

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Gabriela Morgenstern Mayer

O Suicídio na Infância e Adolescência: uma demanda para o Serviço Social

Florianópolis

2021

Gabriela Morgenstern Mayer

O Suicídio na Infância e Adolescência: uma demanda para o Serviço Social

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Sócio Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmiento.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Mayer, Gabriela Morgenstern

O Suicídio na Infância e Adolescência : uma demanda para o Serviço Social / Gabriela Morgenstern Mayer ; orientador, Helder Boska de Moraes Sarmiento, 2021.

81 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio
Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Suicídio. 3. Suicídio infantil. 4. Suicídio na adolescência. 5. Serviço Social e Suicídio. I. Sarmiento, Helder Boska de Moraes. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III. Título.

Gabriela Morgenstern Mayer

O Suicídio na Infância e Adolescência: um olhar para o Serviço Social sobre o fenômeno

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Bacharel em Serviço Social” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Florianópolis, 13 de setembro de 2021.

Profa. Dra. Rúbia dos Santos Ronzoni
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Helder Boska de Moraes Sarmiento
Orientador
UFSC

Prof.^a Dra. Maria Teresa dos Santos
Avaliadora
UFSC

Ana Elizabeth Cruz da Rocha
Avaliadora
HU/UFSC

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que me presenteou com a vida, e a todas as crianças e adolescentes que devido ao seu intenso sofrimento já pensaram em abrir mão deste presente valioso.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que contribuíram de alguma forma para que eu chegasse aqui. Primeiramente a Deus, pela oportunidade de viver, à minha mãe dona Lourdes e ao meu pai de coração Sr. Adoniz, que hoje me olha do céu, por terem me conduzido em boa parte do caminho.

Aos meus irmãos Jaqueline e Júnior, por me inspirarem mesmo à distância a ser uma pessoa melhor. Aos meus irmãos de sangue azul, que forjaram boa parte de quem sou hoje e a quem devo enorme gratidão.

Agradeço imensamente a minha filha Laura, por fazer de todos os momentos um motivo para sorrir e ao meu companheiro, esposo e amigo Lincoln que aturou minhas queixas e demonstrou paciência e incentivo durante este processo.

Agradeço imensamente ao meu orientador, professor Hélder, que além de orientar, iluminou o caminho com sua paz e tranquilidade.

Agradeço a todos os professores, que de alguma forma contribuíram para minha formação.

Não te queixes, se sofres. Lapida-se a pedra que se estima, que tem valor. Dói-te? — Deixa-te lapidar, com agradecimento, porque Deus te tomou nas suas mãos como um diamante... Não se trabalha assim um pedregulho vulgar. (ESCRIVÁ, 1986)

RESUMO

O suicídio é um fenômeno que está presente em todas as sociedades, tornando-se atualmente um problema de saúde pública. Diversas são as tentativas de entendê-lo, sendo alvo de estudo de sociólogos, médicos, religiosos, filósofos, terapeutas, entre outros. O presente trabalho objetiva compreender o suicídio na infância e adolescência e apontar fatores de risco e prevenção para os profissionais de serviço social. Aborda aspectos acerca da atuação profissional do assistente social e demais profissionais de saúde e os limites existentes no atendimento a este fenômeno. Este trabalho foi elaborado mediante pesquisa bibliográfica de caráter exploratório sobre o tema, onde foram reunidos artigos de diversas áreas, coletados em bases de dados, que tratam diretamente do suicídio na infância e/ou adolescência. O trabalho resultou em treze sínteses dos documentos encontrados, contendo considerações acerca do tema ao fim de cada resumo. No decorrer dos treze documentos utilizados para a elaboração do trabalho alguns tópicos se sobressaíram, sendo retomados em discussão no capítulo três. Como resultado da pesquisa conclui-se que uma infância bem cuidada, assim como uma adolescência igualmente observada com atenção podem ser fatores de prevenção ao suicídio, sendo o assistente social um agente que poderá colaborar neste processo.

Palavras-chave: Suicídio; Suicídio infantil; Suicídio na adolescência; Serviço Social e Suicídio.

ABSTRACT

Suicide is a phenomenon that is present in all societies, currently becoming a public health problem. Several are how “to understand it, being studied by sociologists, physicians, religious, philosophers, therapists, among others. The present work aims to understand suicide in childhood and adolescence and to point out risk and prevention factors for social service professionals. It discusses aspects of the professional role of social workers and other health professionals and the limits existing in attending to this phenomenon. This work was elaborated through bibliographical research of exploratory character on the subject, where articles from different areas were gathered, collected in databases, that deal directly with suicide in childhood and/or adolescence. The work resulted in thirteen syntheses of the documents found, containing care of the theme at the end of each abstract. During the thirteen documents used to prepare the work, some topics stood out, being discussed in chapter three. As a result of the research, it is concluded that a well cared for childhood, as well as an adolescence equally observed with attention can be causes of suicide prevention, being the social worker an agent who can collaborate in this process.

Keywords: Suicide; Child suicide; Adolescent suicide; Social Service and Suicide.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS Atenção Primária a Saúde

CAPS Centro de Atendimento Psicossocial

CAPS AD I Centro de Atendimento Psicossocial em Álcool e outras Drogas

CAPS I Centro de Atendimento Psicossocial Infante Juvenil

ESF Estratégia de Saúde da Família

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS Organização Mundial da Saúde

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. Percurso Metodológico e sua sistematização	15
2.1. Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016.....	17
2.2. Adolescência, atos e o risco de suicídio.....	20
2.3. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016.	24
2.4. Possibilidade de abordagem do tema do suicídio na Estratégia de Saúde da Família ...	27
2.5. Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica	30
2.6. Revisão de literatura sobre suicídio na infância	32
2.7. Depressão na infância - Uma revisão de literatura	37
2.8. Suicídio na infância e adolescência	44
2.9. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero	47
2.10. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar.....	52
2.11. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio.	54
2.12. Tentativa de Suicídio associada à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.	58
2.13. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais	62
3. RECONSTRUINDO CONCEITOS E PRÁTICAS	66
3.1. AS TAXAS DE SUICÍDIO NO BRASIL E NO MUNDO.....	67
3.2. SUBNOTIFICAÇÃO DOS CASOS	68
3.3. PREVENÇÃO E A DISTINÇÃO ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES	68
3.4. FATORES QUE CORROBORAM PARA O SUICÍDIO.....	73
3.5. O ACESSO AOS SERVIÇOS E EQUIPE PROFISSIONAL.....	75
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	81

1.INTRODUÇÃO

Grande parte das pessoas conhecem ou ao menos já ouviram falar de alguém que tirou sua própria vida. O suicídio é um fenômeno de relevância na sociedade contemporânea. Vide a quantidade de filmes, séries e músicas sobre o tema. Porém, entre os mais jovens o fenômeno tem sido alvo de repercussões maiores. Sendo classificado como a 4ª maior causa de morte na juventude¹, de acordo com os dados Sistema de Informação sobre Mortalidade de 2017, o suicídio foi recentemente alvo de holofote midiático quando a “brincadeira” baleia azul² tornou-se comum entre crianças e adolescentes. Mesmo assim, tratar do suicídio na infância e adolescência certamente é um tema delicado.

Primeiramente pela própria característica dessa fase da vida: a imaturidade emocional no caso da infância e as diversas mudanças físicas e mentais da adolescência. Instigada por este fenômeno e pesquisando acerca do tema, foi possível perceber que por maior que seja a imaturidade e fragilidade desses indivíduos, aqueles que buscam a extinção da própria vida, em sua maioria, possuem um conceito de morte que se refere ao encerramento do sofrimento. Ora, como uma criança poderá sofrer?

Alguns podem questionar a validade desse tipo de sentimento, entretanto, dadas as diversas situações enfrentadas por nossas crianças, algumas podem ser especialmente dolorosas, provocando traumas e dores emocionais muito difíceis de serem superadas. Dentre as causas de sofrimento emocional extremo podemos citar o abuso sexual como primordial, seguido dos maus-tratos emocionais, físicos e psicológicos, o bullying, o cyberbullying, até mesmo condições econômicas de pobreza, o uso de álcool e outros entorpecentes e doenças psiquiátricas. Parece-me que na maioria das vezes, há um misto de todos esses fatores, ou pelo menos a relevância de mais de um fator, que somado a uma estrutura emocional ainda em formação acarretam sofrimento emocional que se não diagnosticado e tratado levará a criança ou o adolescente a pôr termo em sua própria vida.

Estes apontamentos iniciais sobre esta investigação, surgiram do interesse em compreender o fenômeno ainda na experiência em campo de estágio em ambiente hospitalar, local onde pude

¹ Preventing Preventing suicide suicide. A global imperative. World Health Organization. [9789241564779_eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/preventing-preventing-suicide-suicide-a-global-imperative)

² O “jogo” ficou conhecido como uma sequência de 50 desafios que envolvem isolamento social, automutilação e incentivo ao suicídio. Popularizou-se através da internet. [Entenda o 'Jogo da Baleia Azul' e os riscos envolvidos | G1 Educação - Andrea Ramal - Conversando com os pais e filhos \(globo.com\)](https://g1.globo.com/educacao/noticia/2018/07/11/entenda-o-jogo-da-baleia-azul-e-os-riscos-envolvidos-g1-educacao-andrea-ramal-conversando-com-os-pais-e-filhos-globo.com)

presenciar internações de jovens que atentaram contra a própria vida. A decisão de encarar o tema de forma séria e transformá-lo em uma pesquisa deriva, antes, de algo que Minayo (2009, p. 16) aponta em seu livro *Pesquisa Social*: “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática.”

Seguindo as orientações dos escritos de Minayo (2009), este trabalho tem por objetivo compreender o suicídio na infância e adolescência e apontar fatores de risco e prevenção para os profissionais de serviço social.

Parece um longo trabalho pela frente, e ainda há um pormenor que atravessa a pesquisa: a escassez de material bibliográfico sobre o tema do suicídio na infância e adolescência, principalmente na área do serviço social. São pouquíssimas publicações — quando não ausentes —, até mesmo em periódicos de renome da categoria. Não só sobre o suicídio na juventude como o suicídio em todas as fases da vida. Parece-me que o tema é ignorado pela categoria.

Escrever, pensar e pesquisar sobre o suicídio não é uma das tarefas mais fáceis. Embora a morte seja algo natural e componha a realidade da vida, tratar sobre a morte voluntária quando relacionado a infância e adolescência é algo de maior complexidade. Os dados sobre suicídio na infância são incipientes, havendo maior quantidade de material sobre o fenômeno em faixas etárias maiores.

Acerca do projeto de pesquisa, Minayo (2009), sugere alguns critérios. Referente à pesquisa bibliográfica: esta deve ser “disciplinada, crítica e ampla” (MINAYO, 2009, p. 36). Disciplinada para seguir os critérios estabelecidos para a escolha dos textos e autores; crítica para refletir sobre as teorias e estudos encontrados por outros pesquisadores, exercitando a capacidade de reflexão, análise e comparação e ampla pois deve minimamente ter um panorama geral do objeto de pesquisa, incluindo os consensos, as controvérsias e polêmicas sobre o assunto em questão.

Há que se levar em conta a articulação criativa, capaz de construir trabalhos inovadores e também a humildade, o que significa compreender que o conhecimento é uma aproximação da realidade — na medida em que conforme o conhecimento é construído outros questionamentos são elaborados, aprofundados e criticados —, trata-se de um conhecimento provisório (sujeito às mudanças da realidade social, passível de outras interpretações e de ser superado), inacessível no que se refere a sua totalidade, ou seja: nada se equipara a realidade propriamente dita. Outro aspecto refere-se ao conhecimento estar sempre vinculado à vida real e é também

condicionado historicamente. O que nos parece que sobre o suicídio, isto não vem obtendo a devida atenção.

Dentro da trajetória da elaboração de um projeto de pesquisa, a fase exploratória exige do investigador: “a escolha do tópico de investigação, a delimitação do objeto, a definição dos objetivos, a construção do marco teórico conceitual, a seleção dos instrumentos de construção/coleta de dados e a exploração de campo.” (MINAYO, 2009, p. 37).

Podemos definir como “o suicídio” o tópico de investigação, sendo a delimitação do objeto de pesquisa “quais fatores incidem sobre o suicídio na infância e adolescência?”, definindo como objetivo: Compreender o suicídio na infância e adolescência e apontar fatores de risco e prevenção para os profissionais de serviço social.

Acerca da construção do marco teórico conceitual, este é o elemento que mais causa dúvidas. Há escritores diversos que falam do suicídio muito antes dos clássicos da sociologia, há documentos religiosos, documentos artísticos, há sociólogos, psiquiatras, psicólogos, médicos que estudaram e elaboraram material sobre o tema, enfim, há diversos materiais para serem avaliados acerca da temática. Durante o percurso, fomos nos aproximando de diferentes conceitos e abordagens, nem sempre com a explicitação de um referencial teórico. Da mesma maneira, ainda não sentimos segurança em reconhecer um referencial claro e definido sobre o suicídio, se ainda iniciamos esta caminhada teórica. Ainda, lastima-se que muitos destes materiais não sejam de fácil acesso, quiçá em tempos de pandemia onde diversas instituições estão sem atendimento presencial, dificultando o acesso ao acervo físico, entretanto, utilizarei os recursos tecnológicos disponíveis para a efetivação da pesquisa, acreditando ser esta também uma boa fonte de material.

A partir destas referências e possibilidades, abriu-se um caminho exploratório do tema e organizamos o presente trabalho em quatro grandes seções. A primeira refere-se à introdução, onde buscamos dar um panorama geral do conteúdo produzido neste trabalho. A segunda seção trata do percurso metodológico utilizado para alcançar os materiais necessários à formulação da pesquisa, bem como descreve sistematicamente o material encontrado em forma de síntese dos documentos com considerações acerca de cada material encontrado. A terceira seção propõe-se a reconstruir alguns conceitos e práticas profissionais relacionadas ao tema do suicídio, utilizando como base os assuntos que se destacaram no decorrer das análises do material utilizado na seção anterior, por fim, a quarta e última seção refere-se à conclusão do

trabalho, onde foram feitas maiores considerações acerca do tema de forma geral, buscando conectar todos os pontos relevantes sobre o suicídio na infância e adolescência.

2.Percurso Metodológico e sua sistematização

Considerando a temática de estudo e pesquisa “suicídio na infância e adolescência” e o conjunto de limitações para aproximação, desde o silêncio em nossa formação, passando pela pouca produção teórica encontrada e os limites de acesso durante a pandemia causada pelo COVID, optou-se por uma pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório.

A pesquisa bibliográfica tem sido utilizada com grande frequência em estudos exploratórios ou descritivos, casos em que o objeto de estudo proposto é pouco estudado, tornando difícil a formulação de hipóteses precisas e operacionalizáveis. A sua indicação para esses estudos relaciona-se ao fato de a aproximação com o objeto ser dada a partir de fontes bibliográficas. Portanto, a pesquisa bibliográfica possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto. (GIL, 1994).

Para este trabalho de estudo e pesquisa, a opção que tivemos foi o acesso às bases de dados disponíveis na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o Sistema de Automação de Bibliotecas (SABi) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para utilização destas bases partimos da formulação dos descritores “suicídio na infância” e “suicídio na adolescência”, procurando reunir artigos escritos entre 2020 e 1993. Restringi os documentos selecionados somente àqueles que tivessem estrita relação com o fenômeno do suicídio na infância e/ou adolescência, retirando os demais que tratassem do tema de forma periférica ou somente citassem-no. Foram considerados somente os trabalhos nacionais, escritos em língua portuguesa.

Os buscadores retornam trabalhos acadêmicos em sua maioria de profissões da área da saúde: medicina, psicologia, enfermagem, demonstrando a ausência de material da área do Serviço Social acerca do tema, portanto, abordam a temática através de um olhar mais clínico, por vezes sem considerar os aspectos sociais envolvidos no suicídio. Todo o material identificado gerou um número de quatorze artigos, após leitura prévia do resumo dos documentos encontrados, foram selecionados treze trabalhos, sendo doze artigos e uma monografia.

Para cada trabalho selecionado realizou-se a leitura e síntese, organizadas em “introdução”, “métodos” e “resultados”, como forma de caracterização do material e, em alguns textos para melhor caracterização criamos um item específico. Ao final de cada caracterização, foram acrescentadas “considerações” referentes ao tema. Ressalta-se que a transcrição de algumas partes dos artigos foi necessária, especialmente no que se refere à metodologia e objetivos, a fim de manter fidedigno o conteúdo de cada trabalho analisado. Como forma de identificação destas partes utilizou-se aspas, seguidas da página à qual a transcrição se refere, bem como o nome do autor.

Feito isto, alguns tópicos se sobressaíram e foram selecionados para um aprofundamento, realizado ao final de todas as sínteses. Ressalta-se que nenhum artigo escrito por assistentes sociais foi encontrado sobre o assunto, indicando a real necessidade de um envolvimento neste tema por parte da categoria profissional.

Na tabela abaixo, encontram-se os treze documentos selecionados, com o título de identificação, local de publicação e ano e os autores.

