



Sociedade
Catarinense de
Pediatria

ACP
Associação Catarinense
de Psiquiatria

Tentativa de Suicídio na Infância e Adolescência – Alertar para Prevenir.

Setembro Amarelo

Camila Marques de Valois Lanzarin

Diretora de Departamentos Científicos da SCP

Fabíola de Moura Cremonese de Mello

Presidente do Departamento Científico de Toxicologia da SCP

Gianny Cesconetto

Presidente do Departamento Científico de Adolescência da SCP

Lilian Schwanz Lucas

*Coordenadora do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência da ACP-
Associação Catarinense de Psiquiatria*

Há, aproximadamente, 800.000 mortes devido ao suicídio por ano no mundo. O suicídio afeta pessoas das mais diversas idades, os índices de tentativas de suicídio e suicídios efetivos crescem em todo o mundo¹, porém vem apresentando aumento significativo em pessoas mais jovens, já representando a segunda causa de óbitos em jovens na faixa etária de 15 a 29 anos.¹ No Brasil o suicídio é a terceira causa de morte entre os jovens.² Além disso, dados do Ministério da Saúde do Brasil indicam aumento de 10,5% na taxa de suicídio relatada entre 2003 e 2013 entre indivíduos de 9 a 19 anos.²

Estudo realizado em grandes cidades brasileiras constatou que a taxa de suicídio entre adolescentes aumentou 24% entre 2006 e 2015.³ Estudo em Santa Catarina, realizado por Manei, demonstra número de tentativas de suicídio por intoxicação – 2772 casos até 19 anos no período de 2013 a 2017. Esse dado nos mostra que houve aumento de 107,9% em relação a estudo anterior, realizado por Valois de 2003 a 2007.^{4,5}

O estudo de Manei apresenta ainda a taxa de tentativa de suicídio por intoxicação em nosso estado para cada 10.000 habitantes na faixa etária de 0 a 19 anos, por município.⁴

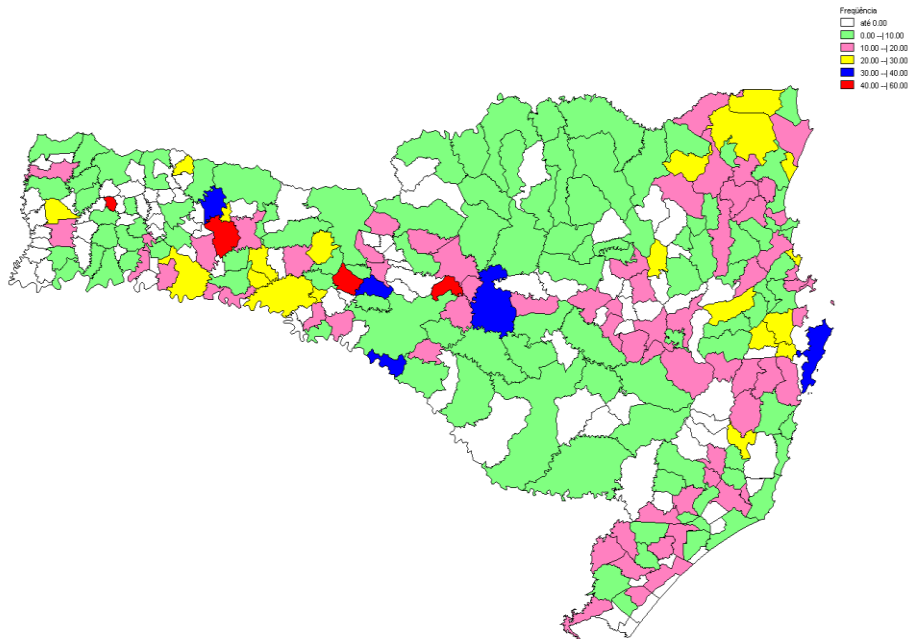


Figura do trabalho de Manei – Taxa de tentativa de suicídio por intoxicação a cada 10.000 habitantes entre 0-19 anos em Santa Catarina.⁴

Esses dados nos chamam atenção e demonstram a necessidade de prevenção. O suicídio vem assumindo posição de destaque entre as causas de óbito em jovens, mas o que pouco se fala é que o ato suicida é a etapa final do comportamento suicida. Este, geralmente, abrange três momentos: a ideação suicida, a tentativa de suicídio e, então, o suicídio. Vale ressaltar que o comportamento suicida pode ser considerado um “iceberg”, sendo que uma pequena parcela das tentativas de suicídio e o que se vê sobre suicídio são apenas a ponta do iceberg.^{4,6} A maior parte do “iceberg” está imersa e representa a ideação suicida e grande parte das tentativas de suicídio.^{4,6,7}

