Giancarlo Esposito

Elenco: Josh Duhamel, Famke Janssen, Sarah Wayne Callies [mais](#)

Gênero **Drama**

Nacionalidade **EUA**

 **Ver o trailer**

CINEART
FILMES