Título	Local de publicação e ano	Autores
Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016	Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde Ano: 2020	Bruna Hinnah Borges Martins de Freitas e colaboradores
Adolescência, atos e o risco de suicídio	Revista Psicologia USP Ano: 2020	Carolina Nassau Ribeiro Andréa Maris Campos Guerra
Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016	Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde Ano: 2020	Camila Alves Bahia e colaboradores
Possibilidade de abordagem do tema do suicídio na Estratégia de Saúde da Família	Revista de Saúde Coletiva Ano: 2019	Geovana da Silva Ferreira, Ananyr Porto Fajardo, Eliana Dable de Mello
Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica	Revista Psicologia USP Ano: 2018	Vlândia dos Santos Jucáa Angela Maria Resende Vorcarob
Revisão de literatura sobre suicídio na infância	Revista Ciência e Saúde Coletiva Ano: 2017	Girliani Silva de Sousa e colaboradores

Depressão na infância - Uma revisão de literatura	Universidade Federal do Rio Grande do Sul Ano: 2015	Bibiana Pereira de Fraga
Suicídio na infância e adolescência	Revista Psicologia USP Ano: 2014	Evelyn Kuczynski
Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero	Revista Contextos Clínicos Ano: 2013	Luiza de Lima Braga, Débora Dalbosco Dell’Aglío
A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar	Cadernos de Saúde Pública Ano: 2011	Cecy Dunshee de Abranches Simone Gonçalves de Assis
Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio	Revista Psico-USF Ano: 2010	Luciene da Costa Araújo Kay Francis Leal Vieira Maria da Penha de Lima Coutinho
Tentativa de Suicídio associada à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-Rio Ano: 2010	Roberta Gonçalves Pereira Kehdi
Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais	Cadernos de Saúde Pública Ano: 2007	Sílvia Pereira da Cruz Benetti Vera Regina Röhnelt Ramires Ana Cláudia Schneider Ana Paula Guzinski Rodrigues Daniela Tremarin

Em seguida apresentamos cada um dos textos encontrados, identificados pelo título em ordem decrescente.

2.1. Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016

Este artigo, fruto de um trabalho de conclusão de curso da área de enfermagem, contém um “estudo ecológico³ de séries temporais; onde empregou-se regressão de Prais-Winsten para

³ Nos estudos ecológicos, compara-se a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de países, regiões ou municípios, por exemplo) para verificar a possível existência de associação entre elas.

analisar a mortalidade por suicídio em adolescentes brasileiros no período entre 1997 e 2016.” (FREITAS, et al., 2020, p. 01)

Introdução

O suicídio, sendo um ato intencional, manifesta-se através da ideação suicida, que possui como objetivo final o autoextermínio. Entre o ato em si e a ideação podem ocorrer inúmeras tentativas, que constituem um fator de risco pois evidenciam a possibilidade de concretização do ato. De acordo com o artigo e suas fontes, enquanto em alguns países da Europa Ocidental os números vêm decrescendo, no Brasil houve um aumento.

“O suicídio é considerado a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 15 a 29 anos de idade, faixa etária que se destaca pelo aumento acelerado desse tipo de óbito quando comparada à população geral.” (FREITAS, et al., 2020, p. 02)

Sendo o suicídio um fenômeno de múltiplos fatores, a autora elenca alguns: questões afetivas (como o término de relações amorosas), problemas financeiros, dificuldade para se estabelecer profissionalmente ou pressões acadêmicas, entre outros.

A autora traz também um estudo realizado nos Estados Unidos onde constata-se a presença de transtornos mentais relacionados ao comportamento suicida: transtorno depressivo maior e/ou distímia, fobia específica, transtornos alimentares, transtorno desafiador opositivo, transtorno explosivo intermitente, abuso de substâncias psicoativas e distúrbios de conduta.

Métodos

“Trata-se de estudo ecológico de séries temporais com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM). Foram incluídos todos os óbitos que se enquadram no CID 10: X60-X69 (autointoxicação) e X70-84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e que compreendem a faixa etária entre 10 e 19 anos. Foram elencadas algumas variáveis de interesse, entre elas: a) sexo (feminino; masculino); b) grupo de causas (autointoxicação [X60-69]); c) lesões autoprovocadas intencionalmente [X70-84]; d) local de residência (Brasil; macrorregiões brasileiras; Unidades da Federação [UFs]); e) local de ocorrência do óbito (domicílio; hospital; outro estabelecimento de saúde; via pública; outros); e f) ano da ocorrência (no período de 1997 a 2016)” (FREITAS, et al., 2020, p. 02-03).

Resultados

Os óbitos por suicídio no período analisado correspondem a taxa média bruta de 2,14 óbitos por 100 mil habitantes. É possível verificar um maior número de suicídios entre os jovens do sexo masculino com idades entre 15 e 19 anos. Houve maior proporção de lesões autoprovocadas intencionalmente (X70-84) (84,19%), quando comparada à proporção dos casos de autointoxicação (X60-69) (15,81%). Em relação às macrorregiões, o Norte e o Nordeste apresentaram aumento no número de óbitos. Em relação ao local de ocorrência, o domicílio vem em primeiro (52,69%), seguido do hospital (25,32%).

Considerações

Os resultados evidenciam o crescimento da taxa de suicídio entre adolescentes no Brasil. A autora pontua o fato de as taxas de crescimento apresentarem aumento não somente na população da faixa etária pesquisada, mas em todas. Uma das explicações citadas seria a melhoria nos registros de óbito.

A junção dos problemas de saúde mental com fatores de risco psicossociais propicia o terreno para o suicídio. Dentre os fatores citados já anteriormente, a autora coloca ainda: possíveis relações negativas com os pares e pais,

“a eventos de vida individuais e familiares negativos – como separação dos genitores, ao abuso de substâncias psicoativas, ao isolamento social –, a transtornos mentais, a abusos infantis, à baixa autoestima, ao baixo nível socioeconômico, e à educação restrita.” (FREITAS, et. al., 2020, p. 5)

Entre meninos e meninas a diferença se dá principalmente pelos métodos. Os meninos tendem a utilizar-se de lesões autoprovocadas para executar sua ideia suicida, enquanto as meninas utilizam-se mais de autointoxicações, o que em alguns casos, após atendimento médico é passível de reversão, diferente do método de lesões autoprovocadas, que a depender da violência e força com que são executados tornam-se fatais já num primeiro momento.

A autora ressalta o aumento no número de casos referente aos estados do Mato Grosso do Sul, Roraima e Amapá, enfatizando o fato do Mato Grosso do Sul ser o segundo estado brasileiro com maior proporção de população indígena. “Entre os anos de 2000 e 2011, foram registrados 555 suicídios nesse grupo, 70% deles na faixa etária dos 15 aos 29 anos.” (FREITAS, 2020, p. 06). O suicídio entre a população indígena é um tema que precisa ser discutido separadamente e requer maiores pesquisas.

Acerca da prevenção ao suicídio, os autores trazem dados de uma revisão de literatura produzida entre 2005 e 2015, onde constata-se que limitar o acesso aos meios letais e a locais de risco

crítico, como por exemplo, locais que possibilitem a precipitação de altura, possuem relevância. Programas de conscientização nas escolas, tratamentos farmacológicos e não farmacológicos também demonstraram ser um importante fator de prevenção. Os autores sugerem quatro ações necessárias à prevenção:

- (i) investimentos na prestação de cuidados de qualidade em saúde mental, (ii) a elaboração de estratégias de rastreio e prevenção de suicídio nas escolas, (iii) o desenvolvimento de ações on-line de prevenção, monitoramento e apoio, e (iv) programas de treinamento em habilidades de vida. (FREITAS, et. al., 2020, p. 6-7)

Apesar da notificação de suicídio e tentativas ser compulsória desde 2014, a subnotificação ainda é uma realidade. Segundo as taxas de mortalidade geral por suicídio em adolescentes brasileiros, houve de fato um aumento entre os anos de 1997 e 2016. Faz-se necessário encarar a questão como um problema de saúde pública e traçar estratégias de prevenção, de conscientização da população, de forma que o suicídio deixe de ser um tabu e possa ser dialogado na sociedade com a seriedade que merece.

2.2. Adolescência, atos e o risco de suicídio

Introdução

As autoras utilizam-se da série de televisão “13 Porquês” para discutir a temática do suicídio na adolescência. Sendo um trabalho da área de psicologia, o mesmo faz uma distinção entre “acting out” (pode ser traduzido como “atuação”) e “passagem ao ato”, e propõe uma discussão sobre o manejo clínico do analista que escuta uma ideação suicida de um adolescente.

De acordo com os dados notificados no Brasil, os homens representam a maior parcela da taxa de suicídio quando comparados às mulheres, embora as taxas indiquem que as mulheres possuem mais tentativas. As autoras indicam uma pesquisa realizada recentemente no *The British Journal of Psychiatry* (2019), que sustenta a teoria de que as psicoterapias e a psicanálise são métodos eficazes para a redução do suicídio. Partindo disso, o texto ambiciona encontrar o meio pelo qual a psicanálise contribui efetivamente para essa redução, para isso utiliza-se da série de televisão “13 Porquês” como recurso metodológico.

Adolescência e riscos

Segundo Ribeiro e Guerra (2020, p. 02), “a concepção de adolescência como período intermediário entre a infância e a idade adulta surgiu no século XIX” e vem ganhando

notoriedade desde então. Ressaltam que o tema do suicídio na adolescência não é novidade, sendo uma questão que aflige pais, professores, educadores e psicólogos há mais de 100 anos.

A série “13 Porquês” procura questionar até que ponto a escola possui relação com o fenômeno do suicídio de seus alunos. Freud (1910/1974, p. 218 apud RIBEIRO & GUERRA, 2020, p. 02) não acusa diretamente a escola de ser responsável por propiciar tendências suicidas, mas pontua que a mesma falha grandemente em servir de amparo, orientação e estímulo ao desenvolvimento do jovem. Pontua-se também o afrouxamento do vínculo com os pais durante essa fase, fator considerado perigoso pelas autoras.

Sobre o tema da adolescência, as autoras destacam alguns pontos específicos característicos desta fase: “afrouxamento dos vínculos com os pais (Freud, 1910/1974 apud RIBEIRO & GUERRA, 2020, p. 03), período de elaboração de perdas e da falta no campo do Outro (Alberti, 1996 apud RIBEIRO & GUERRA, 2020, p. 03) e, também, de errâncias e riscos (Lacadée, 2011 apud RIBEIRO & GUERRA, 2020, p. 03)”. Destaca-se igualmente a sensação de urgência - própria da adolescência -, a pressa, a precipitação, a intensidade e o não esperar a conclusão de algo. Ainda segundo Lacadée (2011, p. 55 apud RIBEIRO & GUERRA, 2020, p. 03), a ausência de referências tradicionais coloca alguns jovens em situação de abandono, o que os obriga a serem os próprios condutores do sentido de sua existência. Segundo as autoras, ainda nessa busca por encontrar-se e encontrar seu lugar no mundo, os adolescentes podem apresentar comportamentos de risco, tais como: “o uso de drogas, tentativas de suicídio, transtornos alimentares, cortes no próprio corpo, sexo sem segurança e transgressões diversas.” (RIBEIRO & GUERRA, 2020, p. 03). Tais atos, para os autores de psicologia utilizados como referência no trabalho de Ribeiro e Guerra, são na verdade tentativas de viver, mais do que morrer, são movimentos de busca da própria identidade.

Sobre a série: uma releitura e alguns comentários

A série se passa em uma escola do ensino médio norte-americano, onde a protagonista, uma adolescente de 17 anos, Hannah Baker, estuda. Acerca da sua família, pode-se dizer que são uma família comum, que ama Hannah, com a exceção de que “não conseguem prestar muita atenção na filha” (RIBEIRO & GUERRA, 2020, p. 04). Hannah é vítima de bullying virtual em sua escola, após ter uma foto sua divulgada na internet (onde sua calcinha aparece despropositadamente enquanto desce em um escorregador), juntamente com boatos de que havia se relacionado sexualmente com outro rapaz no parque. O boato toma uma proporção

descabida. As autoras pontuam essa “espetacularização da vida” como algo negativo, onde tudo se torna divulgado, falado, postado em redes sociais. Fazem um paralelo com os atendimentos nas clínicas, onde essa queixa frequentemente aparece. A exposição exagerada dos adolescentes em mídias sociais possui consequências nefastas. A personagem possui como características a impulsividade, característica comum entre os adolescentes, porém é silenciosa, não endereça suas queixas a ninguém e possui poucas condutas de risco, o que dificulta a identificação de tendências suicidas. Esse é um ponto que exige atenção, os adolescentes que apresentam esse comportamento mais quieto, introspectivo em relação as suas emoções e queixas devem receber mais atenção. Hannah não consegue manter vínculos, suas relações são sempre interrompidas bruscamente por algum motivo. Após presenciar o estupro de uma colega embriagada e não ter reação nenhuma, nem durante, nem depois o acontecimento, Hannah vai se fechando cada vez mais e o fato de não verbalizar o ocorrido faz com que ela permaneça em um lugar de imobilidade, potencializando o trauma vivido. A protagonista presencia outros atos de covardia e impunidade e em todos eles não consegue se posicionar, nem insistir. As autoras pontuam que é por meio da fala que as situações traumáticas podem ser ressignificadas, e como Hannah não tem com quem conversar, sua situação emocional tende a piorar. Após desentendimento com Clay, personagem apaixonado por ela, ambos deixam de falar-se, aqui pontua-se mais uma vez a característica intrínseca da adolescência: a conclusão antes da compreensão. Ambos poderiam ter se entendido e resolvido as coisas conversando, entretanto, a urgência em tirar conclusões precipitadas atrapalha o relacionamento entre os dois. Andando errante, depois de ter conversado por telefone com Clay, Hannah chega a uma festa onde é violentada sexualmente pelo mesmo agressor de sua amiga.

As autoras trazem algumas reflexões sobre o termo “errante”, esta é a maneira como os adolescentes lidam com seus impasses, suas angústias e falhas. Fazem as coisas de forma impensada e impulsiva.

Em dado momento Hannah busca ajuda com o conselheiro da escola. Há que se pontuar aqui algo importante acerca da escuta desses adolescentes que buscam ajuda: não resistir ao que será dito. O conselheiro em dado momento não suporta ouvir sobre o abuso sexual e orienta que Hannah primeiramente faça uma queixa policial sobre o fato, negando-se a escutá-la. Para a adolescente, que já estava à beira de um abismo, este ato pode ter consequências imensamente negativas. O conselheiro ainda dá um ultimato: ou Hannah denuncia o agressor ou permanece em silêncio sobre a agressão. Aqui os autores são muito felizes em sua colocação: ser escutada

era a única coisa que ela precisava naquele momento. Entretanto o conselheiro transforma aquele momento de fragilidade e exposição em um protocolo a ser cumprido.

Quando o conselheiro encerra a fala de Hannah na direção de uma conclusão, ao invés de dilatar o tempo de compreender, a situação culmina numa precipitação da protagonista, que passa ao ato. Ela sai da sala do conselheiro convencida de que não seria mais possível seguir em frente e, então, tira a própria vida. (RIBEIRO & GUERRA, 2020, p. 05)

Os atos

As autoras trazem os escritos de Freud (1893/1974 apud RIBEIRO & GUERRA, p. 06) para analisar o seriado em relação à questão do ato. Um ponto importante a ser ressaltado refere-se ao que Freud explicita: que a palavra é um substituto do ato. A seguir as autoras entram em uma discussão própria da psicologia acerca do que nomeia-se como “acting out”, que pode ser sintetizada como uma ação na qual o sujeito se precipita, uma ação que o ultrapassa, como, por exemplo, o delito, a agressão ou o suicídio. No caso de Hannah, o gatilho para a passagem ao ato foi sua conversa com o conselheiro. A protagonista já não mantinha um bom vínculo com seus pais, não conseguia criar laços na escola, nem em relacionamentos amorosos, nem laços sociais, então encontra uma saída radical: o suicídio. Porém, o fato de Hannah utilizar os materiais da farmácia a qual seus pais eram proprietários talvez indicasse uma tentativa de ser vista por eles, para que percebessem sua intenção suicida.

Considerações

A tendência suicida em jovens pode ser previamente identificada, através da observação de seus atos, do seu silêncio excessivo. É importante que o ouvinte escute e interprete literalmente o que está sendo dito, que acredite de fato no que o adolescente relata. As autoras reforçam a necessidade de dar lugar à palavra, e pontuam que as instituições devem estar atentas para a flexibilização dos protocolos em preterimento da escuta e acolhimento.

O artigo aborda diversos pontos esclarecedores em relação ao funcionamento psíquico dos adolescentes em risco de suicídio, que podem ser aproveitados por profissionais de diversas áreas que atuam com crianças e adolescentes. O uso do seriado “13 Porquês” foi muito feliz, pois ilustra uma realidade cotidiana dos adolescentes: conflitos na escola, relação insuficiente com os pais, conflitos amorosos, necessidade de pertencimento, violência, bullying. A análise feita pelas autoras foi precisa. Reforça-se a necessidade de profissionais atentos nas instituições, principalmente nas escolas, espaço em que os adolescentes passam boa parte de seu tempo.

Alguns fatores são intrínsecos à adolescência e não podem ser alterados, a impulsividade é o principal deles, como foi citado no texto. Faz-se necessário que esses adolescentes criem vínculos em algum espaço, seja na escola, na igreja, na comunidade, na família, com os amigos ou através do esporte, considerando que durante essa fase os pais deixam de ser a principal referência dos jovens, que passam a buscar em outros adultos próximos uma figura de inspiração, e caso não encontrem, poderão ficar aquém da própria vida, buscando um sentido, “andando errantes” como o próprio texto traz. Que a adolescência é uma fase de mudanças, conflitos e intensa, todo adulto que já passou por ela tem consciência, o que podemos oferecer aos adolescentes além de exemplos de resiliência, são ferramentas que possibilitem elaborar as situações vividas, seja através da verbalização ou da arte, assim como evitar a exposição excessiva dos mesmos, seja na mídia ou em redes sociais também parece ser um fator de proteção importante, igualmente relevante é a inserção de profissionais capacitados para lidarem com o fenômeno do suicídio nas escolas.

