

# SUICÍDIO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

SIMONE ALGERI  
ROBERTA RIGATTI  
FRANCINE MORAIS DA SILVA

## ■ INTRODUÇÃO

A infância é considerada, em geral, uma etapa feliz da vida, na qual a conduta suicida não pode estar presente. Contudo, isso nem sempre é assim. Na infância, acontecem atos suicidas que não são considerados nem computados como tal ou que se configuram como acidentes em muitos países. De fato, o suicídio de crianças e de adolescentes é um fenômeno que vem aumentando a cada dia.<sup>1</sup>

A infância é uma etapa que pode ser difícil de ser ultrapassada, por conta de tensões e de angústias emergentes do âmbito familiar, escolar e social, as quais sensibilizam a criança de maneira progressiva, fazendo com que ela assuma parte da responsabilidade dos conflitos existentes vivenciados.

O suicídio na infância, assim como na adolescência, é um sério e crescente problema da sociedade, assim como de saúde pública.<sup>2</sup> Apesar de a sua ocorrência ser algo concreto, é um tema que é quase não discutido, pois expõe toda uma concepção frente à compreensão da criança em relação ao mundo.<sup>3</sup>



Na maioria das vezes, atribui-se o ato suicida a um possível acidente doméstico, mesmo quando o depoimento da criança manifesta o desejo eminente de morrer.<sup>3</sup>

O suicídio está entre as 10 principais causas de morte no mundo, sendo a quinta mais comum em crianças em idade escolar.<sup>2</sup> Na adolescência, apresenta-se de forma expressiva dentro desse período do desenvolvimento humano. Essa fase é constituída por muitas mudanças: físicas e psicológicas, dentre outras. Além disso, é um momento intenso de conflitos e de adequações pessoais.

O fenômeno do suicídio é complexo, impactante, sendo considerado um grave problema de saúde pública, principalmente no que corresponde ao aumento do índice com relação à população jovem de todo o mundo.<sup>4</sup> O suicídio é a terceira causa de morte na adolescência.<sup>5</sup>

Assim, a maioria dos adolescentes que tentam suicídio apresenta problemas mentais, principalmente depressão e abuso de substâncias psicoativas.<sup>6</sup> A sua causa não deverá ter apenas um único fator, devendo também ser considerada a história pregressa do sujeito, os seus problemas e os conflitos anteriores, podendo, assim, tratar-se de um acúmulo de problemas anteriores que atingiu o ponto culminante na adolescência.<sup>7</sup>

No que compete à **família**, o suicídio é compreendido como uma tragédia familiar e pessoal que causa sofrimento a todos os sujeitos envolvidos com essa pessoa que cometeu o ato ou a tentativa em si. Já, no tocante ao que compete ao **cuidado médico**, surge como uma estratégia para tentar evitar que o desfecho trágico ocorra, assim como para auxiliar a família a reduzir o sofrimento que abate a criança suicida.<sup>2</sup>

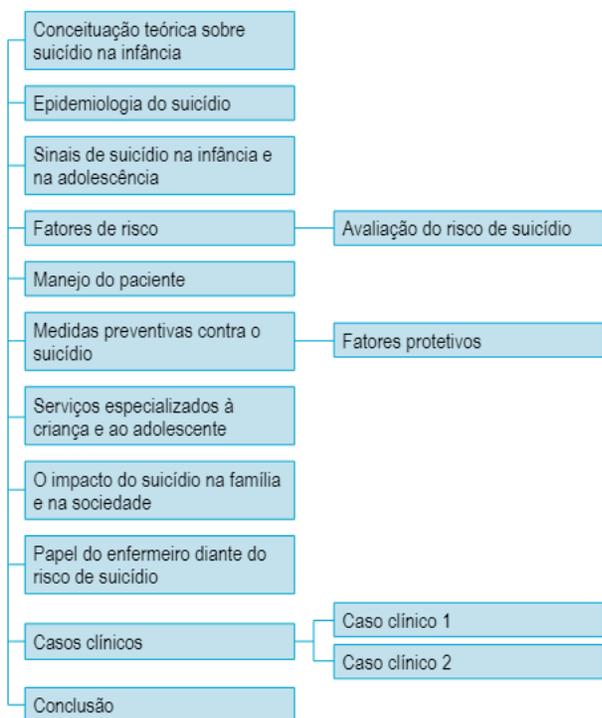
Esse tema é de grande relevância social, pois se trata de um fenômeno que ocorre, mas que ainda é pouco abordado. Em consequência disso, há uma falta de informação sobre o assunto e uma dificuldade no diagnóstico dos casos e, conseqüentemente, no manejo desses casos pela equipe de saúde junto à família.<sup>5</sup>

## ■ OBJETIVOS

Após a leitura deste artigo, espera-se que o leitor possa:

- analisar as causas do suicídio na infância e na adolescência;
- conhecer os dados epidemiológicos que norteiam o suicídio nas faixas etárias infantil e juvenil;
- identificar os principais fatores de risco desencadeantes;
- avaliar os sinais e os sintomas suicidas característicos em crianças e em adolescentes;
- adotar as medidas protetivas na abordagem do fenômeno;
- compreender o manejo diante dos casos que envolvam o risco suicida;
- entender o impacto do suicídio nos âmbitos familiar e social;
- refletir sobre o papel do enfermeiro diante do risco de suicídio na infância e na adolescência.

## ■ ESQUEMA CONCEITUAL



## ■ CONCEITUAÇÃO TEÓRICA SOBRE SUICÍDIO NA INFÂNCIA



Em termos de definição do construto **ideação suicida**, cabe mencionar que se refere ao pensamento ou ideia suicida. Engloba desejos, atitudes ou planos que o indivíduo tenha de se matar. É frequente em idade escolar e na adolescência. Já as **tentativas** – definidas como qualquer ação autodirigida, empreendida pela própria ou qualquer pessoa e que conduzirá a morte, caso não seja interrompida<sup>8</sup> – são menos frequentes em crianças pequenas.

As tentativas de suicídio consumado aumentam com a idade, tornando-se comuns durante a adolescência.<sup>9</sup> O período da adolescência pode ser considerado, muitas vezes, como um momento intenso, de conflitos e de mudanças. Na busca de uma solução para seus problemas, crianças e adolescentes, por exemplo, podem recorrer a comportamentos agressivos, impulsivos ou suicidas. A partir disso, a ideação suicida pode ser considerada como um primeiro passo para um eventual suicídio.<sup>10,11</sup>

Os comportamentos suicidas são mais comuns em certas circunstâncias, em virtude de fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais.<sup>12</sup> Entretanto, não se pode afirmar que existe relação casual entre estressores e o suicídio, pois, muitas vezes, a ocorrência desses eventos psicossociais críticos são secundários à deterioração de algum transtorno psiquiátrico de base, como o uso de substâncias.



É importante investigar o significado da ideação suicida para o sujeito.<sup>13</sup>

O comportamento suicida apresenta inúmeras atitudes com relação à conduta, os quais são distintos entre si,<sup>13</sup> como apresenta o Quadro 1.