A adolescência é o período das maiores taxas de tentativa de suicídio. Cada tentativa aumenta o risco de tentativas futuras e morte por suicídio. Mas também é aqui que temos uma “janela de prevenção”, já que 1/2 dos transtornos mentais que são



Sociedade
Catarinense de
Pediatria



fatores de risco para suicídio têm início até os 14 anos. Este é um período crítico, onde programas eficazes podem prevenir ou reduzir a gravidade desses problemas.⁸

Vários estudos buscam avaliar quais são os fatores de risco relacionados ao suicídio a fim de agir na prevenção do ato suicida. Atualmente, sabe-se que há relação da ocorrência de tentativa de suicídio com características ambientais, características pessoais, características psicológicas, história pregressa e particularidades da família a que o indivíduo pertence. Mas, muitos desses fatores devem-se a características pessoais do indivíduo.^{4,9} Dentre estas características pessoais, está a presença de doenças psiquiátricas como um dos fatores de risco mais estudados por estarem frequentemente associados ao comportamento suicida.^{4,10} São fatores de risco para a tentativa de suicídio doenças psiquiátricas, abuso de substâncias, história pregressa de tentativa de suicídio, sexo masculino. O transtorno depressivo maior carrega o maior risco de tentativas de suicídio e uma maior gravidade dos sintomas depressivos está associada a uma maior probabilidade de tentativa de suicídio.^{4,11} O contexto em que a criança está inserida também deve ser considerado como a presença de história familiar de tentativas de suicídio e famílias disfuncionais.

Crianças e adolescentes que possuem famílias desestruturadas apresentam maior risco de suicídio quando comparados com jovens da mesma idade que não possuem esse problema.^{4,12} Ambiente familiar com pouca comunicação, com críticas frequentes tornam os jovens mais vulneráveis a depressão e ao suicídio. Adolescentes que moram com apenas um dos pais têm maior risco de apresentar ideação suicida do que adolescentes que moram com os dois pais^{4,12} e adolescentes de baixo nível socioeconômico apresentam mais comumente ideação suicida.^{4,9}

Ghanen¹² demonstrou que os casos de tentativa de suicídio em jovens de 6 a 18 anos possuem história familiar de tentativa de suicídio ou história de tentativa de suicídio prévia.^{4,12} Assim, pais com tentativas de suicídio prévia ou com transtornos psiquiátricos são fatores de risco para comportamento suicida.^{4,11} O mesmo autor ainda sugere em seu estudo que há uma íntima relação entre altos níveis de estresse diário e a ideação suicida em adolescentes. Ele avaliou que 40% das tentativas de suicídio foram praticadas por jovens que haviam sido expostos nos últimos 12 meses



Sociedade
Catarinense de
Pediatria

ACP
Associação Catarinense
de Psiquiatria

a eventos estressores de alta gravidade. Dentre os estressores mais citados pelos participantes da pesquisa foram: discussão com membros da família ou com companheiros, problemas emocionais, abuso físico ou sexual, família disfuncional.^{4,12} Aqui destacamos a necessidade de valorizarmos essas situações estressoras para crianças e adolescentes. Esses fatores estressores, somados com a impulsividade característica da adolescência, podem levar as tentativas de suicídio.

É importante destacar, que a avaliação de risco de tentativa de suicídio deve incluir uma avaliação cuidadosa dessa criança e adolescente, incluindo inclusive a coleta de informações colaterais com pais, outros membros da família, professores e amigos.⁷ Uma história pessoal de violência e maus tratos (*bullying*, violência, abuso sexual) aumenta o risco de tentativas.^{4,10,11} O risco de suicídio em pessoas que se mutilam é aproximadamente 50 vezes maior que na população em geral, a mutilação pode ser vista como uma forma de auto lesão que pode culminar com o suicídio.^{4,10}

Os adolescentes têm maior risco de se exporem a drogas que irão alterar o humor. Substâncias como álcool, cocaína, maconha afetam o funcionamento do cérebro dos seus usuários, principalmente em idade mais tenra por ainda estar em fase de desenvolvimento do sistema nervoso central. Deste modo, pode afetar suas emoções, seu julgamento e sua tomada de decisão, podendo aumentar o risco de se envolverem em situações perigosas, colocando em risco sua vida e agindo impulsivamente.^{4,11}

Dentre os fatores protetores para o suicídio encontram-se a presença de uma família estruturada com pais que realizam supervisão e apoio, ter boa rede de amigos, ausência de comorbidades psiquiátricas, não ser usuário de drogas de abuso, ter boa relação interpessoal escolar, ausência de abusos físicos, psicológicos e capacidade de resiliência diante de eventos estressores.^{4,11}