2.3. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016

Introdução

A lesão autoprovocada classifica-se em autoagressão ou comportamento suicida. Pode se manifestar através de cortes, perfurações, arranhões, mordidas e até mesmo amputação de membros. As autoras colocam a adolescência como período crítico da vida e enumeram nove particularidades que podem influenciar no surgimento de tendências suicidas:

- (i) grandes transformações biopsicossociais, (ii) comportamento naturalmente mais impulsivo e depressivo, (iii) aumento dos transtornos mentais, (iv) maior suscetibilidade ao consumo de álcool e drogas, (v) solidão, (vi) indagações sobre problemas sociais, sentido da vida e inserção no mundo, (vii) aumento dos conflitos familiares, a maioria deles decorrente da busca de autonomia, (viii) crises ou rupturas com namorados ou com amigos e (ix) ousadias nos contatos sociais e sexuais. (BAHIA, et. al., 2020, p. 02)

Métodos

Trata-se de um “estudo descritivo sobre notificações e internações decorrentes de lesões autoprovocadas ocorridas na adolescência (10-19 anos), no Brasil.” (BAHIA, et al., p. 03) Foram utilizadas como fonte de dados: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes/ Sistema

de Informação de Agravos de Notificação – (VIVA/SINAN), Sistema de Informações Hospitalares do SUS – (SIH/ SUS). Os dados coletados pelos autores foram agregados e analisados segundo sexo e duas faixas etárias – 10 a 14 e 15 a 19 anos. Para avaliar os dados coletados, foram realizados cálculos de frequência considerando as seguintes variáveis:

a) raça/cor da pele (branca; preta/parda; indígena; amarela); b) presença de deficiência (sim; não); c) zona de residência (rural/periurbana; urbana); d) local de ocorrência (residência; habitação coletiva; escola; via pública; e outros [local de prática esportiva, bar ou similar; comércio ou local de serviços; indústria; local de construção]); e) meio utilizado (enforcamento; uso de objeto contundente; uso de objeto perfurocortante; uso de substância quente; envenenamento/intoxicação; uso de arma de fogo); f) ocorrência anterior (sim; não); g) uso de álcool (sim; não); e h) encaminhamento realizado e para onde (rede de saúde; rede de assistência social; rede de educação; Conselho Tutelar; Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente; Justiça da Infância e da Juventude; outros [Rede de Atenção à Mulher; Ministério Público; Centro de Referência dos Direitos Humanos]). (BAHIA, et al., 2020, p. 3)

Resultados

Dentre todos os registros de violências entre os anos de 2011 e 2014, 14% (67.388) correspondem a notificações de lesão autoprovocada. Destes, 23,3% (15.702) referem-se a adolescentes, sendo dentro desta porcentagem 23,6% de 10 a 14 anos e 76,4% de 15 a 19 anos. A predominância é de indivíduos do sexo feminino, em ambas as faixas etárias destacadas. As adolescentes de raça/cor da pele branca continuam sendo maioria quando comparadas aos adolescentes da mesma raça. Entretanto, “entre os jovens de raça/cor da pele amarela e os indígenas, nos dois grupos de idade, foi o sexo masculino que se destacou nas ocorrências de tentativas de suicídio.” (BAHIA, et al., 2020, p. 04). A própria residência foi o principal local onde ocorreram as tentativas, em ambos sexos e faixa etárias. O envenenamento/intoxicação aparece como o principal meio utilizado. Em segundo lugar, entre as adolescentes do sexo feminino destaca-se o uso de objetos perfurocortantes. Nos adolescentes do sexo masculino o segundo meio mais utilizado foi o enforcamento, seguido da utilização de objeto perfurocortante, emprego de arma de fogo e uso de substância quente.

As autoras trazem dados que indicam a reincidência dos casos já atendidos de tentativa de suicídio. O uso de álcool associado às tentativas mostrou-se mais presente nos indivíduos do sexo masculino. Como encaminhamento, a maioria é direcionada a rede de saúde e posteriormente ao Conselho Tutelar. No tocante a localidade, a região Sul sobressai-se em relação ao número de tentativas de suicídio.

Considerações

Apesar da existência da subnotificação, os números de suicídio na infância e adolescência são relevantes e confirmam uma tendência já mapeada: maior ocorrência entre o sexo feminino e entre adolescentes mais velhos (15 a 19 anos), sendo a residência como principal local de ocorrência e a vulnerabilidade das condições de saúde como fator de risco. Coloca-se aqui um questionamento: quais fatores propiciam que as pessoas do sexo feminino sejam as mais afetadas pela autoagressão? Serão elas as maiores vítimas de abuso sexual (fator que propicia as tentativas de suicídio)? São mais afetadas pelos estereótipos de beleza que as pessoas do sexo masculino? Possuem maiores problemas de autoestima e autoimagem, devido justamente a esses estereótipos que formam o imaginário das mulheres hoje em dia? Ou será talvez a própria questão hormonal que incide de forma mais agressiva justamente em uma fase de transição (adolescência para a vida adulta)?

O sexo feminino utiliza-se de meios de menor letalidade, porém apresentam maior número de reincidência, já no sexo masculino há maior presença do uso de álcool e drogas ilícitas, associado a meios que possuem maior risco de mortalidade. Ao passo que as meninas tentam mais, os meninos conseguem mais, justamente pela escolha dos meios mais letais.

No que se refere à idade, Brent et al. (1999 apud BAHIA et al., 2020, p. 07) observam que os adolescentes mais velhos planejam e executam o suicídio de forma mais elaborada, por possuírem maior autonomia, geralmente não estão sob tanta supervisão dos seus pais, assim como não recebem tanto apoio dos mesmos, o que facilita a execução do ato. Acredito que pode somar-se a isso uma maior capacidade de cognição, que permite o acesso à internet em outros níveis, com pesquisas mais refinadas que podem direcionar o usuário para qualquer conteúdo que este queira, mesmo que isso seja prejudicial para si. A influência de outras personalidades associada à baixa vigilância (ou às vezes até ausente) dos conteúdos consumidos pela internet faz dos adolescentes um alvo mais fácil de ser persuadido.

As autoras destacam um ligeiro decréscimo entre 2009 e 2013 nas taxas de internação e atribuem o fenômeno devido as ações de prevenção realizadas neste período, pela sensibilização dos profissionais de educação e saúde e pelos alertas da Organização Mundial de Saúde (OMS). Outros fatores de relevância referem-se às condições socioeconômicas e culturais, a concorrência entre seus pares, a busca por um trabalho, a competitividade, a incerteza em

relação ao futuro, aos estudos, todos esses são fatores que tendem a aumentar o sofrimento psíquico de alguns adolescentes e até gerar uma perda de sentido da vida.

É fato que um atendimento de saúde qualificado trará benefícios para os envolvidos nessa situação, evitando a reincidência e até mesmo a consumação do ato. Ressalto aqui a importância de atacar a causa (motivações, situações estressantes, eventos que estão desencadeando esse tipo de sentimento) e não somente a consequência (a autoagressão e o suicídio em si).

2.4. Possibilidade de abordagem do tema do suicídio na Estratégia de Saúde da Família

Este artigo trata de buscar conhecer

“como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) lidam com as demandas relacionadas à temática do suicídio. Trata-se de uma Pesquisa qualitativa com abordagem interpretativa, mediante grupo focal narrativo, realizado com profissionais de uma unidade de ESF, no município de Porto Alegre/ RS.” (FERREIRA, FAJARDO & MELLO, 2019, p. 01)

O estado do Rio Grande do Sul apresentou em 2016 a maior média regional referente à mortalidade por suicídio no país, quase o dobro da média nacional.

Em 2013 é lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o Plano de Ação em Saúde Mental, que tinha como objetivo “reduzir em 10% a taxa de suicídios até 2020 (WHO, 2013 apud FERREIRA, FAJARDO & MELLO, 2019, p. 02). Sendo signatário deste plano, o Brasil lança em 2017 pelo Ministério da Saúde sua *Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020*.

Dentro desse plano de ações, as autoras, concordando com o Ministério da Saúde reforçam a importância da ESF como primordial na Atenção Primária à Saúde (APS).

Acerca da metodologia, os dados são fruto “de dois encontros no formato de grupo focal com desenho participativo, gravados em áudio mediante a aprovação dos participantes e transcritos na íntegra” (FERREIRA, FAJARDO & MELLO, 2019, p. 04). Após apresentação do projeto para todos os profissionais da equipe, voluntariaram-se a participar da pesquisa duas médicas, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, sendo o total de oito pessoas – sete mulheres e um homem, com idade entre 25 e 61 anos.

Resultados

A unidade de saúde onde a pesquisa ocorreu está inserida em um território de risco e vulnerabilidade social, sendo um dos principais recursos que a população de baixa renda residente da região pode acessar. Os profissionais relatam que trabalham em um “território com

violências, tráfico e falta de saneamento básico” (FERREIRA, FAJARDO & MELLO, 2019, p. 06), eles também têm consciência de sua limitação no atendimento às necessidades dos usuários. Percebem uma relação direta da saúde mental com as condições socioeconômicas e culturais da população atendida, e manifestam que muitas vezes não conseguem lidar com tantas demandas trazidas pelos usuários. Acerca do suicídio, as autoras ressaltam que ainda há um status de tabu sobre o tema. A criação de vínculo entre usuário e profissional é uma potencialidade que permite o diálogo sobre o assunto. Os profissionais relatam que por vezes o agente comunitário de saúde consegue construir esse vínculo com mais facilidade que os outros profissionais, colocam ainda que “só quem está necessitado mesmo que chega trazendo a ideiação como problema principal” (FERREIRA, FAJARDO & MELLO, 2019, p. 08). Em relação às demandas que envolvem a ideiação suicida, os profissionais têm de lidar com outro fator: a família do usuário, que muitas vezes não compreende a gravidade do problema, porém, precisa participar do tratamento. Há também a omissão de ajuda, onde os familiares até percebem que o usuário precisa de tratamento, de auxílio, mas evitam fazê-lo por conta do estigma, a fim de evitar a exposição da família.

Uma grande fragilidade apontada pelos profissionais diz respeito à dificuldade no manejo e ausência de capacitações sobre o tema da saúde mental. A prescrição de medicação surge como uma solução temporária, entretanto, os profissionais sabem que esta medida isolada não irá sanar as dificuldades daquele usuário. O fato dessa UBS ser a única acessível no território dificulta ainda mais a atuação, pois os profissionais se veem na responsabilidade de auxiliar aquele usuário – o que é justo – entretanto, não possuem as ferramentas adequadas nem se sentem confiantes para tal. Essa sensação de incapacidade e impotência deve-se muito a falta de conhecimentos específicos sobre a temática, sendo ignorado que muitas vezes o melhor que o profissional pode oferecer é a escuta atenta do usuário.

O encaminhamento para a rede em um município com carência de profissionais na área da saúde pública dificulta o tratamento dos usuários. Os profissionais relatam a demora no atendimento e matriciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), devido justamente ao número reduzido de funcionários atuando e ao aumento da demanda. Os profissionais da Atenção Primária a Saúde (APS) referem sobrecarga em relação ao serviço, embora às vezes o número de casos atendidos seja pequeno, a complexidade dos mesmos acaba por esgotar os trabalhadores, assim como as condições externas (rede de serviços, território pouco protegido) também não são as mais favoráveis. Ao lidar com pacientes suicidas, segundo Cassorla (1991,

p. 153 apud FERREIRA, FAJARDO & MELLO, 2019, p. 14), o profissional corre o risco de ser “invadido inconscientemente por sentimentos de impotência, frustração e fragilidade que o paralisam diante da violência de ordem emocional do paciente”. Outro ponto importante refere-se ao sentimento de culpa que muitos profissionais sentem, culpa e frustração, pois acabam sentindo-se responsáveis por solucionar a vida do usuário, e o tratamento não refere-se a isso. A atuação do profissional deve ser no sentido de garantir o tratamento adequado, mas as decisões que o usuário irá tomar cabem somente a ele. Encarar com maturidade o fato de que o usuário poderá, mesmo após o atendimento tirar sua vida, irá trazer maior segurança para o profissional, segurança de que fez sua parte, mas que não pode controlar os resultados.

Como solução, as autoras sugerem o investimento na formação permanente dos profissionais, o fortalecimento da rede, ampliando os serviços que sejam insuficientes, e a qualificação daqueles já existentes. Ofertar espaços de fala e escuta para que a equipe profissional possa lidar com suas demandas de saúde também foi uma sugestão levantada pelas autoras, a fim de qualificar o atendimento.

Considerações

A APS é a porta de entrada dos usuários no serviço de saúde, sendo um local propício para o trabalho da prevenção ao suicídio. O artigo sintetizado acima aborda a atuação dos profissionais de saúde frente ao tema, ressaltando as possibilidades e dificuldades encontradas no cotidiano profissional. É possível perceber a complexidade do tema, assim como ele afeta a saúde mental dos próprios trabalhadores da ESF. As autoras enfatizam a necessidade de fortalecimento da rede, através do investimento nos serviços já existentes e apontam a necessidade de formação continuada dos profissionais, além de espaços de diálogo entre a equipe, de forma a preservar a saúde mental das mesmas.

Compreende-se que a necessidade de formação continuada e qualificada poderá melhorar as condições de trabalho, tendo em vista que o profissional compreenda que fazer sua parte não implica necessariamente em assumir os riscos por aquela vida. Fazer sua parte implica em direcionar o usuário para o melhor tratamento, escutá-lo com atenção, orientá-lo na sua busca por ajuda, proporcionando um ambiente de acolhida e amparo. Ir além de suas capacidades profissionais só irá esgotar o profissional, além de frustrá-lo e sobrecarregá-lo, o que poderá acarretar outros problemas, como por exemplo, o atendimento inadequado dos demais usuários devido ao estresse proporcionado por uma demanda de maior complexidade como o suicídio.

Faz-se necessário fortalecer a rede e os demais serviços de convivência, que envolvam os usuários do território em outras atividades, que proporcionem lazer e a formação de laços sociais. Tratar de um fenômeno complexo como o suicídio requer uma série de fatores para a melhora do quadro, desta forma o trabalho interdisciplinar e intersetorial se faz mais do que necessário.

2.5. Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica

O presente trabalho aborda reflexões teóricas oriundas da atuação em um Centro de Atenção Psicossocial à Infância e à Adolescência (CAPSi). A intenção é problematizar as novas demandas apresentadas pelos adolescentes, após mudanças importantes na gestão e na equipe, refletindo acerca da prática clínica. Trata-se de um trabalho da área de psicologia.

De acordo com o artigo, houve um aumento entre os anos de 2013 e 2014 dos casos de adolescentes que praticam a automutilação, com tentativas de suicídio, fugas, exposição a situações de risco, atos impulsivos, autoagressividade e heteroagressividade. Percebeu-se a inquietação profissional em relação a atuação com este público-alvo. Há também dificuldade por parte dos adolescentes em narrar seu próprio sofrimento.

O atendimento no CAPSi destina-se “majoritariamente às crianças e adolescentes provenientes de famílias de baixa renda, mas que possuem os recursos necessários para atender suas necessidades básicas.” (JUCÁ & VORCARO, 2018, p. 246). Há também, segundo as autoras, crianças e adolescentes em situação de extrema vulnerabilidade e que possuem outros casos de sofrimento psíquico na família. Em situações extremas algumas crianças e adolescentes são abrigados.

No CAPSi a criança ou adolescente é acolhida por algum técnico, o caso é discutido em equipe, e depois disso um técnico é eleito para ser responsável pela gestão do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O trabalho é realizado em uma perspectiva multiprofissional, em contato com a rede, dialogando com a escola, com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ou abrigos.

As autoras destacam três pontos de reflexão acerca do atendimento psicanalítico aos adolescentes: “(1) o conceito de adolescência para a psicanálise; (2) o lugar do diagnóstico na prática clínica com esses sujeitos; e (3) o entendimento do que os atos cometidos pelos adolescentes revelam acerca do seu sofrimento e do nosso tempo” (JUCÁ & VORCARO, 2018, p. 247). São expostas pelas autoras diversas características da adolescência de acordo com a psicanálise, basta por hora dizer que a adolescência é diferente para cada indivíduo e generalizações acerca do seu comportamento não favorecem o trabalho com os adolescentes.

Devemos considerar que alguns atos tornaram-se recorrentes nessa faixa etária, e essa repetição pode ser um sinalizador acerca do campo social ao qual os adolescentes inserem-se.

O trabalho apresenta algumas observações realizadas no que se refere a posição na qual os adolescentes se situam na relação com o Outro e a ocorrência de passagens ao ato (quando o adolescente se precipita e “despenca” fora de cena) e actings (alguma coisa que se mostra na conduta do sujeito). A primeira observação refere-se às relações em que “o adolescente está posicionado como objeto de um gozo mortífero do Outro” (JUCÁ & VORCARO, 2018, p. 250), as autoras citam o exemplo de um adolescente que passa por momentos de extrema angústia ao ser levado – contrário à sua vontade –, à casa de seu pai, num contexto em que os pais são separados. Não sabendo lidar com a angústia que o invade, o adolescente mutila-se, sem encontrar outras defesas possíveis. A segunda observação refere-se ao adolescente que em sua infância viveu entre famílias e abrigos, sendo deslocado de um local para outro. Neste caso, fugas e outros apelos são atos que demonstram a necessidade de sua demanda amorosa ser suprida, onde o adolescente em questão seja objeto de investimento e cuidado recorrente, desta forma colocam-se em situações de risco para atualizarem uma questão fundamental que os cerca: o valor de sua existência para o Outro. A terceira e última reflexão refere-se ao embaraço diante de dois questionamentos: “o que eu sou para o Outro?” e “o que o Outro quer de mim?”

