

Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global

No mundo, cerca de 800 mil pessoas se suicidam, por ano, o que corresponde a uma morte a cada 40 segundos. Entre pessoas de 15 a 29 anos de idade, é a segunda maior causa de morte. Diante da relevância desta problemática, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu um imperativo global para que a prevenção do suicídio fosse considerada como alta prioridade nos programas estipulados por cada país, reduzindo as taxas de suicídio em até 10% até o ano de 2020.⁽¹⁾

Este editorial visa alertar para a proximidade deste prazo e para dados que vem apontando uma direção contrária ao cumprimento deste imperativo, especialmente no que tange a população de crianças e adolescentes brasileiros.

Estudo realizado em grandes cidades brasileiras constatou que a taxa de suicídio entre adolescentes aumentou 24% entre 2006 e 2015.⁽²⁾ Em relação às tentativas de suicídio no país, foram registradas 48.204 ocorrências de 2011 a 2016, sendo que 25,9% dos casos acometeram o sexo feminino e 19,6% acometeram o sexo masculino, considerando apenas as pessoas de 10 a 19 anos de idade.⁽³⁾

O comportamento suicida abrange eventos, ao longo de uma sequência, que tem como intencionalidade causar lesão em si mesmo para culminar com a própria morte, incluindo a ideação suicida (inespecífica ou com planejamento suicida), a tentativa de suicídio e o suicídio.

A ideação suicida antecede os demais eventos e portanto, pode ser considerada importante indicador sobre o risco de suicídio. Trata-se de pensamentos sobre querer estar morto tirando a própria vida,⁽⁴⁾ não necessariamente acompanhados por comportamento de preparação. Quanto mais jovens, menos linear esta sequência ideação-planejamento pode se apresentar, pelas próprias características do desenvolvimento humano.

No caso de crianças, a ideação pode se revelar menos específica e sem planejamento, pelo próprio conceito de morte inerente a essa faixa etária, mais limitado quanto menor é a criança. Por outro lado, a impulsividade concernente à adolescência também pode se contrapor à ideação suicida com um plano para executar a própria morte.

Já a tentativa de suicídio refere-se às ações realizadas para causar a própria morte, mas com desfecho não fatal. Estas ações podem ter sido abandonadas, fracassadas ou interrompidas⁽⁴⁾ e se constituem o fator de risco mais importan-

te para o suicídio que, por sua vez, é definido como violência autoprovocada, intencionalmente, para que o indivíduo termine com sua própria vida.⁽¹⁾

Não há dúvidas de que a morte é um evento que impacta emocionalmente as famílias, os profissionais de saúde vinculados à pessoa falecida e a própria sociedade, sobretudo quando nos referimos à morte por suicídio. Esta é uma experiência percebida como trágica, tanto pela conjuntura da morte, como pelos sentimentos ambíguos que pode despertar nos enlutados, como vergonha, raiva, dor e saudade.⁽⁵⁾

Em se tratando da morte de uma criança ou adolescente que tenha se suicidado, este impacto pode ser ainda maior: *como pode uma criança atentar contra a própria vida? O que tem acontecido nos últimos anos, para que os sonhos de nossas crianças e adolescentes deem lugar ao desejo de morrer?*

Impulsividade, isolamento social, insatisfação com imagem corporal, presença de transtornos mentais, jogos de asfixia, desentendimentos com colegas, *bullying*, influência das mídias digitais, ruptura de relacionamentos afetivos, mau desempenho escolar, estrutura e funcionamento familiar prejudicados e histórico familiar de depressão e suicídio são apontados como fatores de risco para o comportamento suicida na infância e na adolescência. Contudo, apesar de estes sinalizarem um ponto de alerta em relação à saúde mental dessa população, deve-se atentar para a natureza multifatorial deste evento, não incorrendo no equívoco de descortinarmos a questão buscando a atribuição de uma única causa a um fenômeno tão complexo.