Quadro 1

ATITUDES COM RELAÇÃO À CONDUTA DO COMPORTAMENTO SUICIDA	
Atitude	Conduta
Suicídio	Morte autoprovocada, com evidências de que o sujeito tinha a intenção de morrer
Tentativa de suicídio	Comportamento autolesivo com consequências não fatais, acompanhado de evidências de que o sujeito buscava morrer
Tentativa de suicídio abortada	Comportamento potencialmente autolesivo, com evidências de que o sujeito tinha a intenção de morrer, mas interrompeu a tentativa antes da ocorrência de danos físicos ocasionados por tal tentativa
Ideação suicida	Pensamento sobre ser o agente da própria morte; a intenção pode variar de gravidade, dependendo do plano e do grau de intenção do sujeito em relação ao suicídio
Intenção suicida	Desejo com expectativa subjetiva de que um ato autodestrutivo resulte em sua morte
Letalidade do comportamento suicida	Ameaça objetiva à vida, sendo associada à ação ou ao método de suicídio
Danos autoprovocados deliberados	Realizados de forma proposital, por meio de atos dolorosos, destrutivos ou lesivos a si mesmo, sem intenção de morrer

Os indivíduos suicidas frequentemente sofrem de mais **problemas ambientais** do que os seus colegas não suicidas, incluindo histórias de abuso, problemas familiares, questões culturais, dificuldades de relação interpessoal e exposição a estresse extremo ou crônico. Em conjunto com o humor depressivo, essa carga ambiental aumenta a probabilidade de suicídio. Na verdade, o sentimento de desesperança decorrente de circunstâncias difíceis da vida constitui um indicador ainda mais potente do risco de suicídio do que a depressão por si mesma.<sup>12</sup>

As crianças, nesse caso, sentem-se como sendo uma carga para os pais, rejeitadas, desprezadas e desvalorizadas. Em muitos desses casos, o suicídio ocorre por meio de um ato banal que pode ser considerado a gota d'água. Logo, entre essas situações, pode estar presente o mau rendimento escolar.<sup>14</sup>



O mau rendimento, assim como o ato antissocial, pode ser consequência de um estado depressivo em que a criança se encontra, sendo que tais comportamentos podem também ser encontrados em adolescentes.<sup>14</sup>



## ATIVIDADE

---

1. Quais são as principais causas do suicídio na infância e na adolescência?

.....  
.....  
.....  
.....

2. Segundo as autoras, “apesar de a ocorrência do suicídio na infância ser algo concreto, é um tema que é quase não discutido”. Nesse sentido, comente sobre como a falta de informações dificulta o diagnóstico desses casos.

.....  
.....  
.....  
.....

3. Faça a distinção entre “tentativa de suicídio” e “ideação suicida”.

.....  
.....  
.....  
.....

4. Qual é a relação entre a dificuldade de enfrentamento de problemas ambientais com a incidência do suicídio na infância? Explique.

.....  
.....  
.....  
.....

5. Correlacione as atitudes associadas ao comportamento suicida da 1ª coluna com o tipo de conduta na 2ª coluna.

- |   |   |
|---|---|
| (1) Suicídio                            | ( ) Desejo com expectativa subjetiva de que um ato autodestrutivo resulte em sua morte.   |
| (2) Tentativa de suicídio               | ( ) Realizados de forma proposital, por meio de atos dolorosos, destrutivos ou lesivos a si mesmo, sem a intenção de morrer.  |
| (3) Tentativa de suicídio abortada      | ( ) Morte autoprovocada, com evidências de que o sujeito tinha a intenção de morrer.  |
| (4) Ideação suicida                     | ( ) Ameaça objetiva à vida, sendo essa associada à ação ou ao método de suicídio.   |
| (5) Intenção suicida                    | ( ) Comportamento potencialmente autolesivo, com evidências de que o sujeito tinha a intenção de morrer, mas interrompeu a tentativa antes da ocorrência de danos físicos ocasionados por essa. |
| (6) Letalidade do comportamento suicida | ( ) Pensamento sobre ser o agente da própria morte; a intenção pode variar de gravidade, dependendo do plano e do grau de intenção do sujeito em relação ao suicídio.                           |
| (7) Danos autoprovocados deliberados    | ( ) Comportamento autolesivo com consequências não fatais, acompanhado de evidências de que o sujeito buscava morrer.   |

*Resposta no final do artigo*

## ■ EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO

O suicídio é um importante problema de saúde pública no Brasil e na maioria dos países do mundo, sendo responsável por cerca de 1 milhão de óbitos a cada ano.<sup>15,16</sup> Considerado globalmente, esse número é maior do que o relativo às mortes em acidentes automobilísticos e guerras. Ou seja, no mundo morrem mais pessoas por suicídio do que por acidentes automobilísticos e guerras somados.

No Brasil, ocorrem cerca de 9 mil mortes por suicídio a cada ano, sendo que, na faixa etária de 15 a 24 anos, um impressionante aumento da mortalidade, de 1.900%, foi observado entre os anos 1980 e 2000.<sup>15,17</sup>

Um estudo demonstrou que Porto Alegre e Curitiba são consideradas as capitais com os maiores índices de suicídio registrados em jovens com idades entre 15 e 24 anos, comparadas com outras nove capitais (Belém, Fortaleza, Natal, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo). Esse dado torna-se alarmante principalmente porque as estatísticas sobre suicídio são falhas e subestimadas, ainda mais no que se refere a adolescentes, sendo que seus atos autodestrutivos são muitas vezes negados e escondidos pela família.<sup>18</sup>

A respeito de estudos de gênero e de ideação suicida no período da adolescência, as mulheres apresentam maiores taxas de ideação suicida quando comparadas aos homens (quatro vezes mais para ideação suicida e três vezes mais para tentativa de suicídio).<sup>19</sup> Uma explicação possível para esse fenômeno é de que as meninas apresentam maiores índices de depressão (principalmente depressão moderada) do que os meninos (2:1, respectivamente), o que acaba aumentando a ideação suicida e as tentativas de suicídio em mulheres.<sup>20</sup>



Especificamente, a depressão é bastante comum na adolescência, aumentando os riscos de ideação suicida.

Em suma, tendo em vista a crescente proporção de mortes por suicídio a cada ano, a ideação suicida pode ser caracterizada como um potente risco para suicídio, podendo ser evitável por meio da implementação de ações preventivas no círculo familiar e no ambiente escolar, entre outros, estimulando, dessa forma, o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes.

## ■ SINAIS DE SUICÍDIO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Existem alguns sinais que podem auxiliar na identificação do sujeito que está apresentando risco de suicídio, que são passados por meio da história de vida e do seu comportamento. Esses sinais indicam que determinada pessoa tem risco para o comportamento suicida. Deve-se ficar mais atento aos sujeitos que apresentarem as seguintes características:<sup>12</sup>

- comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos, pouca rede social;
- doença psiquiátrica;
- alcoolismo;
- ansiedade ou pânico;
- mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia;
- mudança no hábito alimentar e de sono;
- tentativa de suicídio anterior;
- odiar-se, ter sentimento de culpa, sentir-se sem valor ou com vergonha;
- perda recente importante – morte, divórcio ou separação, dentre outros;
- história familiar de suicídio;
- desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, entre outros,
- sentimentos de solidão, impotência e desesperança;
- cartas de despedida;
- doença física crônica, limitante ou dolorosa;
- menção repetida de morte ou suicídio.

Essas características ajudam a identificar o sujeito que está apresentando risco de suicídio e que está em sofrimento mental e social.



Ressalta-se que essas características surgem no comportamento do indivíduo suicida em diferente proporção, ou seja, alguns podem verbalizar sua intenção suicida; outros podem sinalizar de maneira muito branda, fazendo com que seus sinais passem despercebidos.<sup>12</sup> É de suma importância estar atento a essas diversas manifestações, a fim de prevenir suicídio efetivo em crianças e adolescentes.

É válido ressaltar que cada indivíduo manifesta reações diferentes diante dos percalços da vida: alguns demonstram resiliência; outros, por sua vez, veem que o suicídio é a melhor alternativa. Nesses casos, cabem intervenções tanto profissionais quanto familiares, para que não haja a consumação do suicídio efetivo.