Uma hipótese é que, diante desse embaraço, o adolescente responda com atos que (1) provocam a extração de um objeto de seu próprio corpo (sangue e/ou um pedaço da própria carne, ofertando esse sacrifício ao olhar do outro); (2) configuram-se como fugas que se apresentam como acting out; (3) afrontam a lei (furtos e assaltos) e (4) agredam a si mesmos (escarificações, mordidas, batem a cabeça) e/ ou a outrem (em geral mãe e irmãos) ou que destruam objetos de valor dados pelos pais com certo sacrifício (quebrar celular e laptop). (JUCÁ & VORCARO, 2018, p. 250)

As autoras apontam as ações dos adolescentes como pedidos de ajuda e pontuam que a sociedade em que estamos inseridos dificilmente trata o sofrimento psíquico de outra maneira que não seja pela via da medicalização.

Considerações

O presente trabalho surge justamente de uma inquietação dos técnicos atuantes do CAPSi sobre como lidar com os usuários atendidos no serviço. Ora, se justamente no equipamento destinado à saúde mental há dificuldade em compreender os processos que envolvem o suicídio, bem como entender a demanda e atuar de forma segura, que diremos dos outros serviços de saúde que não possuem essa especificidade do atendimento à saúde mental? Que diremos dos demais

serviços que as vezes servem como porta de entrada e não possuem estrutura para atender adolescentes com ideação suicida ou após tentativas?

A dificuldade em verbalizar e narrar o próprio sofrimento, por parte dos adolescentes, demonstram o quanto estes carecem de meios para se comunicarem, de espaços para diálogo, por vezes até mesmo desconhecem um vocabulário adequado para nomear o que estão sentindo, e carecem de uma vida interior que os permita passar por diversas situações sem recorrer à danos ao seu próprio corpo e à sua integridade, mas sim a elaborar seus sofrimentos e verbalizá-los a outrem, afim de que se tornem menos danosos para si.

Os CAPSi, assim como os demais serviços em saúde e educação precisam encontrar ferramentas que possibilitem a esses jovens a elaboração daquilo que estão sentindo, bem como proporcionem espaços de escuta e diálogo, de forma que esses adolescentes percebam que não são os únicos que estão em condições de sofrimento mental. Trabalhar com a família é extremamente necessário, de forma que os demais membros desta compreendam o papel do CAPSi e o seu lugar enquanto família no tratamento da criança ou adolescente. Terceirizar a responsabilidade para o serviço não trará soluções, pelo contrário, sendo o problema complexo é necessário uma complexidade igual de fatores para a melhora do quadro, portanto, a família deverá se comprometer e compreender que muitas vezes possui participação direta no sofrimento mental deste usuário, que antes de ser um usuário do CAPSi é um filho, um irmão, um neto, um sobrinho de alguém, e que não chegou até esta situação de sofrimento mental sem antes passar por um núcleo familiar ou sofrer a ausência dele. Nos casos das crianças e adolescentes acolhidos institucionalmente há uma particularidade ainda maior: estes já não possuem o apoio familiar anterior ao seu quadro de saúde mental, devendo receber maior atenção. Ademais, ultrapassar uma abordagem restrita a medicação é um desafio que precisa ser elaborado em conjunto com os demais profissionais da área.

2.6. Revisão de literatura sobre suicídio na infância

Introdução

Os autores deste trabalho colocam o problema do suicídio como uma questão de saúde pública. De acordo com os pesquisadores citados no artigo, o risco de suicídio entre crianças e pré-adolescentes deve-se ao fato de faltarem estratégias adaptativas para lidarem com situações estressantes. As intensas mudanças físicas e mentais dessa idade também causam impacto na capacidade emocional, física e mental.

O artigo apresenta dados de estudos epidemiológicos, um destes “conduzido em 101 países, no período entre 2000 e 2009, que constatou a média de 14,7% de suicídios entre crianças na faixa etária entre 10 e 14 anos” (SOUSA, et al., 2017, p. 3100). “Na Austrália, o suicídio corresponde a 2ª causa de morte (27,2%) em crianças” (SOUSA, et al., 2017, p. 3100) nesta mesma faixa etária. No Brasil, o suicídio nesta faixa etária aumentou em 40% segundo os dados do Mapa da Violência no período entre 2002 e 2012. Apesar do crescimento das taxas, até 2010 o Brasil ocupava a 60ª posição num ranking de 98 países analisados.

Aponta-se também como limitação e desafio os casos de subnotificação, devido à dificuldade ou erro na classificação e registro correto da causa. Para além destes, há o mito de que a criança não comete suicídio, devido a sua imaturidade cognitiva.

Após elencar os motivos para estudar o fenômeno, os autores colocam duas questões que se destacam: “quais os fatores envolvidos na efetivação do ato suicida na infância? Existe diferença nos fatores precipitantes do risco de suicídio em crianças para outras faixas etárias?” (SOUSA et al., 2017, p. 3100).

O objetivo do artigo é “analisar a literatura específica sobre suicídio consumado em crianças com até 14 anos.” (SOUSA, et al., 2017, p. 3100). Com o esclarecimento desse tema, segundo os autores, há a possibilidade de criar “hipóteses ou pressupostos que sirvam como ponto de partida para intervenções no comportamento suicida na infância.” (SOUSA, et al., 2017, p. 3100)

Método

Revisão integrativa de literatura, que engloba o período entre 1980 e 2016. A escolha dos periódicos considerou aqueles relacionados a área da saúde e

[...] que buscassem responder às questões norteadoras: quais os fatores envolvidos na efetivação do ato suicida na infância? Existe diferença nos fatores precipitantes do risco de suicídio em crianças para outras faixas etárias? Os critérios de inclusão foram: artigos sobre suicídio consumado com indivíduos de 10 a 14 anos. (SOUSA et al., 2017, p. 3101)

Foram encontrados 1.953 artigos nas bases de dados, entretanto, após serem aplicados os critérios estabelecidos restaram 29 artigos como corpus analítico.

Resultados e discussão

Os autores justificam o recorte de idade entre 10 e 14 anos por conta da escassez de literatura que aborde o tema do suicídio em crianças com menos de 10 anos, assim como a discussão e articulação do artigo utiliza-se da literatura sobre adolescência, pelo mesmo motivo.

Caracterização das fontes

Por não haver uma distinção específica entre crianças e adolescentes nas pesquisas que tratam do tema suicídio, ao fazer um recorte na pesquisa, escolhendo somente casos em crianças menores de 14 anos, percebe-se uma significativa redução da produção acadêmica sobre o assunto. Um ponto relevante a se observar é a ausência de publicações de origem brasileira no período pesquisado. Outro obstáculo à pesquisa refere-se à resistência familiar em abordar o tema, algumas vezes por preconceito, outras pelo registro incorreto da forma de morte, sendo confundida como morte acidental, afogamento ou intoxicação.

A literatura no período de 1980 a 2016

Em 1980 apenas um estudo foi encontrado pelos autores, foi somente em 1990 que as investigações se ampliaram e mais pesquisas foram realizadas. A partir de 2000 houve uma excessiva ampliação de trabalhos, provavelmente por conta do aumento expressivo de casos de suicídio na infância. Nestes trabalhos há um maior rigor técnico, que busca discutir aspectos sobre bullying, depressão e suicídio. Na década seguinte, os estudos que surgem são mais específicos em relação aos menores de 14 anos, “ênfatizando traços de personalidade, fatores associados ao bullying, estresse psicossocial e suas implicações psiquiátricas” (SOUSA et al., 2017, p. 3104). Surgem como forma de prevenção a escola e os cuidados em saúde mental.

A classificação correta da morte é um dos desafios nesta faixa etária.

Dessa forma, Grøholt e Ekeberg recomendam alguns critérios para avaliar a morte por suicídio de crianças: investigar as atividades relevantes na vida destas, como a expressão de intenção de desejo de morrer; sinais de sofrimento mental; presença de dor emocional ou física; eventos ou perdas estressantes; desespero e os meios utilizados para a morte e as circunstâncias para que não fossem salvos. (SOUSA et al., p. 3104, 2017)

Para uma classificação mais exata, os autores sugerem analisar as circunstâncias sociais, psicológicas e psiquiátricas envolvidas na morte das crianças.

Métodos de suicídio na infância

Há predominância do método de enforcamento em relação a arma de fogo, envenenamento, precipitação e afogamento. Os métodos variam conforme o local pesquisado.

A seguir, o artigo analisa cinco relações possíveis entre o suicídio e outros fatores: Relação entre ideação, tentativa e suicídio; Relação entre processo cognitivo e suicídio na infância; Relação entre fatores escolares e suicídio na infância; Relações entre fatores sociais e suicídio na infância; Relações entre transtornos mentais e suicídio na infância.

Em comparação com os adolescentes, as crianças manifestam menos seu desejo de morrer, tornam-se mais quietas nos dias que antecedem o fato, além de evitarem sair de casa, não indo à escola.

Os autores trazem o fato, - preocupante até -, de três bilhetes com conteúdo suicida que foram redigidos como atividade escolar e passaram pela correção dos professores, entretanto, nenhuma providência foi tomada em relação ao assunto, os pais não foram avisados, nem as crianças encaminhadas para tratamento.

Mudanças comportamentais podem ser um sinal de ideação suicida. Outro fator de risco significativo é a própria tentativa do ato. A exposição ao suicídio em familiares e pessoas próximas também deve ser considerado um fator de risco. Um interesse mais ativo sobre a temática da morte deve igualmente ser levado a sério.

As tentativas de suicídio são mais frequentes no sexo feminino, tanto na infância e adolescência como em outras faixas etárias.

Os autores ressaltam a complexidade do fenômeno, que quando acomete algum membro da família, desorganiza toda a estrutura e pode sim, afetar os filhos mais próximos do familiar que cometeu suicídio. Acreditar que crianças não entendem o conceito de morte e suicídio é um equívoco e uma barreira para detecção do risco de suicídio nesta faixa etária.

Relação entre processo cognitivo e suicídio na infância

Devido à imaturidade do córtex anterior e posterior, as crianças apresentam maior dificuldade em gerir situações estressantes. Essa imaturidade cerebral permite que comportamentos impulsivos se manifestem, sendo estes comportamentos relacionados ao risco de tentativas de suicídio.

Relação entre fatores escolares e suicídio na infância

Em relação aos fatores escolares envolvidos no suicídio, os autores citam: o bullying, o abandono escolar, as crises disciplinares e a dificuldade de interação social. Mudanças súbitas no comportamento escolar devem ser observadas pois podem ser indícios de sofrimento emocional. O bullying praticado pelos colegas de escola, associado à fragilidade emocional da criança, bem como a insatisfação com a própria imagem corporal formam uma tríade que propicia o suicídio em jovens.

Relações entre fatores sociais e suicídio na infância

Em relação aos fatores sociais os problemas amorosos e o envolvimento com álcool e outras drogas são catalisadores do suicídio em jovens. Com as crianças os fatores são outros, os autores citam: conflitos familiares com dinâmica permeada por tensões, rigidez e ausência de diálogos; separação ou divórcio dos pais e histórico de abuso sexual.

Os autores citam numerosos estudos em que a ausência de diálogo com os pais, especialmente com a mãe, está associada ao risco de suicídio. A negligência, o abandono e a solidão somados a situações de abuso emocional, físico e sexual contribuem grandemente para o fenômeno. Um dado interessante é trazido pelos autores: de acordo com a pesquisa de Buffraerts et al. (2010 apud SOUSA et al., 2017, p. 3107) realizada em 21 países, as adversidades da vida têm maior impacto na infância do que na adolescência, propiciando a tendência ao suicídio no primeiro grupo mais do que no segundo. “Crianças entre 4 e 13 anos que sofreram abuso sexual tiveram 10 vezes mais chance de tentar o suicídio; esse risco diminuiu para 6 vezes em adolescentes entre 14 e 19 anos.” (SOUSA et al., 2017, p. 3107).

A desregulação da serotonina foi uma observação neurológica constatada em estudos com crianças que sofreram negligências e abusos dos pais.

Relações entre transtornos mentais e suicídio na infância

Alguns transtornos mentais estão diretamente relacionados com o suicídio na infância. Em pesquisas realizadas, segundo os autores, metade das crianças que cometeram suicídio possuíam diagnóstico de “Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), um terço apresentou transtorno de personalidade antissocial, depressão e em menor proporção problemas com álcool.” (SOUSA et al., 2017, p. 3107). Destes, aproximadamente 85% não estavam em tratamento de saúde mental. Crianças que possuem algum diagnóstico psiquiátrico

apresentam maior risco de cometer suicídio comparadas com as demais. Alguns traços de personalidade também estão mais propensos ao suicídio, de acordo com os estudos de Freuchen e Grøholt (2015 apud SOUSA et al., 2017, p. 3107), as crianças que morreram por suicídio apresentavam um comportamento mais impulsivo, preocupado e sensível. Sendo a impulsividade um fator que propicia o suicídio, as tentativas geralmente ocorrem após eventos estressantes.

Considerações

Os autores trazem vários aspectos do fenômeno suicídio, listando cinco grandes relações que propiciam o risco de suicídio na infância e adolescência, desta forma fica mais do que evidente que o fenômeno possui múltiplas causas, muitas vezes interligadas, de bastante complexidade. Os fatores se interrelacionam: questões pessoais somada aos fatores externos, relação com os pais, relação com o mundo fora de si, aspectos da própria personalidade, todos esses fatores condensados de certa maneira propiciam o suicídio com maior intensidade, ou não. Devido à imaturidade cognitiva, somada a ausência de diálogo entre os familiares, detectar a tendência suicida em crianças e adolescentes pode ser uma tarefa desafiadora. A carência de profissionais preparados para lidar com situações como essa faz da escola, um ambiente que deveria ser acolhedor, muitas vezes mais um espaço onde ela sofrerá violências, seja através do bullying ocasionado pelos colegas ou até mesmo pela negligência dos professores em perceber mudanças de comportamento, de humor, em entender recados e bilhetes, muitas vezes em perceber os pedidos de ajuda que a criança manifesta não verbalmente. Um ponto importante que os autores trazem refere-se à desconstrução da visão de que a criança é incapaz de tirar a própria vida ou que até mesmo não pensa sobre a morte. A proximidade com o tema, muitas vezes mediante o suicídio de algum familiar, requer maior atenção ao assunto, devendo ser alvo de explicações em uma linguagem passível de compreensão de acordo com a faixa etária e que as ferramentas sejam propiciadas para que a criança ou adolescente consiga lidar com a situação.

Faz-se necessário que essas crianças, após serem identificadas com comportamentos de risco, sejam acompanhadas por serviços de saúde e protegidas em seus direitos. Os abusos físicos, psicológicos e sociais deixam marcas que podem ser irreversíveis e culminar em suicídio até mesmo na fase adulta.

2.7. Depressão na infância - Uma revisão de literatura

Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura sobre a depressão na infância, com o objetivo de qualificar o exercício profissional, refere-se à área da psicologia.

A depressão infantil consiste em uma doença com múltiplos fatores e de certa complexidade. De acordo com Papilaia (2006 apud FRAGA, 2015, p. 09), “as primeiras interações com o cuidador podem compor a base para uma depressão infantil”. O contexto familiar também possui influência, sendo que alguns fatores podem

“ter maior relação com o problema, tais como pertencer a famílias disfuncionais e com altos níveis de depressão, além de abuso de substâncias, filhos de mães deprimidas, ansiedade e comportamentos antissociais por parte dos pais.” (FRAGA, 2015, p. 09).

A autora cita três transtornos depressivos da infância, embasada pelo DSM-5⁴:

O DSM-5 apresenta três possíveis diagnósticos de depressão que podem se manifestar na infância, como o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, o Transtorno Depressivo Maior, e o Transtorno Depressivo Persistente, também conhecido como Distímia (APA, 2014 apud FRAGA, 2015, p. 26).

Embasando-se em outros autores, também pontua alguns fatores que são preditivos do transtorno depressivo: “o rendimento escolar, [...] início precoce dos sintomas, a frequência e severidade dos episódios, a ocorrência de sintomas psicóticos e de fatores estressores, as comorbidades e a ausência de aderência ao tratamento” (BAHLS, 2002 apud FRAGA, 2015, p. 11). “Problemas no sistema familiar, fatores genéticos, abuso físico ou sexual, problemas escolares e separação dos pais também são considerados fatores de risco para o desenvolvimento do transtorno” (LIMA, 2004 apud FRAGA, 2015, p. 11). Cada autor utilizado no trabalho cita alguns fatores, de acordo com suas respectivas pesquisas. Vale destacar um ponto importante levantado pela autora: de acordo com Pietro e Tavares (2005 apud FRAGA, 2015, p. 12) alguns eventos geralmente são vivenciados por pessoas que cometem suicídio, entre eles: “abuso infantil, vivências de violência, problemas de comunicação entre pais e filhos, diversas mudanças de condições de vida e alternância de cuidadores”. A baixa qualidade do sono também influencia o humor, a atenção, a motivação, e o aparecimento de sintomas depressivos.

⁴ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição, elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA).

As crianças depressivas geralmente se percebem como frágeis, tolas, más, e têm medo do fracasso, ou de sofrer uma injustiça. Também são sintomas frequentes do transtorno depressivo infantil a autocrítica elevada, sentimentos de inferioridade e o comportamento agressivo (FONSECA et al., 2005 apud FRAGA, 2015, p. 14).