Os métodos utilizados e mais comuns de suicídio na infância e adolescência são o enforcamento, uso de armas de fogo, envenenamento, precipitação de altura e afogamento.^{4,11}

Para o tratamento do suicídio na infância e adolescência a prevenção é o mais importante. Na prevenção primária, o alvo principal é a população jovem em



Sociedade
Catarinense de
Pediatria

ACP
Associação Catarinense
de Psiquiatria

geral antes de desenvolver pensamentos, gestos ou ações suicidas. Isso pode incluir uma ampla gama de intervenções, uma das quais são as políticas legislativas que restringem o acesso às armas, os locais nos quais é possível pular, o acesso a medicamentos e pesticidas.⁴

É fundamental identificar os indivíduos que estão na fase de ideação suicida. Todos os métodos para evitar o suicídio são mais efetivos quando os serviços de saúde ou os familiares/parentes percebem o período da ideação suicida ou, ainda, a fase de planejamento do ato.^{4,11}

Destacamos a necessidade de que o pediatra, professores e família possam reconhecer sinais que indiquem que aquela criança ou adolescente está em risco.¹¹ O pediatra deve atentar ao fato da prevenção naqueles pacientes que já apresentaram uma tentativa de suicídio, esses pacientes não devem ser liberados diretamente da emergência e necessitam de avaliação psiquiátrica e orientação da família, assim como formação de rede de apoio para impedir uma nova tentativa.⁴

O Setembro Amarelo tem como objetivo chamar a atenção dos profissionais de saúde, dos sintomas e sinais demonstrados pelas crianças e adolescentes, em relação ao sofrimento psíquico intenso que leva ao suicídio como alternativa para alívio da angústia. Vamos prevenir!

Referências:

1. Organização Mundial da Saúde. Preventing suicide: a global imperative. Genebra.2014; 2-92.
2. Waiselfisz JJ. Violência letal contra as crianças e adolescentes do Brasil [Internet]. 2015 www.mapadaviolencia.org.br/publicacoes/Violencia_Letal_web.pdf 3 (acesso em 07/10/2020)
3. 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> [SEP]
4. Manei SSGF. *Perfil Epidemiológico das Tentativas de Suicídio em Crianças e Adolescentes registradas no Centro de Informação e Assistência Toxicológica*



Sociedade
Catarinense de
Pediatria

ACP
Associação Catarinense
de Psiquiatria

de Santa Catarina, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017: O que mudou em 10 anos? [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC. 2019.

5. Valois CM. *Perfil Epidemiológico das Tentativas de Suicídio em Crianças e Adolescentes Registradas no Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007 [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC. 2008.*
6. Rosengren KS, Gutiérrez IT, Schein SS. (2014). V. cognitive models of death. *Monographs of the Society for Research in Child Development.* 2014;79(1), 83-96
7. Zakharov S, Navratil T, Pelclova D. Suicide attempts by deliberate self-poisoning in children and adolescents. *Psychiatry Res.* 2013;210(1):302–7
8. Peter A. Wyman, Developmental Approach to Prevent Adolescent Suicides: Research Pathways to Effective Upstream Preventive Interventions, *Am J Prev Med.* 2014 September; 47(3 0 2): S251–S256. doi:10.1016/j.amepre.2014.05.039.
9. Im Y, Oh W-O, Suk M. Risk Factors for Suicide Ideation Among Adolescents: Five-Year National Data Analysis. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31(3):282–6.
10. Ghanem M, Gamaluddin H, Mansour M, Samiee AA, Shaker NM, El Rafei H. Role of Impulsivity and Other Personality Dimensions in Attempted Suicide with Self-Poisoning among Children and Adolescents: *Arch Suicide Res.* 2013; 17(3): 262-74
11. Shankar R, El Khady R, Aggarwal A. youth suicide: a Population crying for help? a system overloaded? who can help? *Science Medicine.* 2020; 117(4):370-4.
12. González-Castro TB, Tovilla-Zárate CA, Hernández-Díaz Y, Juárez-Rojop IE, León-Garibay AG, Guzmán-Priego CG, et al. Characteristics of Mexican children and adolescents who died by suicide: A study of psychological autopsies. *J Forensic Leg Med.* 2017; 52: 236-40.



Sociedade
Catarinense de
Pediatria

ACP

*Associação Catarinense
de Psiquiatria*

** Agradecimento especial para a Dra. Sabrina Stefanne Guimarães Formigosa Manei que gentilmente nos forneceu seu trabalho para que nos auxiliasse na confecção desse texto, no qual nos baseamos e retiramos a figura aqui contida.