## ATIVIDADE

---

6. No que diz respeito aos aspectos epidemiológicos do suicídio, assinale a alternativa correta.
- A) A respeito de estudos de gênero e de ideação suicida no período da adolescência, os homens apresentam maiores taxas de ideação suicida quando comparados às mulheres.
  - B) No Brasil, o número de suicídios é maior do que o relativo às mortes em acidentes automobilísticos e guerras.
  - C) As meninas apresentam menores índices de depressão do que os meninos, o que acaba aumentando a ideação suicida e as tentativas de suicídio em homens.
  - D) Crianças mais jovens possuem menor risco para acidentes e lesões.

*Resposta no final do artigo*

7. Com relação aos sinais e sintomas suicidas característicos, assinale a alternativa correta.
- A) O sujeito que está apresentando risco de suicídio sempre verbaliza sua intenção suicida.
  - B) O indivíduo que está apresentando risco de suicídio deve sempre sinalizar de maneira branda sua ideação aos familiares.
  - C) Sentimentos de solidão, impotência e desesperança são alguns dos sinais possíveis em indivíduos com ideação suicida.
  - D) Somente estar atento ao indivíduo com ideação suicida não é eficaz na prevenção do suicídio infanto-juvenil.

*Resposta no final do artigo*

8. Liste quatro sinais que podem auxiliar na identificação de risco para o comportamento suicida.

.....  
.....  
.....  
.....

9. Que fatores situacionais devem ser considerados na avaliação de risco de suicídio?

.....  
.....  
.....  
.....

## ■ FATORES DE RISCO



Fator de risco é um conceito estatístico, sendo definido como a associação entre as características e os atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente, referente à probabilidade de ocorrência da condição.<sup>12</sup>

O conhecimento desses fatores permitirá que seja feita a avaliação, quantificando, assim, com relativa segurança, o risco de ocorrência de suicídio. Decide-se, dessa forma, qual é a melhor intervenção, bem como se estabelece um prognóstico confiável do caso.<sup>13</sup>

Alguns dos fatores para a ocorrência de risco do suicídio são: transtornos mentais, questões sociodemográficas e psicológicas e condições clínicas incapacitantes. Contudo, entre os principais fatores de riscos para o suicídio estão: história de tentativa de suicídio e transtorno mental.<sup>19</sup>



Fatores desenvolvimentais e sociodemográficos são fundamentais para a presença de comportamento suicida em crianças e adolescentes.

Logo, configuram-se como **fatores de risco** de ocorrência de suicídio:<sup>21</sup>

- a tentativa prévia;
- os transtornos mentais, principalmente:
  - a depressão;
  - o alcoolismo;
  - os transtornos mentais severos;
- os aspectos sociodemográficos:
  - desemprego;
  - migração;
  - fatores ambientais;
- o acesso aos meios letais;
- a exposição de casos na mídia;
- os fatores psicológicos:
  - baixa resistência a frustrações;
  - perdas recentes;
  - solidão;
  - impulsividade;
  - agressividade;
  - apatia;
  - ambivalência;
- as condições clínicas incapacitantes:
  - a dor;
  - as doenças crônicas;
  - a epilepsia;
  - a aids.

Deve-se ressaltar que a vivência de situação de violência também pode ser um fator de risco.<sup>21</sup>

Por outro lado, uma pequena porcentagem de suicídios ocorre em adolescentes vulneráveis que estão expostos ao suicídio na vida real, ou por meio da mídia, ou sob influência de alguém que tenha comportamento suicida.<sup>22</sup>

Assim como os fatores de risco podem levar ao suicídio, existem outros que podem servir de proteção contra esse, atuando como elementos que, de certa forma, impedem o adolescente de realmente considerar a autodestruição como saída. Entre os **fatores protetivos**, estão:<sup>22</sup>

- **fatores familiares:**
  - boa relação com os membros da família;
  - apoio familiar;
  - a confiança em alguém;
- **estilo cognitivo e personalidade:**
  - boas habilidades sociais;
  - busca por ajuda e conselhos;
  - senso de valor pessoal;
  - abertura para novas experiências e aprendizados;
  - habilidade em comunicar-se;
  - receptividade com a ajuda dos outros;
  - projetos de vida;

**■ fatores culturais e sociodemográficos:**

- valores culturais;
- lazer;
- esporte;
- religião;
- boas relações com amigos e colegas;
- boas relações com professores e outros adultos;
- apoio de pessoas relevantes e amigos que não usem drogas;

**■ fatores ambientais:**

- uma dieta saudável;
- boa qualidade do sono;
- atividade física.



Há diversos fatores de risco que podem culminar em suicídio. No entanto, esses fatores de risco servem de alerta para que familiares e profissionais da saúde possam identificá-los e abordá-los da melhor maneira possível, a fim de buscar junto com essa criança/esse adolescente outras maneiras de interpretar os percalços da vida.

## AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

AOMS<sup>23</sup> considera os seguintes níveis de risco de suicídio: o leve, o moderado, o severo e o extremo, enquanto o Ministério da Saúde (MS)<sup>12</sup> mensura a estruturação em níveis de complexidade: baixa, média e alta. Apesar de denominações diferentes, esses níveis são bem semelhantes entre si.

O **nível leve** diz respeito à pessoa que não mostra sinais de tendência suicida, ou na qual os transtornos são muito limitados. Nesse caso, a prevenção deve focar no apoio e na melhoria do funcionamento de contextos interpessoais e sociais, como diminuir significativamente as condições de riscos emocionais, físicos e econômicos do sujeito.<sup>23</sup>

Para o MS,<sup>12</sup> o nível primário é chamado de **baixo risco**, no qual a pessoa teve alguns pensamentos suicidas, como “eu não consigo continuar”, “eu gostaria de estar morto”, entre outros, contudo, não fez nenhum plano, sendo necessário tomar algumas ações.

Já no **moderado**, conforme a OMS,<sup>23</sup> o sujeito apresenta, de forma evidente, planos definidos e preparação, sendo visível a ideação suicida. Há, possivelmente, história de tentativas anteriores, existindo pelo menos dois fatores de risco adicionais. Nesse nível, está presente a ideação suicida, assim como a intenção, mas é negado que haja um plano claro. No entanto, o sujeito está motivado a melhorar o seu estado emocional e psicológico atual, se houver ocasião para tal.

O estado moderado é parecido com o denominado de **médio risco** do MS,<sup>12</sup> no qual a pessoa tem pensamentos e planos, mas não tem planos de cometer suicídio imediatamente.

No nível **severo**, de acordo com a OMS,<sup>23</sup> a ideação e a intenção suicida são verbalizadas em conjunto com um plano bem estudado e com os meios, ou seja, materiais e lugar disponíveis para conseguir levar o suicídio à consumação. Esse indivíduo demonstra inflexibilidade no que pensa a respeito do assunto e desesperança quanto ao futuro, negando o apoio social disponível.

De acordo com o MS,<sup>12</sup> o sujeito que se encontra com **alto risco** de suicídio tem plano definido e os meios necessários para fazê-lo, planejando fazê-lo prontamente. Muitas vezes, inclusive, já tomou algumas providências prévias a esse ato e parece estar se despedindo.

Já o nível **extremo**, proposto pela OMS,<sup>23</sup> é pautado no sujeito que tentou o suicídio múltiplas vezes, com diversos fatores de risco significativos. Deve-se destacar que a atenção e a ação imediata são imprescindíveis.

A avaliação do risco de suicídio é muito importante para se conseguir fazer o acompanhamento do sujeito e, conseqüentemente, a sua prevenção. Segundo a OMS,<sup>12</sup> quando se faz a avaliação do risco de suicídio, deve-se ter em vista os problemas multifatoriais envolvidos nesse ato.