Em relação aos sintomas citados nas literaturas sobre o assunto, pode-se elencar: “tiques, anorexia, medos, problemas de memória, baixa concentração, enurese, encoprese, ansiedade, hipocondria, aumento da sensibilidade, sentimento de rejeição e fobia escolar” (CALÇADA, 2014 apud FRAGA, 2015, p. 15). “Comportamentos de extrema obediência ou submissão, distrabilidade, descuido pessoal e corporal, comportamento autopunitivo e sentimento de culpa” (FONSECA et al., 2005 apud FRAGA, 2015, p. 15); “Olhar muito tempo para o chão, permanecer com postura arqueada, cansaço, hipoatividade, fala monótona, devagar, com ausência de expressão e respostas monossilábicas” (SPANEMBERG & JURUEMA, 2004 apud FRAGA, 2015, p. 15); “Fadiga, atividade extrema ou apatia, sentimentos de falta de valor ou inutilidade, mudança de peso e apetite, choros, problemas com o sono, queixas físicas e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.” (PAPALIA, 2006 apud FRAGA, 2015, p. 15);

“A ambivalência, problemas de disciplina e saúde, comportamento de risco, retraimento, mudanças abruptas de comportamento, atraso na linguagem, hiperatividade, ansiedade, problemas alimentares, humor irritável, frequentes escoriações pelo corpo, cefaleia e comportamento estranho.” (CALDERARO & CARVALHO 2005 apud FRAGA, 2015, p. 15).

Os sintomas se apresentam de acordo com a idade e maturidade cognitiva da criança e nem sempre são percebidos pelos pais ou responsáveis.

Em relação à participação da família, a autora desenvolve um capítulo específico para tratar do tema. Pais permissivos ou autoritários podem influenciar o surgimento da depressão infantil. Os sintomas depressivos da criança funcionam como uma resposta aos problemas familiares. A família pode ser um catalisador da depressão infantil ou um suporte para recuperação da criança ou adolescente, podendo ser uma família protetiva, a depender da forma como conduzem a educação da criança. Cruvinel & Boruchovitch (2009 apud FRAGA 2015, p. 19) apontam que a entrada da mulher no mercado de trabalho pode ter contribuído para o aumento da depressão infantil.

A escola é outro ambiente onde os sintomas depressivos se apresentam. A diminuição do rendimento escolar e a dificuldade de aprendizagem podem ser um sinal de alerta para uma

possível depressão, e é onde os pais conseguem identificar os sintomas devido à importância que atribuem a esses fatores relacionados ao desempenho escolar. A autora cita a importância da cautela ao identificar qual fator antecede o outro, se a depressão gera o baixo rendimento escolar ou se o baixo rendimento escolar propicia a depressão, pois dependendo do diagnóstico o tratamento será diferente.

O bullying (fenômeno antigo nas escolas, que tem ganhado mais atenção recentemente) é um fator de risco que pode culminar em suicídio entre os jovens. A incapacidade dos professores em identificar sintomas depressivos em seus alunos pode levá-los a encaminhamentos poucos eficazes e prejudicar as crianças em seu tratamento. Faz-se necessário e importante que os pais deem a devida atenção ao problema, assim como uma boa interação entre pais e professores é fundamental.

Como já foi dito, um fator que agrava o quadro refere-se a dificuldade dos pais em perceber os sintomas depressivos nos filhos. Esta mesma dificuldade atinge os profissionais de pediatria. Sendo a depressão infantil uma doença de muita complexidade, até mesmo os profissionais de saúde encontram dificuldade em diagnosticá-la. De acordo com a autora e com Papalia (2006 apud FRAGA, 2015, p. 22) “a depressão, em casos mais graves, pode levar ao suicídio.”

Devido à fase de desenvolvimento que a criança se encontra, esta poderá ter dificuldade em expressar seus sentimentos, sendo necessário que outros fatores não verbais sejam avaliados, como a expressão facial e postura corporal, os desenhos realizados pela criança e as mudanças abruptas do comportamento. O envolvimento em situações de risco pode ocorrer nos quadros em que a criança possui depressão, mesmo que ela tenha consciência do perigo, como por exemplo, ataques impulsivos de agressividade, se atirar de lugares altos e sair correndo na rua. Esta seria uma forma da criança chamar a atenção para si e para o seu sofrimento.

Para realizar uma avaliação psicológica adequada é necessário que o profissional integre os sintomas apresentados pela criança com os dados obtidos durante o processo de diagnóstico, como: histórico familiar, dinâmica da família e dos sintomas da criança, suas interações sociais, interação com o avaliador, bem como o conteúdo de suas projeções lúdicas e da aplicação de testes projetivos (CALÇADA, 2014 apud FRAGA 2015).

Fraga (2015, p. 31-32) dedica um capítulo sobre a prevenção, onde aponta que os familiares (aqui inclui-se os pais, mães ou os cuidadores mais próximos) são o melhor meio para prevenção da depressão na infância. O amor, compreensão e cuidado despendido para atender

as necessidades básicas da criança previne o surgimento da depressão infantil. De acordo com a autora e suas referências,

A criança, quando é bem sucedida na escola, participa de atividades extracurriculares, tem sua capacidade intelectual e social preservada, tem relações positivas com outros adultos fora da família, tem uma percepção positiva de si mesmo e recebe os suportes sociais adequadamente, têm menores chances de desenvolverem a depressão, sendo estas algumas características protetoras para crianças e adolescentes (MERICANGAAS & ANGST, 1995, como citado em ABAID et al., 2010; Serrão et al, 2007 apud FRAGA, 2015, p. 31).

O tratamento da criança com depressão deve ser feito na infância, de modo adequado, para evitar que o problema se estenda para a adolescência e juventude, onde os sintomas podem se agravar e até mesmo levar ao suicídio (CALÇADA, 2014 apud FRAGA, 2015, p. 32).

Acerca do tratamento, a autora coloca que este pode ser realizado de diversas formas. Uma delas seria a psicoterapia individual, outra seria a psicoterapia familiar. Um ponto importante colocado, refere-se ao fato de que muitas vezes a criança com depressão é o membro mais saudável daquela família, que está manifestando em si através da doença todo o contexto familiar que a circunda. Algumas questões precisam ser trabalhadas com os familiares, como o preconceito em relação à medicação e orientações socioeducativas referentes à própria doença, de forma que os auxilie a compreender o transtorno e praticar o manejo correto do comportamento. O preconceito em relação ao transtorno continua sendo uma dificuldade na busca e tratamento da criança com depressão.

Considerações

Este tema em específico é de uma complexidade maior, pois o diagnóstico na infância é certamente algo desafiador. Muitos comportamentos são próprios da criança e da fase de desenvolvimento em que ela se encontra. Para identificação de algum transtorno é necessário que os pais/professores/familiares consigam perceber um padrão, que não passa com o simples amadurecer da idade.

Um fator que desperta a atenção refere-se ao fato de que em alguns casos a criança está manifestando através da depressão uma realidade que vivencia cotidianamente, podendo por vezes estar inserida em um ambiente permeado por diversos tipos de violência e doenças mentais. A autora utiliza-se do termo “famílias disfuncionais”, entretanto, há que se questionar

de que modelo de família a autora está se referindo, tendo em vista que nenhuma família pode ser considerada totalmente funcional, devido justamente à vários aspectos sociais que permeiam a instituição familiar. Famílias monoparentais compõe a realidade brasileira, o que ocasiona uma sobrecarga do/da cuidador/cuidadora, assim como a vulnerabilidade social, o desemprego, e a desigualdade afetam a conjuntura familiar, o que torna inviável idealizar um modelo ideal de família.

Deste modo podemos perceber a importância do trabalho do Assistente Social na proteção aos direitos da criança e adolescente, que deverá ser capaz de identificar situações de violência que podem estar ocasionando os sintomas e reportá-las aos órgãos responsáveis, assim como deverá tomar as medidas necessárias frente à demanda apresentada, para além da parte burocrática. O profissional solicitado a atender uma demanda relacionada à temática do suicídio deverá ter discernimento e compromisso com os sujeitos afetados, para não cair em atos omissivos nem negligenciar as necessidades daquele usuário. Ressalta-se que a criança muitas vezes não possui consciência do mal que está sofrendo, por vezes nem sequer possui referências do que seria viver de forma saudável e harmoniosa com seus familiares.

Percebe-se claramente a ambivalência do ambiente escolar, assim como a ambivalência do sistema familiar. A escola poderá ser um ambiente de acolhimento, onde os professores de alguma maneira podem auxiliar a criança no seu tratamento, até mesmo realizar a identificação de algum transtorno e orientar os familiares de forma correta, assim como, pode ser um espaço hostil, de violência, bullying, e os encaminhamentos para uma situação de transtorno mental, de depressão infantil, poderão ser feitos de forma errônea e prejudicar mais do que auxiliar aquela criança em seu tratamento. Da mesma forma, a família poderá cumprir um papel importante no tratamento, quando se tratar de uma família protetiva, ou poderá ser o catalisador da doença na criança, negligenciando seus cuidados.

A ausência de espaços de tratamento para a saúde mental da criança na rede pública é um fator que dificulta a atenção a este problema. Imaginemos hoje, que uma criança precisa de atendimento em saúde mental, na capital do estado de Santa Catarina, Florianópolis. Ela poderá contar somente com o CAPS Infantil, que dispõe de poucas vagas e destina-se ao atendimento de crianças e adolescentes com problemas graves e contínuos de saúde mental, ou seja, não seria o local mais adequado para um acompanhamento psicológico de situações mais simples, que poderiam ser resolvidas com atendimento psicológico e acompanhamento da família, sem necessidade de medicação ou intervenções maiores como uma internação. Poderá talvez contar

com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde de Família (NASF), entretanto, sabe-se que estes trabalham atendendo diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) de forma rotativa e possuem um corpo profissional pequeno para tamanha demanda, devemos considerar também que este equipamento vem sofrendo mudanças desde a publicação da Nota Técnica nº 3/2020 feita pela Secretaria de Atenção Primária em Saúde vinculada ao Ministério da Saúde.

Há também a possibilidade de atendimento através das “Clínicas Sociais”, que possuem um valor abaixo do mercado para atendimento psicológico, entretanto, é um valor que para algumas famílias poderá fazer uma grande diferença no orçamento. A criança com problemas de saúde mental poderá ser atendida pelo Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), dependendo da complexidade e gravidade da situação. Mas, supondo que ela apresente sintomas iniciais e identifique-se a necessidade de iniciar um tratamento, são poucas as opções e longas as filas de espera para uma consulta, ou seja, há claramente um “buraco” na rede de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, pois não há um serviço intermediário, que atenda as demandas antes delas se tornarem mais graves. Na maioria dos casos ou o usuário não recebe nenhum atendimento ou é encaminhado para o serviço quando a situação já se agravou.

A prevenção ainda é o melhor caminho para os casos de depressão infantil. A família cumpre um papel imprescindível na saúde da criança de forma geral, e aqui entendemos a família como os principais cuidadores, independente do vínculo sanguíneo. A oferta de atividades extracurriculares por parte das escolas, o envolvimento em projetos sociais, o brincar livre, o contato com outras crianças, são todos elementos que compõem um quebra-cabeça responsável pela formação da criança e sua saúde. Dentro deste contexto ampliado de saúde, o acesso às necessidades básicas faz-se imprescindível. Uma alimentação adequada, condições mínimas de saneamento básico, higiene, acesso à cultura, e também de suma importância: o afeto dos seus cuidadores, sentir-se amada, acolhida e bem-vinda no seio familiar fará toda a diferença.

Sabe-se que nem todas as famílias contam com as condições mínimas, para tanto, existem os órgãos de proteção, que poderão auxiliar tanto a criança quanto a família a buscar seus direitos e garantir a segurança emocional e física da criança. Sendo a depressão infantil uma doença que pode arrastar-se pelo longo da vida, nada mais justo que o tratamento ter início o mais cedo possível, de forma a garantir que a adolescência e vida adulta dessa criança possam ser no mínimo mais felizes.

2.8. Suicídio na infância e adolescência

“O presente ensaio é a transcrição da aula ministrada durante a II Jornada sobre Suicídio do Laboratório de Estudos sobre a Morte, ocorrida em 22 de maio de 2013 (Brasil)” (KUCZYNSKI, 2014, p. 246). A autora inicia seu trabalho escancarando como a morte de um jovem pode ser terrível para os pais que possuem tantos sonhos para seus filhos. “A perspectiva de que a Morte pode ser a escolha de uma criança desnorteia e impede a avaliação imparcial necessária por parte dos profissionais que trabalham com esta faixa etária.” (KUCZYNSKI, 2014, p. 246) porém, faz-se necessário encarar a realidade e buscar estudar e compreender o que caracteriza o comportamento suicida nos jovens, com o objetivo de desenvolver meios de prevenção. Kuczynski (2014, p. 246) cita a obra literária de Goethe, escrita no século XVIII “*Os Sofrimentos do Jovem Werther*” como um dos primeiros registros históricos, onde o tema do suicídio preenche o imaginário dos jovens, que mediante a identificação com o protagonista ocasiona uma epidemia de suicídio entre a juventude da época.

Aspectos Históricos

A autora faz um resgate histórico acerca da morte e do suicídio em diferentes épocas, desde a mitologia grega até a modernidade e pontua algumas mudanças. O próprio termo “suicídio” é recente, sendo atribuído ao que antes denominava-se como “morte voluntária”.

Também o suicídio é um fenômeno multifacetado, uma vez que sua estrutura ultrapassa os limites de um único campo do conhecimento, implicando desde fatores sociais (credos religiosos, família, política, grupos sociais), disposições organopsíquicas, características do ambiente físico, culminando em processos cognitivos de imitação, sendo o último fator de grande preocupação na faixa etária adolescente, pela sua importante prevalência como fator associado (BTESHE, 2013 apud KUCZYNSKI, 2014, p. 247).

Kuczynski (2014, p. 247) pontua a questão do bullying e cyberbullying como acentuadores do suicídio na atualidade.

O bullying é definido pelo uso de força ou coerção para afetar negativamente aos demais, envolvendo um desequilíbrio do poder social, físico e/ou emocional, e atos danosos voluntários e repetitivos. Pode ser persistentemente dirigido a um alvo baseado na raça, cor, peso, origem, grupo étnico, religião, crença, deficiência, orientação sexual, gênero, aparência física, sexo, ou outras características que distingam o eleito no grupo. Não está limitado a, mas prevalece entre crianças e adolescentes. Assume várias

formas: verbal, física, relacional/social e eletrônica, sendo o último mais conhecido como cyberbullying (NASP, 2012 apud KUCZYNSKI, 2014, p. 247).

O sofrimento gerado na criança ou adolescente vítima de bullying é tão intenso que encontra-se entre as principais causas de suicídio consumado — de acordo com estudo que analisou 37 pesquisas mundiais —, sendo também responsável por grande parte das tentativas.

A autora sinaliza que o suicídio se expressa em maior número após os 15 anos, sendo menos frequente na infância. Dentre as características em comum apresentadas por crianças e adolescentes que tentam suicídio encontra-se um histórico de tentativas anteriores. Assim como os demais autores, Kuczynski (2014, p. 248) coloca a subnotificação como empecilho para o conhecimento real da situação do suicídio no Brasil. O tema do parassuicídio é também abordado, sendo este definido como condutas que mimetizam o suicídio, mas não tem um fim tão fatal, como por exemplo o uso/abuso de substâncias psicoativas e o aborto na adolescência, mesmo tendo conhecimento de como evitar uma gestação. A autora questiona se o suicídio não seria a saída final de uma vida inteira de abusos físicos, psicológicos e de violência.

Abordagem do Suicídio

Pressões e estressores externos podem impulsionar a tendência suicida.

o que acentua a importância da necessidade de atenção para a existência de possíveis fatores de risco cognitivos para uma primeira tentativa ou para uma recorrência do comportamento suicida: a) desesperança; b) carência na geração de alternativas para problemáticas e na flexibilidade para enfrentar situações; c) estilo disfuncional, internalizando eventos negativos, considerando-o estável e global (associados a quadros depressivos de longa evolução); d) impulsividade (SHAFFER & PIACENTINI, 1994 apud KUCZYNSKI p. 249).

A autora discorre brevemente sobre comportamentos parassuicidas, citando como exemplos o descaso com a própria vida e o envolvimento em situações de risco.

Em relação ao atendimento de jovens no setor de Pronto Atendimento (local que usualmente funciona como porta de entrada dos serviços de saúde nestes casos), a autora destaca algumas particularidades, entre elas o fato de que geralmente o jovem é levado por alguém ao Pronto Atendimento, dificilmente buscando ajuda por conta própria, salvo exceções em que durante o ato se arrepende, mas nestes casos chega ao atendimento muito confuso, incapaz de prestar informações fidedignas. Outro ponto levantado pela autora refere-se à observação durante a

entrevista inicial, atentando-se para a letalidade da tentativa, de forma a avaliar se a situação permitia um resgate.

É necessário evitar julgamentos, para que o usuário se sinta acolhido e aceite posteriormente buscar tratamento, assim como manter uma postura de empatia e permitir que o jovem se manifeste livremente. Deve-se estar atento às condições do local do atendimento, pois este não pode apresentar perigo para uma nova tentativa. Todas as informações coletadas neste primeiro atendimento são importantes e o profissional deve estar atento a elas. O cuidado no manejo com as perguntas também se faz necessário, para que estas não causem maior ansiedade no usuário. Caso necessário, a utilização de escalas estruturais é bem-vinda para avaliar a ideação suicida.