Em nosso país, um contexto a ser ponderado nas prioridades das políticas de prevenção de suicídio foi destacado recentemente, no qual indicadores socioeconômicos como desigualdade social e desemprego foram considerados determinantes para o risco de suicídio entre adolescentes brasileiros.⁽²⁾

Diante desse panorama, quais caminhos podem ser traçados para que os profissionais (enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e educadores), em diferentes níveis de atenção à saúde, possam implementar ações tendo como direção o imperativo global para a redução das taxas de suicídio nesta população específica?

Uma reflexão importante diz respeito à necessidade de um processo de trabalho colaborativo e integrado para alcançar a complexidade do fenômeno e acredita-se que a perspectiva da saúde coletiva, pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde, seja a mais adequada para tratar uma questão de saúde pública desta magnitude. O princípio da integralidade fundamenta a interligação das políticas públicas de saúde com outros setores que atuam em frentes que possam repercutir sobre a saúde dos indivíduos e, portanto, se considera que concirna ao setor saúde a responsabilidade de articular as redes de atenção.

Outra questão que suscita a reflexão é que, em relação ao perfil de óbitos por suicídio no Brasil, no período de 2011 a 2015, o Ministério da Saúde⁽³⁾ levantou como meios mais utilizados o enforcamento, a intoxicação exógena e o disparo por armas de fogo e, nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde⁽¹⁾ enfatiza que a restrição do acesso aos meios que o indivíduo pode utilizar para cometer suicídio, como agrotóxicos, pesticidas e armas se constitui importante estratégia de prevenção.

No tocante à política pública, há pouco tivemos a publicação da Lei 13.819/2019,⁽⁶⁾ que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, na qual consta que a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada deve ser realizada pelos estabelecimentos de saúde às autoridades sanitárias e pelos estabelecimentos de ensino ao conselho tutelar. Este fluxo de notificação, desde que integrado, pode proporcionar dados mais fidedignos e, portanto, melhor planejamento para as ações. No entanto, é fundamental que haja capacitação adequada dos profissionais de todas as instituições envolvidas, no sentido de viabilizar acolhimento adequado, encaminhamento em tempo oportuno para cuidado específico na rede de atenção à saúde e garantia de sigilo e de resguardo da identidade de crianças, adolescentes e famílias.

É importante reforçar que as famílias, ainda que apresentem fragilidades em sua estrutura e em seu funcionamento, não devem ser julgadas sob olhar reducionista, com enfoque que as responsabilizam pelo comportamento das crianças e adolescentes, mas sim reconhecidas como unidade de cuidado profissional em saúde, estimulando o apoio mútuo entre seus integrantes⁽⁵⁾ para que incrementem seu potencial de cuidado, respondendo às necessidades essenciais de seus filhos, desde a mais tenra idade.

Assim, o comportamento suicida na infância e na adolescência deve ser considerado uma prioridade alta nas políticas públicas de atenção à saúde, amparadas em evidências científicas e experiências profissionais reconhecidas em relação ao ensino, à pesquisa e à assistência a essa população tão específica pois, além dos impactos individuais e familiares e do risco de não alcançarmos o imperativo global para a prevenção do suicídio, a redução da população de crianças e adolescentes que poderiam estar economicamente ativos, compromete o desenvolvimento do país.

Prof^a Dr^a Lucía Silva

*Departamento de Enfermagem Pediátrica,
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São
Paulo, SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-6353-7580>*

DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900033>



Referências

1. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Genève: WHO; 2014. [cited 2019 May 30]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1

2. Jaen-Varas D, Mari J, Asevedo E, Borschmann R, Diniz E, Ziebold C, et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Braz J Psychiatry*. 2019. Ahead of print. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Bol Epidemiol*. 2017;48(30): 1-14.
4. Jans T, Vloet TD, Taneli Y, Warnke A. Suicídio y conducta autolesiva. In: Rey JM, editor. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines; 2017.
5. Silva L, Afonso BQ, Santos MR, Baliza MF, Rossato LM, Szylit R. Care for families after suicide loss: nursing academic experience. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 5):2206-12.
6. Brasil, Leis, Decretos. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2019. [citado 2019 Mai 30]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>