A avaliação do risco de suicídio é um elemento primordial no composto de ações que devem ser tomadas no sentido de prevenção e intervenção. Contudo, não há uma conduta única. É necessário que esse método envolva flexibilidade e que englobe os inúmeros aspectos do suicídio.

Para a avaliação do risco de suicídio, são apontadas várias técnicas, entre elas, encontram-se a entrevista clínica e o uso de instrumentos de autoaplicação (testes e escalas).<sup>24</sup>

No Quadro 2, tem-se o instrumento utilizado para facilitar a avaliação do risco de suicídio nas crianças e nos adolescentes, composto por uma lista de parâmetros que auxiliam na identificação do risco de suicídio durante a entrevista de investigação.

Quadro 2

PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE COMPORTAMENTO SUICIDA		
Parâmetro	Alto risco	Baixo risco
Circunstâncias do comportamento suicida	Sozinho Planejado Métodos letais	Próximo a alguém Não planejado Métodos de baixa letalidade
Intenção de morrer	Alta	Baixa
Psicopatologia	Presente e grave	Ausente ou leve
Mecanismos de enfrentamento	Fraco julgamento Fraco controle de impulsos Alta desesperança Alta impotência	Bom julgamento Bom controle de impulsos Baixa desesperança Baixa impotência
Comunicação	Fraca ou ambivalente	Boa, clara
Apoio familiar	Inconsistente	Consistente
Estresse ambiental	Alto	Baixo

Fonte: Sebastião (2012).<sup>24</sup>

De acordo com a OMS,<sup>23</sup> de um modo geral, para se avaliar uma criança ou um adolescente, deve-se focar, no mínimo, nos seguintes itens:

- entrevista clínica;
- observação de comportamentos;
- informação corroborante por parte dos pais, professores, parentes e amigos;
- avaliação de fatores de risco e de fatores situacionais;
- avaliação da ideação, dos planos e da intenção e das razões para viver;
- disponibilidade e qualidade do apoio da família e dos amigos.

No caso da avaliação de risco de suicídio em crianças, destacam-se alguns fatores da conduta suicida, por meio de um guia avaliador (Quadro 3). Esse guia funciona pela soma da pontuação. Se a pontuação for menor do que 10, deve-se indicar a criança para uma interconsulta com a equipe de saúde mental; se for superior a 10 pontos, deve-se encaminhá-la para um psiquiatra infanto-juvenil, em curto prazo, para o manejo pessoal especializado.<sup>1</sup>

Quadro 3

GUIA AVALIADOR PARA CRIANÇAS SOBRE O RISCO DE SUICÍDIO		
	Descritores	Pontuação
1.	Pais demasiados jovens ou maduros	1
2.	Dificuldades na captação e no controle pré-natal	1
3.	Doença psiquiátrica dos pais	2
4.	Criança pouco cooperadora na consulta	1
5.	Criança que manifesta mudanças no seu comportamento	3
6.	Violência na casa e sobre a criança	3
7.	Antecedentes familiares de conduta suicida (pais, irmãos, avós) ou amigos com dita conduta	2
8.	Antecedentes pessoais de autodestruição	2
9.	Manifestações desagradáveis dos pais em relação à criança	3
10.	Situação conflitiva atual (lar desfeito recentemente, perdas, fracassos escolares, entre outros)	2

Fonte: Perez Barrero (20--).<sup>1</sup>

No que compete à avaliação de risco de suicídio em adolescentes, sugere-se, também, a aplicação de um guia avaliador (Quadro 4), o qual facilita a identificação e a condição de cada caso atendido. Se a soma da pontuação for superior a 12 pontos, o adolescente deve ser encaminhado para um serviço psiquiátrico infanto-juvenil para a sua hospitalização e irá necessitar de uma avaliação imediata pelo especialista da equipe de saúde mental.<sup>1</sup>

Quadro 4

GUIA AVALIADOR PARA ADOLESCENTES SOBRE O RISCO DE SUICÍDIO		
Descritores		Pontuação
1.	Vir de um lar desfeito	1
2.	Pais portadores de doença mental	2
3.	Antecedentes familiares de comportamento suicida	3
4.	Histórias de transtornos de aprendizado, evasão escolar, inadaptação a bolsas de estudos ou serviço militar	2
5.	Antecedentes pessoais de conduta de autodestruição	4
6.	Mudanças evidentes no comportamento habitual	5
7.	Amigos com condutas suicidas	2
8.	Presença de ideias suicidas e suas variáveis (gestos, ameaças, planos suicidas)	5
9.	Antecedentes pessoais de doença mental	4
10.	Conflito atual (familiar, de casal, com a escola, entre outros)	2

Fonte: Perez Barrero (20--).<sup>1</sup>



## ATIVIDADE

10. Quais são os principais fatores de riscos para o suicídio?

.....

.....

.....

.....

11. Segundo a OMS, que itens fazem parte do plano para avaliação de risco de suicídio em crianças?

.....

.....

.....

.....

12. Qual é a importância dos instrumentos de identificação de situações de risco em relação ao suicídio na infância?

.....

.....

.....

.....

13. Represente, de forma esquemática, a relação entre os níveis de risco e os níveis de complexidade do suicídio.



---

## ■ MANEJO DO PACIENTE

Segundo a OMS,<sup>23</sup> os sentimentos de um sujeito suicida normalmente são de: desesperança, desamparo e desespero. No caso de crianças e adolescentes, a OMS<sup>23</sup> menciona que o aconselhamento é algo apropriado, devendo ter ênfase na capacidade para enfrentar problemas.

Entre os **objetivos do aconselhamento**, pode-se incluir:

- melhor compreensão de si mesmo;
- modificação de comportamentos desadaptáveis;
- identificação de sentimentos confusos;
- melhora da autoestima e da interação com colegas;
- resolução de conflitos.

Tendo em vista o manejo desses pacientes, foi organizada uma tabela com base em três manuais (Quadro 5): Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária, Manual Dirigido aos Profissionais das Equipes de Saúde Mental e Manual para Médicos Clínicos Gerais. Essa tabela serve como um demonstrativo, ilustrando o manejo recomendado por esses manuais de forma sucinta.<sup>24</sup>

Quadro 5

<b>MANUAIS PARA MANEJO DE PACIENTE COM RISCO SUICIDA</b>				
<b>Primeiro contato e a comunicação com o paciente que está em risco de suicídio</b>				
<b>Descrição da intervenção</b>		<b>Manual Dirigido aos Profissionais das Equipes de Saúde Mental (MSB)</b>	<b>Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária (OMS)</b>	<b>Manual para Médicos Clínicos Gerais (OMS)</b>
Quando as pessoas dizem "Eu estou cansado da vida" ou "Não há mais razão para eu viver", elas geralmente são rejeitadas, ou então são obrigadas a ouvir sobre outras pessoas que estiveram em situações piores. Nenhuma dessas atitudes ajuda a pessoa com risco de suicídio. O contato inicial com o suicida é muito importante. Esse contato frequentemente ocorre em uma clínica, casa ou espaço público, onde pode ser difícil ter uma conversa particular.		X	X	
O primeiro passo é achar um lugar adequado onde uma conversa tranquila possa ser mantida com privacidade razoável.		X	X	
O próximo passo é reservar o tempo necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixarem de se achar um fardo, e precisa-se estar preparado mentalmente para lhes dar atenção.		X	X	
A tarefa mais importante é ouvi-las efetivamente. Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida.		X	X	
<b>Como se comunicar</b>	<b>Como não se comunicar</b>	X	X	
Ouvir atentamente, ficar calmo	Interromper frequentemente	X	X	
Entender os sentimentos da pessoa (empatia)	Ficar chocado ou muito emocionado	X	X	
Dar mensagens não verbais de aceitação e respeito	Dizer que você está ocupado	X	X	