A entrevista não deve ser encerrada antes que se obtenham dados conclusivos a respeito dos seguintes itens: sanidade mental (e diagnósticos ou tratamentos prévios); tentativas anteriores; letalidade da tentativa (atual e/ou prévias); planejamento (suicida) e planos (acadêmico, profissional etc.); comportamentos de risco; uso de álcool e/ ou substância psicoativas; conflitos (pessoais e familiares); traumas (psicológicos, físicos, sexuais etc.); impulsividade; recursos na comunidade; exposição (a eventos semelhantes, no âmbito familiar ou na mídia). (KUCZYNSKI, 2015, p. 249-250)

A autora expõe alguns critérios que devem ser observados no momento da alta:

a) sem risco iminente de suicídio; b) sem instabilidade clínica; c) compromisso de retornar à Emergência se ocorrer nova tentativa; d) não intoxicado, mentalmente desequilibrado ou em delirium; e) meios potencialmente eliminados; f) encaminhamento para tratamento psiquiátrico; g) eventos precipitantes discriminados (e tentativas de resolvê-los, iniciadas); h) a equipe se sente segura de que as recomendações serão seguidas pela família e pelo paciente; i) há uma proposta de recursos sociais e de suporte quando der alta (BUZAN & WEISSBERG, 1992 apud KUCZYNSKI, 2015, p. 250).

Conclusões

O preparo profissional torna-se imprescindível para a atuação com crianças e adolescentes suicidas, pois dependendo da abordagem adotada, esse jovem poderá salvar-se ou continuar com sua própria condenação. Não há garantias de que o usuário se manterá vivo, porém, quanto melhor for o atendimento prestado a ele, mais chances terá de continuar sua busca por ajuda.

A expansão do acesso à internet possui muitos benefícios, entretanto, há um lado perverso, que permite a violência entre seus usuários. O bullying, assim como o cyberbullying apresentam-se como problemas graves à saúde mental das crianças e adolescentes, que durante a transição do mundo infantil para o adulto, sentem-se perdidas, com necessidade de pertencimento, e um ataque, neste momento, vindo de pessoas tão semelhantes a si (seus colegas de escola, amigos da rua), provoca sentimentos de baixa autoestima e aversão que podem culminar em pensamentos como o de tirar a própria vida. O tema deve ser tratado com seriedade, considerando que apresentam maiores riscos de suicídio aqueles jovens que já possuem histórico de tentativas prévias. Alguns comportamentos não estão explicitamente vinculados ao suicídio, mas demonstram o mesmo desejo de morte, como o uso e abuso de drogas, o envolvimento em diversas situações de risco e a exposição ao perigo. Diversos são os fatores que influenciam o suicídio, não sendo possível elencar uma única causa para o fenômeno.

2.9. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero

Este artigo elaborado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, trata-se de uma revisão não sistemática de literatura, que busca discutir alguns fatores de risco para o suicídio em adolescentes. O suicídio está entre a segunda maior causa de morte nos jovens com idade entre 10 e 24 anos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization - WHO, 2010), sendo considerado um problema de saúde pública mundial. De acordo com os dados do Ministério da Saúde, referentes ao ano de 2005, um suicídio por hora acontece no Brasil. Embora este número seja alarmante, o Brasil ainda é considerado um país com baixas taxas de suicídio.

As autoras afirmam que a literatura demonstra uma distribuição de maneira desigual em relação as estatísticas de suicídio, diferindo conforme os países, entre os sexos e entre os grupos etários. Embora as estatísticas contribuam para fazer uma análise do fenômeno, elas não são totalmente confiáveis, devido às alterações nos certificados de óbito, solicitados muitas vezes pela família. Para além do suicídio, ocorrem também as tentativas, que em alguns casos são registradas oficialmente e em outros sequer são reportadas aos serviços de saúde. Há também o fato de os jovens de classe média e alta buscarem atendimento em clínicas particulares, dados que dificilmente serão notificados.

Devido à complexidade do fenômeno, os pesquisadores são unânimes em afirmar a dificuldade em fazer uma relação causal entre o ato do suicídio em si e os motivos que impulsionaram a

ação. A dificuldade também reside no fato de que “[...] diferentes pessoas podem ter motivações distintas e finalidades diversas para o ato suicida” (BAPTISTA, 2004 apud BRAGA & DELL’AGLIO, 2013, p. 04). No que se refere à prevenção, a identificação e o manejo dos riscos ainda é o melhor caminho.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), a restrição ao acesso aos meios de cometer suicídio, a identificação e o tratamento precoce de pessoas que sofrem de transtornos psicológicos, especialmente a depressão, bem como daquelas que abusam de substâncias, o aperfeiçoamento do acesso aos serviços sociais e de saúde são estratégias efetivas para a prevenção. (BRAGA & DELL’AGLIO, 2013, p. 04)

Considerando que a adolescência é um período vulnerável ao suicídio, este artigo propõe-se a investigar os aspectos relacionados ao suicídio na adolescência. De acordo com as autoras, “o comportamento suicida pode ser dividido em três categorias: ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio e suicídio consumado” (BRAGA & DELL’AGLIO, 2013, p. 04). A ideação é um fator de risco, considerado o primeiro passo para a ação, o que significa que os adolescentes que cometem suicídio, em algum momento anterior, manifestaram este desejo, o que serve de indicativo para ações de prevenção. A literatura também aponta para o fenômeno da recorrência nas tentativas, até que o suicídio seja consumado. As autoras colocam que o tempo entre a ideação e o suicídio propriamente dito seria uma janela de oportunidade para intervenção, evitando o fim trágico do adolescente.

Em pesquisa realizada por Baggio et al. (2009 apud BRAGA & AGLIO, 2013, p. 05), com escolares na região de Porto Alegre, foi investigada a prevalência do planejamento suicida e fatores associados em adolescentes escolares dessa região, na qual descobriu-se que em relação aos fatores associados ao planejamento:

[...] os adolescentes que relataram sentimentos de solidão e tristeza apresentaram prevalência mais alta de planejamento suicida do que adolescentes sem esses sentimentos. Os pesquisadores reforçam, assim, a ideia já sustentada por outros autores (BAHLS E BAHLS, 2002; BAPTISTA, 2004; FREITAS E BOTEGA, 2002; KOKKEVI et al., 2010 apud BRAGA & AGLIO, 2013, p. 05) de que **a presença de sintomas depressivos - como sentimentos de tristeza, desesperança, humor depressão, falta de motivação, diminuição do interesse ou prazer, perda ou ganho significativo de peso, problemas de sono, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, dentre outros - é um importante fator de risco para o**

suicídio e de que a adolescência é considerada um período propício tanto para a ideação quanto para as tentativas de suicídio, principalmente quando associada à depressão (ARAÚJO, VIEIRA, COUTINHO, 2010 apud BRAGA & AGLIO, 2013, p. 05).

A solidão é um sentimento comum em adolescentes que tentam o suicídio, segundo Dutra (2002 apud BRAGA & AGLIO, 2013, p. 05), estes jovens sentem falta de ter amigos, ou alguém para conversar e dividir suas experiências, o que pode culminar em problemas emocionais, comportamentais e afetivos. Rivers e Noret (2010 apud BRAGA & AGLIO, 2013, p. 05) investigaram acerca do bullying e seus efeitos em adolescentes.

Os resultados indicaram que a maioria dos adolescentes do estudo já havia se envolvido em episódios de bullying na escola, seja como agressores, vítimas, testemunhas ou uma combinação destes três papéis sociais. Entretanto, aqueles adolescentes com múltiplos papéis sociais estiveram significativamente mais propensos a pensamentos suicidas. (BRAGA & AGLIO, 2013, p. 5)

A convivência com seus pares, tanto na infância quanto na adolescência, influencia o desenvolvimento de habilidades afetivas, sociais e cognitivas, assim como influencia as características individuais, sua autoestima, e pode “amenizar o impacto de eventos estressores, constituindo-se em importante fonte de apoio emocional e social” (BRAGA & AGLIO, 2013, p. 06).

Algumas exigências sociais e psicológicas impostas na adolescência podem propiciar o suicídio nesta faixa etária, essas imposições associadas à fase de grandes mudanças, próprias da adolescência, podem impulsionar os jovens a tendências suicidas. Os dados indicam que “as tentativas de suicídio e o suicídio consumado aumentam com o passar dos anos, especialmente após a puberdade” (BAHLS E BAHLS, 2002 apud BRAGA & AGLIO, 2013, p. 06). As motivações para o suicídio, em jovens de diferentes países, tendem a ser as mesmas, de acordo com estudos levantados pelas autoras, motivações como: história de suicídio na família, presença de transtornos mentais, exposição à violência, abuso de álcool e drogas, bullying, conflitos na família, etc. A presença de sintomas depressivos é outro fator importante de risco, sintomas tais como “sentimentos de tristeza, desesperança, humor depressão, falta de motivação, diminuição do interesse ou prazer, perda ou ganho significativo de peso, problemas de sono, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, dentre outros” (ARAÚJO et al., 2010 apud BRAGA & AGLIO, 2013, p. 5).

De acordo como as autoras do artigo, no que se refere aos meios de cometer o suicídio, os estudos indicaram diferenças entre os países onde o porte de arma é permitido e onde é proibido. A arma de fogo nos lares norte-americanos mostra-se como um dos principais meios para o suicídio na adolescência, em contrapartida, no Brasil, a intoxicação por medicamento é a forma mais utilizada.

Acerca dos fatores de risco levantados pelos autores, destacam-se:

[...] isolamento social, abandono, exposição à violência intrafamiliar, história de abuso físico ou sexual, transtornos de humor e personalidade, doença mental, impulsividade, estresse, uso de álcool e outras drogas, presença de eventos estressores ao longo da vida, suporte social deficitário, sentimentos de solidão, desespero e incapacidade, suicídio de um membro da família, pobreza, decepção amorosa, homossexualismo, bullying, locus de controle externo, oposição familiar a relacionamentos sexuais, condições de saúde desfavoráveis, baixa autoestima, rendimento escolar deficiente, dificuldade de aprendizagem, dentre outros. (BRAGA & AGLIO, 2013, p. 06)

Dentre os transtornos psiquiátricos, a depressão é o que mais se relaciona com o suicídio, independente da faixa etária. Um estudo de Freitas e Botega (2002 apud BRAGA & AGLIO, 2013, p. 07), realizado com adolescentes grávidas, investigou como a depressão, a ansiedade e a ideação suicida estavam presentes nas gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal. Dentre as 120 avaliadas, 19 apresentaram ideação suicida, associada à depressão, ausência de parceiro e baixo apoio social recebido. Segundo os autores, a gravidez na adolescência pode se configurar como um fator de risco, devido à repercussão que causa na vida dessas adolescentes.

As autoras elencam outros diversos fatores de risco: a pobreza, que gera uma vulnerabilidade social e aumenta os níveis de estresse e ansiedade devido ao desemprego e a instabilidade familiar; histórico de suicídio na família; uso de álcool e outras drogas; isolamento social; situações de violência física, violência sexual; negligência e rejeição na infância e na adolescência; tentativas prévias; divórcio dos pais; perda de pessoa amada; comportamento de imitação ou contágio, estes últimos ocorrem quando o adolescente tem contato com alguém que cometeu suicídio ou quando notícias televisivas e personagens influenciam este comportamento. Baptista (2004 apud BRAGA & AGLIO, 2013, p. 07) afirma que indivíduos residentes da área rural possuem maior risco de cometer suicídio quando comparados aos residentes de áreas urbanas, devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental e tratamento, muitas vezes inexistentes em áreas rurais.

Em relação ao gênero, as meninas estão mais propensas a tentar o suicídio e alguns fatores são protetivos em relação ao suicídio da mulher:

[...] destacando-se a baixa prevalência de alcoolismo, religiosidade e/ou espiritualidade e atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Soma-se a isso o fato de as mulheres, em geral, identificarem precocemente sinais de risco para depressão ou outras doenças mentais, estarem mais propensas a buscar ajuda em momentos de crise e terem uma rede de apoio social e afetivo mais ampla do que os homens. Por outro lado, os papéis atribuídos à masculinidade envolvem aspectos que podem predispor os homens a comportamentos suicidas. Tais aspectos podem incluir a competitividade, a impulsividade e o maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo. Além disso, os homens são mais sensíveis a aspectos relacionados ao trabalho, ao desemprego e ao empobrecimento (MENEGHEL et al., 2004 apud BRAGA & AGLIO, 2013, p. 9-10).

As autoras também relacionam a diferença entre a criação de meninos e meninas como influenciadores na hora de escolher o método da morte. Os meninos por terem maior liberdade para expressar sua agressividade e se envolverem em brincadeiras mais violentas, geralmente escolhem também métodos mais agressivos, que resultam fatalmente em morte, enquanto as meninas, por terem um comportamento tipicamente esperado mais tranquilo, calmo, delicado, tendem a escolher métodos menos letais, o que resulta em tentativas falhas, mas que se forem repetidas, podem acarretar na consumação do suicídio.

Os adolescentes que não vivem com ambos os pais também estão mais propensos ao ato. As autoras trazem a discussão acerca da família, ressaltando a importância da família nuclear para o bom desenvolvimento do adolescente, embora pesquisas demonstrem as mudanças na instituição familiar, com novos arranjos familiares, a família nuclear ainda demonstra ser o meio mais seguro para a saúde mental das crianças e adolescentes. Ainda de acordo com as pesquisas levantadas pelas autoras, um bom relacionamento com os pais e elevados níveis de autoestima constituem-se em fatores protetivos.

A cultura ocidental que evita falar da morte, afasta as crianças de situações de óbito, evita levá-las à funerais, esconde ou omite a morte de animais de estimação, tratando da temática “morte” como tabu, faz com que os adolescentes sintam dificuldade em lidar com o assunto e evitem conversar sobre o tema com seus pais.

Dentre os fatores relacionados ao suicídio, a presença de depressão é o que mais aparece nos estudos sobre o tema.

Considerações

Após o levantamento de diversos fatores de risco, das relações entre gênero, depressão e suicídio é possível ter um panorama geral do suicídio na adolescência e como este fenômeno é multifatorial. Alguns fatores isolados, característicos da adolescência não indicam necessariamente uma ideação suicida, porém, alguns fatores externos somados à uma condição de saúde mental anterior podem sim, culminar em tentativas de morte voluntária. Faz-se nítida a importância da família e de redes de apoio que possam auxiliar esses jovens em suas necessidades emocionais, necessidades de afeto, carinho e amor. A família ainda ocupa um lugar central nesse cenário, pois é nela que se desenvolvem as primeiras relações, e nos casos em que essa se apresenta como um risco ao indivíduo, as chances de o suicídio ocorrer são ainda maiores. As situações de abuso, violência e negligência explicitam o quanto o adolescente precisa de uma família protetiva, e principalmente que possa ter com quem falar. Os amigos cumprem um papel fundamental, assim como podem ser um ouvido prestativo às angústias, podem influir negativamente, como nos casos em que também apresentam ideação suicida ou mesmo já realizaram alguma tentativa. A depressão é um fator de relevância, que deve ser considerado com seriedade, daí a importância dos profissionais de saúde, professores, pais e familiares estarem atentos ao comportamento do adolescente, de forma que possam atuar preventivamente, evitando a morte voluntária precoce.

2.10. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar

A violência impacta diretamente nas condições de vida e na saúde da população, especialmente quando ocorre na infância. Em relação à violência psicológica, esta parece ser menos nociva quando comparada a outros tipos de violência, como a física e a sexual, porém, as pesquisas têm demonstrado o quão grave ela também pode ser. Em relação ao comportamento tóxico dos pais, podem ser indicativos de abuso psicológico:

rejeitar (recusar-se a reconhecer a importância da criança e a legitimidade de suas necessidades), isolar (separar a criança de experiências sociais normais impedindo-a de fazer amizades, e fazendo com que a criança acredite estar sozinha no mundo); aterrorizar (a criança é atacada verbalmente, criando um clima de medo e terror, fazendo-a acreditar que o mundo é hostil); ignorar (privar a criança de estimulação, reprimindo o desenvolvimento emocional e intelectual) e corromper (quando o adulto conduz negativamente a socialização da criança, estimula e reforça o seu engajamento

em atos antissociais). (GARBARINO et. al. apud ABRANCHES & ASSIS, 2011, p. 844)

Este artigo trata-se de uma revisão de literatura. Dentre os resultados obtidos ficou evidente a associação da exposição à violência psicológica com impactos na saúde mental e física, ocasionando distúrbios, tais como: ansiedade, depressão, tentativa de suicídio, distúrbios alimentares e obesidade. Este tipo de violência, tão presente na infância, segundo as pesquisas utilizadas pelas autoras, gera efeitos na saúde mental a curto e longo prazo. Embora sua detecção seja difícil, o tema ganhou maior repercussão nos últimos anos.

Dentre os fatores de risco para a violência psicológica, diversos foram encontrados, mas podemos citar:

[...] pobreza, pai/mãe não biológicos ou separados, alienação ou precária autoestima da mãe, baixa amabilidade dos pais, gravidez ou parto complicados, baixo QI, dificuldades de temperamento; ambiente familiar, questões de gênero, disciplina rígida, suporte dos pais e valores familiares; satisfação com o casamento e idade da mãe. (ABRANCHES & ASSIS, 2011, p. 846)

Acerca das consequências da vivência de violência psicológica durante a infância, os resultados aparecem no “mau rendimento escolar; problemas emocionais (ansiedade, depressão, tentativa de suicídio e transtorno de estresse pós-traumático – TEPT); ser vítima de violência na comunidade e na escola, transgredir normas e vivenciar violência no namoro.” (ABRANCHES & ASSIS, 2011, p. 846). Os artigos analisados para a formulação do trabalho demonstram que independente da cultura os efeitos nocivos da violência psicológica na infância são reais e podem perdurar na vida adulta.