(Continua)

## MANUAIS PARA MANEJO DE PACIENTE COM RISCO SUICIDA

Expressar respeito pelas opiniões e pelos valores da pessoa	Tratar o paciente de maneira que o coloque em uma posição de inferioridade	X	X	
Conversar honestamente e com autenticidade	Fazer comentários invasivos e confusos	X	X	
Mostrar preocupação, cuidado e atenção	Fazer perguntas indiscretas	X	X	
Focalizar nos sentimentos da pessoa		X	X	

Fonte: Sebastião (2012).<sup>24</sup>



As intervenções devem ser realizadas partindo de um movimento de comunicação e de contato entre profissional e suicida. A escuta afinada e atenta também é de fundamental importância durante todo o percurso do manejo do paciente suicida, tendo em vista a gravidade da situação.<sup>25</sup>

O tratamento medicamentoso para médio e longo prazos de criança/adolescente com ideação suicida faz-se necessário quando é identificada alteração psicopatológica na avaliação. Logo, a terapêutica medicamentosa a ser empregada visa ao tratamento da causa.<sup>26</sup>

Eventualmente, em situações de emergência, a sedação do paciente pode ser necessária, caso ele se mostre agitado e contrário às medidas de contenção que deverão ser empregadas até que o risco de nova tentativa de suicídio seja eliminado. Neurolépticos com efeito sedativo, como a clorpromazina ou a levomepromazina, poderão ser a primeira escolha.<sup>26</sup>



Deve-se evitar o uso de benzodiazepínicos, principalmente em crianças, pelo risco de efeitos paradoxais e outros efeitos colaterais.<sup>26</sup>



Todo paciente admitido por tentativa de suicídio só poderá receber alta após avaliação psiquiátrica, com remissão completa da ideação suicida e iniciado o tratamento clínico e psicossocial da condição desencadeante.<sup>26</sup>



## ATIVIDADE

---

14. Considere o manejo dos casos que envolvam o risco suicida e assinale a alternativa INCORRETA

- A) Somente o aconselhamento, embora apropriado para o enfrentamento da questão suicida, não é eficaz no manejo do paciente sintomático.
- B) A equipe multiprofissional pode exercer a escuta afinada e atenta durante o manejo do paciente suicida.
- C) O tratamento medicamentoso para médio e longo prazos de criança/adolescente com ideação suicida faz-se necessário quando é identificada alteração psicopatológica na avaliação.
- D) O uso de benzodiazepínicos, principalmente em crianças, não é recomendado, pelo risco de efeitos paradoxais e outros efeitos colaterais.

*Resposta no final do artigo*

15. Enumere os objetivos do aconselhamento no manejo de crianças e adolescentes suicidas.

.....

.....

.....

.....

16. Elabore um parágrafo sobre o manejo de pacientes suicidas.

.....

.....

.....

.....

---

## ■ MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA O SUICÍDIO

A prevenção é algo de extrema importância, pois, por meio dela, se possibilita salvar vidas, ou impedir as consequências de um ato ou da sua possível sequência. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria, o MS elaborou um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, que foi publicado em 14 de agosto de 2006 em uma portaria, com as diretrizes que serviriam para orientar tal plano.<sup>24</sup> Entre os principais objetivos, estavam:<sup>27</sup>

1. Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos.
2. Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido.
3. Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio.
4. Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental e das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Já direcionando às crianças e aos adolescentes, vale destacar que, para a OMS,<sup>23</sup> a prevenção do suicídio entre crianças e adolescentes é prioridade. Um ótimo local para se desenvolver a prevenção é o meio escolar, que, no caso, é o ambiente da escola. Entre as melhores práticas referentes à prevenção do suicídio, estão:<sup>24</sup>

- um programa de capacitação, para reconhecimento de adolescentes suicidas e os que estão em risco;
- procedimentos para monitorar sistematicamente os adolescentes durante sua chegada na unidade e por todo o período de permanência, a fim de identificar aqueles que podem apresentar alto risco;
- um mecanismo para manter a comunicação entre os membros da equipe a respeito dos adolescentes de alto risco;
- procedimentos por escrito que definam os requisitos mínimos para alojar os adolescentes de alto risco; provisão de suporte social; rotina de monitoramento constante para os adolescentes suicidas graves e uso apropriado de restrição física, quando necessário;
- desenvolvimento de recursos internos suficientes e fortalecimento dos vínculos com os serviços de saúde mental para assegurar o acesso a profissionais de saúde mental quando houver a necessidade de avaliação e tratamento;
- desenvolvimento de uma estratégia para a notificação da ocorrência de um suicídio com o intuito de identificar meios de melhorar a detecção do suicídio, o monitoramento e o gerenciamento dessas situações de risco.



A prevenção do suicídio pode estar em todos os lugares: nas escolas, nos postos de saúde, nas igrejas ou nas associações de moradores. Desse modo, basta que esses se encontrem abertos a essa problemática. No entanto, para que isso possa ocorrer, os sujeitos que estão dentro desses espaços têm de ter consciência da importância disso, assim como serem corresponsáveis por essa ação.<sup>24</sup>

## FATORES PROTETIVOS

Segundo a OMS,<sup>23</sup> os fatores protetivos reduzem o risco de suicídio, sendo considerados até mesmo como isoladores contra o suicídio. Os fatores protetivos funcionam como um mecanismo protetor, como apoiador dos sujeitos, fornecendo suporte e proteção. Esses fatores não eliminarão o risco de ocorrência de suicídio, mas podem contrabalançá-lo em momentos difíceis. Dentre alguns fatores, destacam-se:<sup>24</sup>

- apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos;
- crenças religiosas, culturais e étnicas;
- envolvimento na comunidade;
- vida social satisfatória;
- integração social, como, por exemplo, por meio do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer;
- acesso a serviços e cuidados de saúde mental.



### ATIVIDADE

---

17. Pondere sobre os efeitos dos fatores protetivos na redução do risco de suicídio na infância.

.....

.....

.....

.....

18. Assinale **V** (verdadeiro) ou **F** (falso) no que diz respeito aos fatores protetivos de suicídio na infância.

- A) ( ) Segundo a OMS, a prevenção do suicídio entre crianças e adolescentes é prioridade.
- B) ( ) A prevenção do suicídio é competência exclusiva dos serviços de saúde.
- C) ( ) Os fatores protetivos eliminam totalmente o risco de ocorrência de suicídio.
- D) ( ) Os fatores protetivos reduzem o risco de suicídio, sendo considerados até mesmo como isoladores contra o suicídio.

*Resposta no final do artigo*

---

## ■ SERVIÇOS ESPECIALIZADOS À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

Segundo a OMS, 30% dos países não têm políticas de saúde mental nacionais, e 90% não possuem política de saúde mental infantil.<sup>27</sup> Estudos têm mostrado que grande parte da clientela que procura os serviços de saúde mental é composta por crianças e adolescentes, a maioria do sexo masculino, sendo a queixa de maior incidência o mau desempenho acadêmico, seguido de comportamento agressivo e desobediência em casa e na escola.<sup>27</sup>

As instâncias governamentais no Brasil recentemente reconheceram que a saúde mental de crianças e jovens é uma questão de saúde pública, devendo integrar-se ao conjunto de ações do SUS – responsável pelo desenvolvimento da política geral de saúde mental brasileira.<sup>27</sup>

Apesar disso, a carência de políticas de saúde mental infantil em quase todas as partes do mundo torna emergente o desenvolvimento de políticas nacionais de saúde mental para a infância e a adolescência.<sup>28</sup>

Atualmente, no Brasil, integradas à política geral de saúde mental do SUS, estão em curso as seguintes ações: os centros de atenção psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) – para atendimento de transtornos mentais que envolvem prejuízos graves e persistentes – e a construção de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e à adolescência e com vistas à integralidade do cuidado.<sup>29</sup>

Em contrapartida, enquanto se lida com a necessidade de mais ações concretas de atenção precoce em saúde mental por parte das autoridades governamentais, a escola tem se destacado na prevenção e na identificação das situações de risco e de suporte a crianças e adolescentes.<sup>27</sup>



Nas escolas, por exemplo, são privilegiadas as ações para redução de riscos e para aumento dos fatores protetivos relacionados à saúde mental de crianças e jovens por meio de ações multidisciplinares em saúde mental,<sup>29</sup> em uma convergência com as famílias e com a comunidade.

Na última década, tem sido evidenciada a eficácia das intervenções terapêuticas utilizadas no tratamento dos problemas de saúde mental da população infantil e juvenil. Entretanto, alguns estudos demonstram uma incógnita relacionada ao desenvolvimento de modalidades de intervenção viáveis para o cuidado da saúde mental de crianças e adolescentes.<sup>27</sup>

O local de tratamento é determinado pela gravidade do quadro, por sistemas de suporte e pela aderência ao tratamento. Pode ser considerado para tratamento ambulatorial o paciente com ideação suicida crônica e/ou autolesão sem repercussão clínica grave, com apoio familiar e psicossocial estáveis e/ou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial já em andamento.<sup>24</sup>

Quando se opta por não internar um paciente com risco de suicídio, devem ser orientadas medidas, como tirar armas de fogo e facas da casa, não deixar medicamentos ou produtos tóxicos acessíveis e manter algum familiar ou amigo constantemente presente. Tais medidas simples podem diminuir o acesso do paciente aos meios de se lesar, diminuindo, assim, as chances de suicídio.

A seguir, o Quadro 6 sugere um guia para identificação, avaliação e plano de ação diante do risco suicida.

Quadro 6

<b>RISCO DE SUICÍDIO – IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E PLANO DE AÇÃO</b>			
<b>Risco</b>	<b>Sintoma</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Ação</b>
0	Sem perturbação		
1	Perturbado emocionalmente	Perguntar sobre ideias suicidas	Ouvir com empatia
2	Ideias vagas de morte	Perguntar sobre ideias suicidas	Ouvir com empatia
3	Pensamentos suicidas vagos	Avaliar a intenção (plano e método)	Explorar possibilidades Identificar suporte
4	Ideias suicidas sem transtorno psiquiátrico	Avaliar a intenção (plano e método)	Explorar possibilidades Identificar suporte
5	Ideias suicidas com transtorno psiquiátrico ou estressores severos	Avaliar a intenção (plano e método) Fazer um contrato ("pacto antissuicida")	Encaminhar para psiquiatra ou serviço de saúde mental
6	Ideias suicidas com transtorno psiquiátrico ou estressores severos ou agitação e tentativa prévia	Ficar com o paciente (para prevenir acesso a meios)	Hospitalizar

Fonte: Adaptado de World Health Organization (2000).<sup>30</sup>



## ATIVIDADE

19. Entre as afirmativas a seguir sobre a saúde mental de crianças e adolescentes, assinale a INCORRETA.
- A) Segundo a OMS, 30% dos países não têm políticas de saúde mental, e 90% não possuem política de saúde mental infantil.
  - B) Todo o paciente com ideação suicida deve ser internado, a fim de se prevenirem recidivas e de se instalar uma terapêutica com medicação, visando à eliminação do problema.
  - C) Há ainda uma incógnita relacionada ao desenvolvimento de modalidades de intervenção viáveis para o cuidado da saúde mental de crianças e adolescentes.
  - D) O local de tratamento é determinado pela gravidade do quadro, por sistemas de suporte e pela aderência ao tratamento.

*Resposta no final do artigo*

20. Considerando que nem todo paciente com ideação suicida deve ser internado, que medidas devem ser tomadas a fim de diminuir as chances de suicídio?

.....

.....

.....

.....

21. Segundo as autoras, “a escola tem se destacado na prevenção e na identificação das situações de risco e de suporte a crianças e adolescentes”. Você concorda? Justifique sua resposta.

.....

.....

.....

.....

## ■ O IMPACTO DO SUICÍDIO NA FAMÍLIA E NA SOCIEDADE

O impacto sentido pela família quando ocorre um suicídio é grande, sendo que esse tipo de morte é considerado como súbita, não dando tempo para os seus membros familiares conseguirem se acomodar com a ideia da falta. Sabe-se que a sociedade como um todo exerce influência na família, assim como a família exerce influência nas ações e nos movimentos da sociedade, pois um está inserido no ambiente do outro, dentro de uma inter-relação.<sup>24</sup>

Essa relação, em muitas ocasiões, permite a crença, a fantasia de julgamentos, ou até mesmo de julgamentos propriamente concretos, feitos pelo meio social no qual esses sujeitos estão inseridos. A família que está vivenciando esse período de luto busca respostas, sendo que essas muitas vezes são cobradas pela sociedade, que procura, assim, possíveis culpados para o fato ocorrido.<sup>24</sup>



Assim como cada sujeito é único, cada família também irá ser, com as suas peculiaridades, apesar de ser influenciada pelo meio social em que está inserida. Algumas famílias terão melhor resiliência, comparada a outras, para o enfrentamento dessa situação.

Os sujeitos envolvidos de forma direta com a pessoa que se suicidou geralmente sentem culpa pela vítima do suicídio, assumindo, assim, a responsabilidade pelo ocorrido com o sujeito suicida. Geralmente, ficam inquietas, achando que poderiam ter feito algo para ter evitado a morte do ente. Em virtude da intensidade da culpa, o sujeito enlutado pode sentir necessidade de ser punido, podendo, assim, interagir com a sociedade de uma forma que essa venha a puni-lo.

## ■ PAPEL DO ENFERMEIRO DIANTE DO RISCO DE SUICÍDIO

O enfermeiro deve atuar de maneira dinâmica, coesa e subjetiva, buscando amenizar a sintomatologia da criança e do adolescente. Precisa orientar a família, proporcionando a reabilitação e a conseqüente preparação para sua reinserção social e manutenção na comunidade. Também deve iniciar suas funções:<sup>31</sup>

- pela triagem dos usuários;
- pelo acolhimento das famílias;
- pela coordenação de oficinas e grupos com crianças e adolescentes;
- por visitas domiciliares;
- pela organização de cursos;
- pela preparação de materiais para programa de educação continuada com a equipe interdisciplinar.



No que tange ao cuidado do enfermeiro à criança em sofrimento psíquico, considera-se que esse cuidado requer um olhar diferenciado e uma formação de vínculo que possibilite um processo de transformação no tratamento desse usuário. O vínculo terapêutico, como principal ferramenta de trabalho, além de proporcionar o autoconhecimento e constantes reflexões acerca dos saberes e fazeres profissionais, possibilita uma prática qualificada para o cuidado ao paciente.

O profissional de enfermagem é fundamental durante o processo terapêutico. Deve procurar estabelecer uma relação de confiança, deve ouvir o paciente sem realizar juízos de valor e deve permitir que próprio paciente possa realizar a reconstrução dos significados dos seus sofrimentos e conflitos.

No entanto, esses profissionais necessitam ser preparados e qualificados para esse tipo de abordagem. Esses aspectos devem ser reforçados principalmente durante o curso de graduação de enfermagem. Também devem ser realizados programas intra-hospitalares nos quais esse tema possa ser abordado e discutido, a fim de se romper tabus e de minimizar a discriminação.