Considerações

Apesar da invisibilidade do tema, este vem ganhando maior atenção, e revela-se como fator preocupante acerca do desenvolvimento da saúde mental e física de crianças e adolescentes. As consequências da violência psicológica ultrapassam o tempo e poderão refletir ainda mesmo na vida adulta, além de tornarem a criança ou o adolescente suscetível a sofrer outros tipos de violência, seja na escola ou em relacionamentos. Devido a este tipo de agressão não deixar marcas físicas, poderá passar despercebido pelos profissionais que prestam atendimento a esta criança/adolescente. Um olhar atento fará a diferença na atuação profissional, isso significa que o profissional deverá ater-se a maneira como a criança se refere aos seus cuidadores, se

demonstra sinais de medo ou ansiedade, se possui receio de expressar-se por medo de represália dos cuidadores, se mimetiza as ofensas que sofre em outras crianças ou animais de estimação, se demonstra baixa autoestima, pouca importância com seus pertences, poderá observar também sua relação com os alimentos, se faz suas refeições de forma saudável ou se as usa como válvula de escape, seja através da comida em excesso ou da falta de apetite. Há que se considerar que a violência psicológica possui seu grau de importância na ocorrência do suicídio e seus aspectos não devem ser ignorados. A violência psicológica constitui um problema em si, mas ela poderá refletir problemas maiores que se escondem por detrás desta atitude dos pais ou cuidadores, devendo ser investigada a causa de sua ocorrência, a fim de sanar o sofrimento emocional destas crianças e adolescentes.

2.11. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio

De acordo com a literatura específica utilizada pelas autoras, o comportamento suicida pode ser dividido em três categorias: “ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado” (ARAÚJO; VIEIRA & COUTINHO, 2010, p. 47), possuindo cada uma delas, um certo grau de gravidade. Em um extremo encontra-se a ideação e noutro o suicídio consumado. Botega (2007 apud ARAÚJO; VIEIRA & COUTINHO, 2010, p. 48) “ressalta que, em termos globais, a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos”, alterando sua faixa etária dos mais idosos para os mais jovens, ocupando em alguns países a terceira maior causa de morte na população que compõe a faixa etária entre 16 e 44 anos. A subnotificação aparece novamente como tema deste trabalho.

No Brasil, o suicídio era camuflado pelas altas taxas de homicídio e acidentes de trânsito, até pouco tempo atrás não sendo encarado como um problema de saúde coletiva. O fenômeno possui um certo grau de dificuldade para ser corretamente identificado,

A subestimação das estatísticas sobre atos suicidas deve-se a vários fatores, principalmente, às dificuldades de conceituação. Dentre estas, por exemplo, destacam-se as de identificar com precisão: quando um acidente automobilístico foi uma fatalidade ou tentativa de suicídio; ou quando um usuário de drogas falece por over dose; assim como, quando um paciente nega-se a realizar o tratamento de suas patologias; ou quando se recusa a comer, podendo ser compreendido como abandono da vida (ARAÚJO; VIEIRA & COUTINHO, 2010, p. 48)

Segundo Holmes (2001 apud ARAÚJO, VIEIRA & COUTINHO, 2010, p. 48), as mulheres estão mais propensas a tentar o suicídio, geralmente de maneiras menos letais, como a ingestão de medicamentos, o corte dos pulsos ou overdoses, diferente dos homens que escolhem meios mais agressivos, como saltar de um edifício alto ou armas de fogo e assim obtém maior sucesso em suas tentativas quando comparados ao sexo feminino.

As mudanças físicas que caracterizam a adolescência, quando acompanhadas de angústia e conflitos podem desencadear comportamentos suicidas. A longa exposição ao sofrimento pode ocasionar patologias no adolescente, culminando em suicídio. Dentre as patologias, podemos citar a depressão como uma das principais propulsoras para o ato. A ideação suicida nesta fase da vida deve ser encarada de forma mais séria se comparado ao período da infância, devido ao conceito de morte do adolescente agora estar melhor formado, ou seja, ele sabe exatamente do que se trata tirar a própria vida.

De acordo com os autores, a prevenção consiste em fortalecer os fatores de proteção e diminuir as situações de risco:

Risco, segundo Benincasa e Rezende (2006), é um conceito da Epidemiologia Moderna e refere-se à probabilidade da ocorrência de algum evento indesejável. Os fatores de risco são elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desenvolvimento de um evento indesejado, não sendo, necessariamente, o fator causal. Já os fatores de proteção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco. (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010, p. 49)

Os indivíduos com maior probabilidade de cometer suicídio, de acordo com dados sociodemográficos são do

sexo masculino, na faixa etária entre 15 e 35 anos ou acima de 75 anos, em condições econômicas extremas (muito ricos ou muito pobres), residentes em áreas urbanas, desempregados (principalmente perda recente do emprego), aposentados, ateus, solteiros ou separados e migrantes (WHO, 2003 apud ARAÚJO, VIEIRA & COUTINHO, 2010, p. 49).

Alguns outros fatores de risco podem ser citados: tentativas prévias, histórico familiar de suicídio e presença de ideação suicida, sendo esta última, de acordo com Werlang, Borges e Fensterseifer (2005 apud ARAÚJO, VIEIRA & COUTINHO, 2010, p. 49) um tipo frequente, devido à própria adolescência, por ser uma fase em que o jovem tenta desenvolver estratégias para resolução de problemas e busca lidar com os conceitos de vida e morte.

Em relação aos fatores de proteção, podemos citar a existência de bons vínculos afetivos, sensação de pertencimento à comunidade ou à algum grupo, à religiosidade, possuir um relacionamento fixo e duradouro, ter filhos pequenos.

Este trabalho, da área de psicologia, elaborado através da Universidade Federal da Paraíba, objetivou investigar os índices epidemiológicos da ideação suicida em estudantes do ensino médio, matriculados em escolas públicas do estado da Paraíba, e apreender as representações sociais elaboradas por estes mesmos estudantes. Entende-se aqui por representações sociais “à maneira do indivíduo pensar e interpretar o cotidiano, ou seja, constitui-se em um conjunto de imagens, dotado de um sistema de referência que o permite interpretar sua vida e a ela dar sentido” (ARAÚJO, VIEIRA & COUTINHO, 2010, p. 50). Em relação ao método empregado, tratou-se de uma pesquisa de campo com 90 estudantes do ensino médio da rede pública do município de João Pessoa. As idades dos estudantes que participaram da pesquisa variaram entre 14 e 18 anos, sendo a maioria do sexo feminino (57,7%). A aplicação dos testes foi realizada de forma coletiva, tendo duração de aproximadamente 20 minutos, realizada dentro de sala de aula. Os estudantes que demonstraram ter ideação suicida não foram encaminhados diretamente para nenhum serviço especializado, dado o anonimato dos integrantes da pesquisa, entretanto, foram realizadas palestras sobre o tema nas semanas seguintes, onde foi oferecido apoio e orientação àqueles que tivessem interesse em buscar acompanhamento psicológico.

Os resultados obtidos demonstraram 22,2% de ideação suicida nos jovens participantes da pesquisa. Um número relevante, explicado por Borges e Werlang (2002 apud ARAÚJO, VIEIRA & COUTINHO, 2010, p. 52) como característica da fase em que o adolescente se encontra, sendo a ideação suicida uma forma de expressar algum conflito interno que está vivenciando. Evidentemente essa ideação poderá indicar algo mais do que somente um conflito interno.

Em relação as variáveis analisadas (sexo, faixa etária, série escolar, estado civil, moradia, trabalho, religião), o que desperta atenção é o fato de todos os 20 indivíduos que demonstram ideação suicida não possuírem vínculo de trabalho. Isto talvez contribua para a desesperança em relação ao futuro, estimulando sentimentos de inferioridade ou inutilidade por não contribuírem na renda ou não terem seus próprios recursos para administrar, causando uma dependência familiar que poderá gerar certo tipo de frustração.

Em relação às estudantes pesquisadas, a “falta de amor” foi associada à ideação suicida, demonstrando uma carência afetiva no sexo feminino que contribui para pensamentos de morte autoprovocada, diferindo das representações feitas pelo sexo masculino, em que o suicídio é representado como uma atitude de “desespero” ou um ato de “fraqueza” diante de algum “problema”, ainda na visão dos adolescentes o ato pode ser encarado como algo ruim assim como uma forma de alívio.

Em um estudo de Vieira (2008 apud ARAÚJO, VIEIRA & COUTINHO, 2010, p. 54), citado pelas autoras, é possível observar certa ambiguidade em relação ao suicídio consumado, sendo por vezes atribuído ao ato um significado de coragem (por ter essa força em decidir e tirar sua própria vida) e covardia (por ser uma forma de fugir dos problemas) simultaneamente, que representa não só o fim da vida, mas também o fim do sofrimento.

Ainda como resultado da pesquisa, os participantes que não apresentam ideação suicida representaram o suicídio como “fraqueza” e “dor”, alegando que devido a estes motivos “jamais” cometeriam tal ato. “Esses atores sociais se auto representaram como pessoas “amáveis”, “estudiosas” e que possuem grande fé em “Deus”. Para o estímulo indutor futuro, a palavra “Deus” também foi evocada, juntamente, com as evocações “bom” e “luta”.” (ARAÚJO, VIEIRA, COUTINHO, 2010, p. 54). Há que se destacar o fator da presença da religiosidade nos grupos em que a ideação não aparece, assim como a crença do suicídio ser algo muito maléfico e doloroso no entendimento destes adolescentes.

Considerações

O objetivo do trabalho acima resumido consistiu em identificar as representações sociais de adolescentes do ensino médio acerca da ideação suicida. Foi possível observar diferenças importantes entre o grupo que apresentou ideação suicida e aquele que não apresentou, tendo este segundo grupo manifestado certo tipo de rejeição em relação ao ato, enquanto o primeiro grupo demonstrou ter maior familiaridade com o assunto, relatando de forma mais detalhada os sentimentos que podem ser vivenciados por um jovem suicida.

Em relação à variável sexo, as diferenças percebidas referem-se mais a forma como os jovens se veem do que em relação ao ato suicida em si. Os jovens do sexo masculino se auto representam de acordo com atributos externos, descrevendo-se como atraentes e brincalhões, enquanto as adolescentes do sexo feminino se representam como carinhosas e sinceras, características mais subjetivas.

Referente ao número de adolescentes que foram identificados com ideação suicida (22,2%) — sendo este um fator de risco —, faz-se necessário pensar estratégias de atuação que previnam este comportamento nas escolas. Os profissionais que atuam na educação precisam estar capacitados para identificar possíveis fatores de risco e proporcionar um ambiente de escuta e acolhimento para esses adolescentes. Devido à gravidade do fenômeno, este precisa receber a devida atenção, ações de prevenção precisam ser elaboradas e postas em prática, principalmente no contexto escolar, onde os jovens passam grande parte das horas do dia, onde criam vínculos, sofrem preconceitos, manifestam suas angústias, planejam e sonham juntos, fazem amizades, passam por situações amorosas, frustrações, erram e aprendem. Havendo um espaço para a discussão do tema e apoio aos estudantes, bem como um atendimento especializado, talvez seja possível prevenir com mais eficiência casos de suicídio na juventude. A inserção de profissionais do Serviço Social nesse ambiente poderá contribuir positivamente para o enfrentamento do fenômeno.

2.12. Tentativa de Suicídio associada à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes

Este trabalho é oriundo de uma pesquisa realizada durante o curso de Pós-Graduação em Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica. Foi possível mediante tal pesquisa identificar a existência de relação entre os episódios de violência sexual na infância e possíveis quadros depressivos que podem resultar em casos de suicídio.

Primeiramente a autora expõe o fato de a violência fazer parte da humanidade, ressaltando, entretanto, que a violência doméstica só vem sendo analisada mais recentemente. Coloca-se ainda quatro tipos de violência, descritas na literatura sobre o tema e que podem ser perpetradas no lar, sendo elas: a violência física, psicológica, negligência e sexual. O trabalho sintetizado aqui, foca exclusivamente na violência sexual. A autora define o abuso sexual segundo Tilman Furniss (1993 apud KEHDI, 2010, p. 04) como o

envolvimento de crianças e adolescentes dependentes, imaturos desenvolvimentalmente, em atividades sexuais que eles não compreendem totalmente, às quais são incapazes de dar um consentimento informado e que violam os tabus sociais dos papéis familiares e que objetivam a gratificação das demandas e desejos sexuais da pessoa que comete o abuso (FURNISS, 1993, p.14 apud KEHDI, 2010, p. 04).

Em relação a violência sexual intrafamiliar, de acordo com a autora, embasada por Furniss (1993 apud KEHDI, 2010, p. 05) há dois fatores a serem considerados, o primeiro refere-se à

criança, e o segundo ao abusador: a Síndrome do Segredo, onde a criança, o abusador e a família mantém segredo sobre os acontecimentos, mediante ameaças ou aproveitando-se da sua hierarquia familiar, e a Síndrome de Adição onde o abusador sente-se livre de tensões e sexualmente satisfeito, de forma que desenvolve uma dependência psicológica, e embora saiba que está prejudicando a criança, que o abuso é algo errado, continua a realizá-lo.

A violência sexual provoca diversas consequências físicas e psicológicas. A autora foca sua atenção às consequências psicológicas, pois estas possuem estreita relação com a ideação e as tentativas de suicídio. De acordo com Furniss (1993 apud KEHDI, 2021, p. 07), alguns fatores estão relacionados aos danos psicológicos, sendo eles: “idade do início do abuso, duração do abuso, grau de violência ou ameaça de violência, diferença de idade entre a pessoa que cometeu o abuso e a criança que sofreu o mesmo, relação entre a pessoa que cometeu o abuso e a criança, ausência de figuras parentais protetoras e o grau de segredo”. Dependendo destes fatores as consequências podem variar de profundidade.

A depressão aparece como uma patologia que pode ser desenvolvida após a criança sofrer algum tipo de violência. De acordo com a autora, crescer em um meio violento poderá gerar respostas de retraimento e/ou depressão, esta última por sua vez poderá se manifestar através de tentativas de suicídio. O surgimento da patologia não se refere somente à vivência de um trauma, mas a forma como a criança o recebe, como lida com os sentimentos relacionados ao fato. Uma das manifestações da depressão refere-se ao suicídio.

Em relação ao suicídio propriamente dito, a autora cita Cassorla e Smeke (1994 apud KEHDI, 2010, p. 10) como sendo referências sobre o tema no Brasil. Estes dois autores fazem uma análise, diferenciando o suicídio consciente do suicídio inconsciente e exemplifica situações que demonstram o segundo: aidéticos que mesmo sabendo dos riscos de serem contaminados se submetem a rodas de pico, usuários de crack que esperam a morte chegar vivendo como zumbis e acidentes de automóvel causados por embriaguez no volante mesmo com o conhecimento de que a prática é errônea e perigosa.

Sobre as crianças e adolescentes:

Segundo Cassorla, há duas características presentes nestas crianças e adolescentes: “a tristeza e a insegurança, provenientes de uma sensação de desamparo e desesperança” (CASSORLA, 1987, p.141). Um modo de eles lidarem com estes sentimentos é sendo agressivos e rebeldes, fazendo com que

seus pais os rejeitem. Outro, é retraindo-se e isolando-se, fazendo com que passem despercebidos. (KEHDI, 2010, p. 11)

No tocante à dificuldade em dimensionar o problema, a autora cita as falhas no registro das ocorrências, que ocasionam uma subestimação acerca da frequência que ocorrem. Cassorla (1987, apud KEHDI, 2010, p. 11) também constatou em seus estudos que alguns adolescentes já haviam feito tentativas de tirar a própria vida na infância, ingerindo substâncias tóxicas, entretanto, essas tentativas não foram percebidas por seus pais ou foram negadas. Ao comparar crianças e adolescentes, percebe-se que por não terem uma compreensão exata do perigo, as crianças tendem a fazer uso de métodos mais perigosos, como por exemplo, a queda de lugares altos e atirarem-se frente à automóveis, diferente dos adolescentes, que podem planejar mais racionalmente sua própria morte, deixando as vezes, de forma quase irrisória a possibilidade de serem salvos, o que demonstra que “(...) o indivíduo, na verdade, não quer a morte: o que ele deseja é livrar-se do sofrimento e em suas fantasias comumente encontraremos desejos de uma nova vida” (CASSORLA, 1987, p.140 apud KEHDI, 2010, p. 12).

Violência Sexual e Suicídio

Tratando especificamente deste tema, a autora cita um estudo realizado por Plunkett et al. (2001 apud KEHDI, 2010, p. 13), em que são citadas cinco variáveis que podem contribuir para o suicídio e suas tentativas:

A idade em que começou o abuso; a idade em que ocorreu intervenção profissional; história em que o perpetrador era conhecido da criança; história em que o abuso aconteceu uma só vez; e história em que a violência foi cometida pela pessoa jovem (PLUNKETT et al., 2001, p.265 apud KEHDI, p. 2010, p. 13).