Logo, quando se dispõe de profissionais de enfermagem qualificados e que realizam uma abordagem terapêutica com o paciente suspeito de tentativa de suicídio, aumenta-se a chance de se diagnosticar corretamente. Dessa forma, o paciente, durante o relacionamento interpessoal com o profissional de enfermagem, tende a se desarmar, revelando fatos que não havia dito a outros profissionais. Isso acontece geralmente durante atividades do cotidiano, como no momento do banho, da alimentação ou de uma atividade de descontração.



## ATIVIDADE

---

22. Qual das questões a seguir NÃO está associada ao impacto sofrido pela família em relação ao meio social?

- A) Punição.
- B) Resiliência.
- C) Tranquilidade.
- D) Culpa.

*Resposta no final do artigo*

23. O enfermeiro assume um papel fundamental na reabilitação do paciente com risco suicida. Identifique a ação que NÃO cabe ao profissional no processo terapêutico.

- A) Vínculo terapêutico.
- B) Acolhimento.
- C) Escuta.
- D) Julgamento.

*Resposta no final do artigo*

24. Quais são os principais pontos a serem ressaltados no que concerne à abordagem em saúde frente ao suicídio na infância?

.....

.....

.....

.....

## ■ CASOS CLÍNICOS

### CASO CLÍNICO 1



A mãe de João tem o diagnóstico psiquiátrico de depressão. Assim, por prescrição médica, faz uso diário de um antidepressivo tricíclico. Ela tem o hábito de deixar a medicação ao lado da cama, na mesa de cabeceira, para não se esquecer de usar regularmente.

João, de 4 anos de idade, fica a maior parte do tempo com Luísa, a empregada doméstica, pois seus pais, ambos médicos, são separados, e João ficou sob custódia de sua mãe, Dinorá, que fica a maior parte do dia no trabalho.

Quando a mãe do garoto chega em casa, ele vai correndo ao seu encontro e não obtém o carinho de que necessita. Ao fazer seu dever de casa com a ajuda de Luísa, a empregada, encontra uma dúvida e sai ao encontro de sua mãe para obter a resposta.

Dinorá, cansada e sem paciência com a criança, o chama de burro. Pega a agenda escolar de João e observa um recado da professora informando que o menino está em recuperação final. Dinorá enlouquece e acaba agredindo João verbal e fisicamente.

João, triste e desanimado com a situação, encontra diversos comprimidos ao lado da cabeceira da cama da mãe e os ingere com o desejo de acabar com tal sofrimento. João acabou ingerindo uma dose letal do medicamento antidepressivo usado pela mãe, evoluindo ao óbito. Dinorá, no dia seguinte, encontra o filho desfalecido ao lado da cama e acaba entrando em pânico, chama Luísa, a empregada, e decidem, tardiamente, acionar o serviço móvel de urgência.



## ATIVIDADE

---

25. Diante da situação do caso clínico 1, assinale **V** (verdadeiro) ou **F** (falso) em cada alternativa.
- A) ( ) As crianças, nesse caso, sentem-se como sendo uma carga para os pais, rejeitadas, desprezadas e desvalorizadas. Em muitos desses casos, o suicídio ocorre por meio de um ato banal que pode ser considerado a gota d'água.
  - B) ( ) A ingestão de antidepressivos tricíclicos pela criança pode levá-la a distúrbios do sistema nervoso central e cardíacos e, em casos mais graves, ao coma e até à morte.
  - C) ( ) Dentre essas situações banais, não estava presente o mau rendimento escolar de João.
  - D) ( ) Vale destacar que o mau rendimento, assim como o ato antissocial, pode ser consequência de um estado depressivo no qual a criança se encontra.

*Resposta no final do artigo*

---

## CASO CLÍNICO 2



Joana, 14 anos de idade, sonha em fazer uma festa de 15 anos e poder dançar com luri, o garoto dos seus sonhos. luri a menospreza por achá-la diferente das demais garotas e a considera feia.

Joana, considerada diferente das colegas de escola por ser obesa, é excluída da turma e é apelidada constantemente. Joana, aos prantos, chega em casa e conta a situação para sua mãe, Adélia. Adélia entra em contato com a Diretora da escola, e a mesma diz que Joana precisa ir a um endocrinologista infantil, só assim os colegas irão aceitá-la na turma.

Adélia, ao chegar a casa, encontra Joana com os pulsos cortados dentro da banheira de sua casa. Joana perdeu muito sangue, contudo, ainda respira. Adélia aciona o serviço móvel de urgência, e Joana é encaminhada ao pronto-socorro com vida.



## ATIVIDADE

---

26. Diante da situação do caso clínico 2, assinale **V** (verdadeiro) ou **F** (falso) em cada alternativa.
- A) ( ) O período da adolescência pode ser considerado, muitas vezes, como um momento intenso, de conflitos e de mudanças. Na busca de uma solução para seus problemas, crianças e adolescentes, por exemplo, podem recorrer a comportamentos agressivos, impulsivos ou suicidas.
  - B) ( ) Dentre essas situações, a obesidade e a rejeição de luri não podem ser considerados fatores primordiais para a automutilação praticada por Joana.
  - C) ( ) A ideação suicida pode ser considerada como o primeiro passo para um eventual suicídio.
  - D) ( ) Os comportamentos suicidas são mais comuns em certas circunstâncias, em virtude de fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais. Entretanto, não se pode afirmar que existe relação casual entre estressores e o suicídio, pois, muitas vezes, a ocorrência desses eventos psicossociais críticos é secundária à deterioração de algum transtorno psiquiátrico de base, como o uso de substâncias. Assim, não é importante investigar o significado da ideação suicida para o sujeito.

*Resposta no final do artigo*

---

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento de relações familiares boas, afetivas, de acolhimento e de sustentação adequadas na infância pode propiciar o estabelecimento de um ego seguro, com sentimento de autoestima adequado e de exigência proporcional ao que lhe é possível.

Somente o ambiente em si não é um determinante único para a saúde mental. Essa se completa com a vivência de experiências internas e que auxiliam, de forma positiva, a pessoa no desenvolvimento da personalidade para o enfrentamento das vicissitudes que a vida proporciona.



Quando uma pessoa apresenta um descontentamento com a forma de seu corpo ou com os seus hábitos, por exemplo, ela estará, inconsciente de suas ações, influenciando os outros com sua atitude, favorecendo, assim, a criação de um círculo vicioso, em que o não se gostar generaliza-se em sentimento de rejeição. A baixa autoestima faz com que a pessoa passe a olhar o mundo e as pessoas de forma negativa, e, dessa forma, ela pensa ser vista também de forma negativa.

A identificação de estudantes em conflito e com possível risco de suicídio começa pela detecção da situação de sofrimento. Crianças e adolescentes em geral expressam seu sofrimento por meio do comportamento, pelo declínio no interesse pelas atividades, pelas faltas e pela queda no desempenho escolar, pelo uso de álcool, pelo tabaco e por outras drogas, pela má conduta e pelo envolvimento em brigas ou delitos.

As escolas são importantes espaços onde podem ser privilegiadas as ações para redução de riscos e aumento dos fatores protetivos relacionados à saúde mental de crianças e jovens por meio de ações multidisciplinares em saúde mental, em uma convergência com as famílias e com a comunidade. Logo, quando a equipe escolar detectar que uma criança não está bem, é importante estabelecer canais de comunicação com ela e com os responsáveis, a fim de criar uma rede de acolhimento e de proteção.

## ■ RESPOSTAS ÀS ATIVIDADES E COMENTÁRIOS

Atividade 5

Resposta: **5 – 7 – 1 – 6 – 3 – 4 – 2**

Atividade 6

Resposta: **B**

Comentário: O suicídio é um importante problema de saúde pública no Brasil e na maioria dos países do mundo, sendo responsável por cerca de 1 milhão de óbitos a cada ano. Considerado globalmente, esse número é maior do que o relativo às mortes em acidentes automobilísticos e guerras, ou seja, no mundo morrem mais pessoas por suicídio do que por acidentes automobilísticos e guerras somados.

Atividade 7

Resposta: **C**

Comentário: Existem alguns sinais que podem auxiliar na identificação desse sujeito, devendo-se ficar mais atento aos indivíduos que apresentarem estas características: comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos, pouca rede social, história familiar de suicídio, sentimentos de solidão, impotência e desesperança, entre outros.

Atividade 14

Resposta: **A**

Comentário: No caso de crianças e adolescentes, a OMS menciona que o aconselhamento é algo apropriado, devendo enfatizar a capacidade para enfrentar problemas. Entre os objetivos do aconselhamento, podem-se incluir uma melhor compreensão de si mesmo, modificação de comportamentos desadaptáveis, identificação de sentimentos confusos, melhora da autoestima e da interação com colegas e resolução de conflitos.

Atividade 18

Resposta: **V – F – F – V**

Atividade 19

Resposta: **B**

Comentário: O local de tratamento é determinado pela gravidade do quadro, por sistemas de suporte e pela aderência ao tratamento. Pode ser considerado para tratamento ambulatorial o paciente com ideação suicida crônica e/ou autolesão sem repercussão clínica grave, com apoio familiar e psicossocial estáveis e/ou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial já em andamento.

Atividade **22**

Resposta: **C**

Comentário: A família que está vivenciando esse período de luto tenta obter respostas, sendo que essas muitas vezes são cobradas pela sociedade que busca, assim, possíveis culpados para o fato ocorrido. Algumas famílias terão melhor resiliência, comparadas a outras, para o enfrentamento dessa situação. Em virtude da intensidade da culpa, o sujeito enlutado pode sentir necessidade de ser punido.

Atividade **23**

Resposta: **D**

Comentário: O vínculo terapêutico, o acolhimento e a escuta são ferramentas de trabalho que contribuem para uma prática qualificada no cuidado ao paciente. Não se devem realizar juízos de valor durante a escuta.

Atividade **25**

Resposta: **V – V – F – V**

Atividade **26**

Resposta: **V – F – V – F**

## ■ REFERÊNCIAS

1. Perez Barrero SA. Manual de prevenção do suicídio [internet]. [acesso em 2014 Abr 9]. Disponível em: <http://www.adolescenciaalape.org/sites/www.adolescenciaalape.org/files/MANUAL%20DE%20PREVEN%3%87%C3%83O%20DO%20SUIC%3%8DDIO%20Dr.%20Sergio%20A.%20Perez%20Barrero.pdf>.
2. Seminotti EP. Suicídio infantil: reflexões sobre o cuidado médico [internet]. 2011 [acesso em 2014 Abr 9]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0571.pdf>.
3. Caselato S. Suicídio Infantil [internet]. 2010 [acesso em 2014 Abr 10]. Disponível em: <http://psicosaude.wordpress.com/2010/07/27/suicidio-infantil/>.
4. Borges VR, Werland BSG, Copatti M. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. 2008 [acesso em 2014 Abr 8]. Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/192-2610-1-pb.pdf>.
5. Costa DSS. Ato Suicida na Infância: do acidental ao ato [internet]. 2010 [acesso em 2014 Abr 9]. Disponível em: [http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacao\\_daniela\\_scarpa.pdf](http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacao_daniela_scarpa.pdf).
6. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Manual de atenção à saúde do adolescente [internet]. São Paulo: SMS; 2006 [acesso em 2014 Abr 10]. Disponível em: [http://www.tele.medicina.ufg.br/files/pal-estras-material/Manual\\_do\\_Adolescente.pdf](http://www.tele.medicina.ufg.br/files/pal-estras-material/Manual_do_Adolescente.pdf).
7. SECJ. Internação e suicídio: protocolo de atenção aos sinais. 2010 [acesso em 2014 Abr 8]. Disponível em: [http://www.familia.pr.gov.br/arquivos/File/cadernos%20socio\\_linear/Prevencao\\_do\\_Suicidio.pdf](http://www.familia.pr.gov.br/arquivos/File/cadernos%20socio_linear/Prevencao_do_Suicidio.pdf).
8. Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2002.
9. Fu-i L. Transtorno afetivo bipolar na infância e na adolescência. Rev Bras Psiquiatr. 2004 Out;26(3):22-6.

10. Barrios LC, Everett SA, Simon TR, Brenner ND. Suicide ideation among US college students: associations with other injury risk behaviors. *J Am Coll Health*. 2000 Mar;48(5):229-33.
11. Flechner S. Psicoanálisis y cultura: la clínica actual de pacientes adolescentes em riesgo: un nuevo desafío? *Rev Latinoam Psic*. 2000;(4):467-82.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: MS; 2006.
13. Schmitt R, Chachamovich E, Kapczinski F. Risco de suicídio. In: Quevedo J. *Emergências psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 181-96.
14. Cassorla RM. Considerações sobre o suicídio. In: Cassorla RM. *Do suicídio*. Campinas: Papirus; 1998. p. 1-26.
15. Mello-Santos Cd, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980- 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005 Jun;27(2):131-4.
16. Rocha FF, Sousa KC, Paulino N, Castro JO, Correa H. Suicide in Belo Horizonte between 2004 and 2006. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007 Jun;29(2):190-1.
17. Rocha FF, Carmo Wd, Castro V, Amaral D, Correa H. The relevance of the psychiatric Latin American scientific production and suicidologie in the psychiatric journals with major impact factor. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008 Mar;30(1):89-90.
18. Souza ER, Minayo MC, Malaquias JV. Suicide among young people in selected Brazilian state capitals. *Cad Saude Publica*. 2002 May-Jun;18(3):673-83.
19. de Man AF. Correlates of suicide ideation in high school students: the importance of depression. *J Genet Psychol*. 1999 Mar;160(1):105-14.
20. Allison S, Roeger L, Martin G, Keeves J. Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001 Aug;35(4):498-503.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Manual para atendimento às vítimas de violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Brasília: MS; 2008.
22. World Health Organization. Background [internet]. 2002 [acesso em 2014 Mar 23]. Disponível: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/background/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/background/en/).
23. Organização Mundial de Saúde. Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros. Genebra: OMS; 2006.
24. Sebastião MB. Suicídio na infância e na adolescência: uma revisão bibliográfica [monografia]. Criciúma (SC): UNESC; 2012.
25. Oliveira MS. O manejo que profissionais da saúde realizam para prevenir o suicídio em casos que envolvem risco de suicídio [monografia]. Palhoça (SC): UNISUL; 2008.
26. Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nord J Psychiatry*. 2010;64(1):32-9.
27. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Mar;49(3):226-36.

28. Couto MC, Duarte CS, Delgado PG. Child mental health and Public Health in Brazil: current situation and challenges. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008 Dec;30(4):390-8.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: MS; 2007.
30. World Health Organization. Department of Mental Health. Preventing suicide: a resource for general physicians. Geneva: WHO; 2000
31. Zavaschi ML, Estrella CH, Leonhardt DR, Dócolas GM, Bertschinger IM. Crianças e adolescentes vulneráveis: o atendimento interdisciplinar nos centros de atenção psicossocial. Porto Alegre: Artmed; 2009.

### Como citar este documento

Algeri S, Rigatti R, Silva FM. Suicídio na infância e na adolescência. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Unikovsky MAR, Spezani RS, Waldman BF, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Urgência e Emergência: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2014. p. 9-39. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4).