Faz-se necessária intervenção profissional o mais breve possível, e a depender da qualidade desta intervenção a situação poderá se agravar ou apresentar melhorias. Quanto maior o tempo de exposição à violência sexual, maiores são os danos que a criança ou adolescente sofrerá e consequentemente maiores são os riscos de uma tentativa de suicídio ocorrer. Um determinante que aumenta exponencialmente o risco de suicídio refere-se ao abusador ter proximidade com a vítima, o que significa ser alguma figura que deveria protegê-la, cuidá-la e zelar por ela, assim como, a situação torna-se mais grave ainda quando outras figuras que deveriam ser protetivas para a criança ou adolescente compactuam com a atitude do abusador, ignorando seu sofrimento, tornando-se assim igualmente figuras não protetivas e omissas.

O abuso na adolescência possui maior gravidade em relação ao suicídio, devido ao fato de o adolescente ter maior consciência de seu corpo e saber exatamente o que está acontecendo. A criança, devido à sua imaturidade poderá não reconhecer o abuso como tal, encarando-o como o único momento de atenção que recebe de uma pessoa que considera importante. Devido a sua dependência por um adulto que a cuide e a proteja integralmente, a criança acredita que todas as ações realizadas pelo adulto são benéficas para si, o que certamente não condiz em nada com a realidade. Percebamos em que situação de negligência e carência está uma criança que sofre abusos e encontra satisfação nisto, por receber uma migalha de atenção, da forma mais violenta possível. Certamente as condições em que está crescendo não são nada favoráveis para seu pleno desenvolvimento, os serviços de saúde e os órgãos de proteção precisam alcançá-la o mais breve possível.

A autora explana também sobre os impactos biológicos da violência, citando o fato de o cérebro sofrer danos irreversíveis ao passar por situações de violência durante sua formação, danos que poderão acompanhar o indivíduo na fase adulta.

Considerações

Apesar de ser um tema delicado, que por vezes causa sentimentos diversos no profissional que está lidando com a situação, faz-se necessário um compromisso em auxiliar a criança ou adolescente vítima de abuso sexual em livrar-se deste sofrimento. Identificar a violência sexual intrafamiliar não é tarefa fácil, principalmente devido ao silêncio que ronda a família abusadora, por isso é fundamental que os profissionais que atuam com este público sejam capazes de identificar os sinais de abuso.

As consequências podem variar de acordo com diversos fatores já citados, entretanto, percebe-se que há uma estreita relação entre o abuso sexual, o surgimento de depressão e as tentativas de suicídio, sendo considerado, então, um fator de risco.

A presença de uma figura protetiva, em que a criança realmente possa confiar desde os primeiros anos de vida poderá ser um fator de proteção. É importante reconhecer quando esta figura está ausente do convívio daquela criança ou adolescente. Para quem ela irá contar suas angústias, relatar os abusos que vem sofrendo, se todas as figuras protetivas agem de forma que ela mesma não compreende, abusando-a, ou ignorando e silenciando seus apelos?

Ressalta-se que as consequências de um abuso sexual geram marcas permanentes, tanto emocionais, físicas e psicológicas como também consequências biológicas, como já citado no trabalho resumido acima. Embora a autora coloque que em alguns casos o abusador tem consciência do mal que faz – entretanto não consegue evitar o abuso –, não há nada, absolutamente nada que justifique o abuso sexual de uma criança ou adolescente. Não é possível ser imparcial ou leviano quando este é o assunto tratado. O que está em questão não se refere somente a este ato de extrema violência, mas sim, a uma vida que poderá ser ceifada devido a tamanha dor e sofrimento de ter vivenciado situações que nem sequer deveriam existir no seu imaginário.

Quanto aos profissionais, não há possibilidade de ficarem aquém do assunto, esquivando-se da atuação por possuírem dificuldade acerca do peso do tema. Quanto maior o grau de instrução e formação referente ao suicídio e sua relação com o abuso sexual, maior será a chance de auxiliar essa criança ou adolescente em seu tratamento.

Vale ressaltar um ponto não comentado pela autora, que diz respeito a dependência financeira da família pelo abusador, situação que ocorre algumas vezes, onde a figura que mantém as despesas da casa é a autora dos abusos, tornando por vezes mais difícil o afastamento da criança/adolescente da casa onde reside o abusador. Embora saibamos que esta condição não anule a dor do abuso, faz-se necessário pensar em locais de acolhimento para essas crianças/adolescentes e sua família, que muitas vezes não conseguem sair da situação de abuso justamente por essas questões financeiras, que quando somadas ao fator emocional de ameaças – tanto da criança/adolescente como dos demais membros da família - torna o rompimento da situação de abuso mais complexa.

Indubitavelmente a proteção da criança ou adolescente deve vir em primeiro lugar, considerando os perigos que permanecer em um ambiente de abuso poderá ocasionar. Relembrando, que quanto maior o tempo de exposição à violência sexual maiores são as chances daquela criança ou adolescente vir a tentar o suicídio.

2.13. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais

Este trabalho objetivou realizar um levantamento bibliográfico nacional acerca dos trabalhos referentes à saúde mental dos adolescentes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), algumas situações são prioridades

na adolescência, tais como depressão, suicídio e psicoses. Além dessas, também devem ser considerados os transtornos de ansiedade, transtornos de conduta, abuso de substâncias, transtornos alimentares e as condições médicas associadas, como diabetes e epilepsias. (BENETTI et al., 2007, p. 1273)

Dentre as situações citadas, as autoras elegeram algumas para investigação, dentre elas: “depressão, ansiedade, abuso de substâncias, transtorno de conduta e delinquência, transtornos alimentares, violência e saúde mental.” (BENETTI et al., 2007, p. 1274).

Foram selecionados artigos de periódicos específicos sobre saúde mental. Observou-se um aumento a partir de 1995 na produção de artigos relacionados ao tema, sendo em sua maioria da área da Medicina (60%), seguida da Psicologia (22%), Saúde Coletiva (9%) e de Psicanálise (4%). Os trabalhos restantes eram provenientes das áreas de Enfermagem, Odontologia, Nutrição, de Educação Física, de Educação, e de Fonoaudiologia.

De acordo com as categorias selecionadas, seguem-se as análises:

Depressão

A partir de 1998 há um crescimento de 10% ao ano na produção de artigos, indicando maior interesse científico pelo tema. Constatou-se uma maior frequência do surgimento de depressão em jovens em detrimento dos adultos.

As causas da depressão incluíram abordagens contextuais que destacaram o pouco suporte familiar, o papel dos eventos negativos de vida, as alterações neuropsicológicas e as mudanças psíquicas internas próprias da fase relacionadas às manifestações contemporâneas da cultura. (BENETTI SPC et al., 2007, p. 1276)

A dificuldade no diagnóstico ocorre devido a comportamentos próprios da adolescência (agressividade, alterações do humor e sono) que mascaram os sintomas depressivos.

Ansiedade

Muitos artigos associaram a ansiedade a situações de vida e a outros quadros, como por exemplo o transtorno da falta de atenção e hiperatividade (TDAH). Destacou-se a importância da identificação e tratamento da ansiedade, devido às consequências para a convivência social e a aprendizagem. Como intervenção terapêutica, indicou-se com maior frequência a abordagem cognitivo-comportamental.

Transtornos de conduta e delinquência

A maior parte dos trabalhos refere-se à identificação de quadros clínicos e à explicação do envolvimento com condutas agressivas, assim como tratam de reflexões acerca de modelos de

intervenção e prevenção.

As contribuições da psicologia destacaram a precariedade das relações familiares, o abandono escolar, a presença de ambientes violentos e também aspectos de intervenção, tais como análises do sistema socioeducativo, o psicodiagnóstico interventivo e trabalhos com crianças agressivas. Também foram apontadas as características da cultura contemporânea e da privação emocional durante o desenvolvimento. (BENETTI et al., 2007, p. 1277)

Buscou-se compreender o fenômeno através de determinantes contextuais, entretanto, o foco dos trabalhos se manteve em identificar características psicológicas, familiares e genéticas associadas ao comportamento antissocial.

Abuso de substâncias

Em relação a este tema, os trabalhos analisados focaram na identificação dos grupos vulneráveis e nas características do uso de drogas. Analisou-se os fatores intrapessoais, interpessoais e contextuais como “problemas escolares, relações familiares, sexo masculino, idade, classe socioeconômica, maus-tratos, vitimização por assaltos, presença de familiar usuário de drogas e pouca religiosidade” (BENETTI et al., 2007, p. 1277).

Violência

A partir de 2000, há um aumento na produção de trabalhos sobre o tema da violência na adolescência e maus tratos. Mais da metade dos trabalhos encontrados refere-se à identificação de casos e análises teóricas, os demais tratam da intervenção e prevenção. Alguns fatores foram associados à violência e aos maus tratos, entre eles comportamento sexual de risco, ser morador de rua e o desenvolvimento de condutas agressivas.

Transtornos alimentares

Assim como as demais categorias, é a partir dos anos 2000 que ocorre um aumento na produção de trabalhos sobre o tema, onde 83% dos trabalhos buscam descrever o comportamento anorético e bulímico, identificar os casos, compreender o aspecto neuropsicológico e a psicodinâmica dos adolescentes com transtornos alimentares. Houve predomínio das discussões teóricas, a fim de compreender as alterações da imagem corporal, da dinâmica da personalidade e de conflitos familiares.

Saúde Mental

Identificou-se uma alta procura por atendimento clínico para crianças e adolescentes. Foram consideradas prioritárias para o atendimento em saúde mental “abordagens terapêuticas focalizando serviços comunitários” (BENETTI et al., 2007, p. 1278). Encontrou-se igualmente material para os profissionais de saúde, com informações acerca dos transtornos mentais na infância e adolescência.

Considerações

Em todas as categorias analisadas houve um aumento na produção científica brasileira, indicando que o tema vem ganhando maior interesse e notoriedade. A faixa etária analisada constitui-se em um grupo de risco para todas as categorias citadas, sendo também essa uma grande parcela dos usuários que buscam atendimento. De acordo com as autoras, os artigos teóricos, além de indicarem fatores associados à origem dos transtornos mentais também propõem estratégias de intervenção e enfatizam a necessidade de atuar na prevenção. Trabalhos acerca da intervenção e avaliação de programas precisam ser ampliados. Diante da pesquisa feita pelas autoras, foi possível identificar que a área da infância e adolescência ganha menor atenção quando comparada a do adulto, assim como somente os casos mais graves de saúde mental são atendidos e poucos recursos são investidos para ampliar o atendimento. As autoras salientam a importância de considerar os “aspectos contextuais e macros de compreensão dos problemas em saúde mental, destacando as características de resiliência e saúde individual, familiar e coletiva.” (BENETTI et al., 2007, p. 1279).

Embora haja um aumento na produção de trabalhos acerca da saúde mental de crianças e adolescentes, os equipamentos para atendimento deste público ainda são escassos, sendo o Centro de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPSi) um dos poucos recursos que busca tratar especificamente a saúde mental das crianças e adolescentes brasileiros.

3. RECONSTRUINDO CONCEITOS E PRÁTICAS

No campo das ciências humanas um dos conceitos ainda muito utilizado é a definição de Émile Durkheim, clássico sociólogo francês, publicada em seu livro intitulado “*Le Suicide*”, podemos conceituar o suicídio como:

Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela saiba que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido mas interrompido antes que dele resulte a morte. (DURKHEIM, p. 14, 1897)

A utilização deste conceito, não é o da reafirmação de seu pressuposto teórico (positivista) mas o de reconhecer que um fator decisivo para definir o suicídio, refere-se ao indivíduo que o comete ter consciência das consequências que seu ato trará. Aqui está um dos limitadores ou problema acerca desta consciência, devido a este motivo, torna-se tão difícil identificar mortes autoprovocadas em crianças menores, pois não podemos afirmar com certeza se possuem este grau de consciência.

A identificação desta condição que envolve a criança e adolescente, para nós uma pessoa humana em processo de desenvolvimento (conforme Capítulo II, Art. 15. do Estatuto da Criança e do Adolescente), nos instigou a buscar outras fontes que permitam compreender melhor o suicídio na infância e adolescência. Portanto, mais do que a escolha de um referencial teórico, o exercício aqui realizado foi de construir e reconstruir nosso conceito, apropriando-se de outras fontes de pesquisa.

Albert Camus, filósofo, escritor e dramaturgo franco-argelino, contemporâneo de Jean-Paul Sartre também teceu suas reflexões acerca do suicídio. Em seu livro intitulado “O Mito de Sísifo” o autor expõe seu ponto de vista acerca do fenômeno:

“Só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia. O resto, se o mundo tem três dimensões, se o espírito tem nove ou doze categorias, aparece em seguida.” (CAMUS, 1942)

É perceptível a relevância do tema para a compreensão da humanidade. Reflexões acerca da vida e da morte povoam a filosofia e demais áreas há séculos, sendo alvo de estudos de filósofos, sociólogos, médicos, religiosos, entre outros. Compreender o fenômeno em sua totalidade é impossível, fazendo-se necessário nos utilizarmos dos conhecimentos existentes sobre o tema

para elaborarmos uma compreensão mais aprofundada que nos permita atuar com qualidade profissionalmente e prestar um atendimento digno nas situações que envolvam o suicídio.

3.1. AS TAXAS DE SUICÍDIO NO BRASIL E NO MUNDO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde⁵, cerca de 800 mil pessoas tiram a própria vida por ano. No Brasil, segundo documento elaborado pelo Ministério da Saúde⁶, com base na fonte de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, em pesquisa publicada no ano de 2018, 11 mil pessoas tiram a própria vida, por ano, em média, sendo a quarta maior causa de morte entre 15 e 29 anos, e a terceira maior causa entre os homens na mesma faixa etária, entre as mulheres, o suicídio ocupa a oitava maior causa de morte.

Dados de 2016 demonstram que no Brasil, a mortalidade por suicídio é de 6 pessoas para cada 100 mil habitantes. Entre 2007 e 2016 o Brasil registrou aumento 16,8% da taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes. Esse aumento está relacionado ao número de suicídios masculinos que cresceu 28% no período. Cabe destacar que 44,8% dos suicídios indígenas ocorreram na faixa etária de 10 a 19 anos.

Enforcamento é o principal meio de mortes por suicídio, seguido por intoxicação exógena. Apesar de ser a 2ª causa de óbitos, a intoxicação é o principal meio utilizado na tentativa de suicídio. Entre 2007 e 2017, quase metade das intoxicações exógenas foram tentativas de suicídio. Neste período, o número de notificações foi de 470.913 intoxicações, destas sendo 220.045 tentativas de suicídio, número que quintuplicou em 10 anos (2007-2017) de acordo com o SINAN. Destes, 50% das notificações de tentativas de suicídio por intoxicação estão no Sudeste.

As mulheres são as que mais tentam suicídio por intoxicação, sendo 69,9% dos casos do total de ocorrências; destes 76% se referem à mulheres na faixa etária abaixo dos 40 anos. Elas também iniciam mais cedo a tentativa de suicídio por intoxicação exógena, os gráficos indicam um aumento significativo a partir dos 12 anos, chegando ao seu ápice aos 15/16. Todas essas informações foram retiradas do Boletim Epidemiológico⁷ elaborado pela Secretaria de

⁵ Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization, 2014.

⁶ Disponível em: [Apresentação do PowerPoint \(saude.gov.br\)](https://saude.gov.br)

⁷ Disponível em: [2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf](https://saude.gov.br/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf) Data de acesso: 21/08/2021.

Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, contendo atualizações sobre os dados de suicídio no Brasil publicado em 2017.

3.2. SUBNOTIFICAÇÃO DOS CASOS

O SINAN consiste numa ferramenta epidemiológica, vinculada ao Ministério da Saúde, sistema este que é alimentado pelas notificações emitidas pelos órgãos de saúde, especialmente pelas notificações compulsórias de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017, anexo V - Capítulo I).

Dentre elas, encontra-se a notificação compulsória por suicídio, devendo ser devidamente preenchida a ficha do SINAN e encaminhada imediatamente ou em até 24 horas para a Secretaria Municipal de Saúde. Ressalta-se que o preenchimento da guia poderá ser feito por “médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública”, o que significa que a notificação não é uma atribuição restrita da equipe médica, podendo ser realizada igualmente pelo assistente social.

A notificação não restringe-se aos hospitais e postos de saúde, “também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa” (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017, anexo V - Capítulo I, Seção II, § 2º)⁸. O importante é que a notificação seja realizada, independente do profissional que a faça, e que os dados sejam preenchidos corretamente.

3.3. PREVENÇÃO E A DISTINÇÃO ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Segundo os trabalhos acima sintetizados, constituem-se em fatores de prevenção os cuidados em saúde mental, limitar o acesso aos meios letais e a locais críticos, conscientização e identificação nas escolas, tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, a identificação e manejo dos riscos, o tratamento precoce daqueles que sofrem transtornos psicológicos, em especial a depressão, o abuso de substâncias e a melhoria no acesso aos serviços sociais e de saúde.

⁸ [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)

De acordo com documento elaborado pelo Ministério da Saúde (2018), a existência de CAPS no município reduz em 14% o risco de suicídio.

Em relação à prevenção, o Ministério da Saúde compilou algumas orientações. Nestes casos alguns fatores devem ser considerados como:

O aparecimento ou agravamento de problemas de conduta ou de manifestações verbais durante pelo menos duas semanas. Essas manifestações não devem ser interpretadas como ameaças nem como chantagens emocionais, mas sim como avisos de alerta para um risco real; Preocupação com sua própria morte ou falta de esperança. As pessoas sob risco de suicídio costumam falar sobre morte e suicídio mais do que o comum, confessam se sentir sem esperanças, culpadas, com falta de autoestima e têm visão negativa de sua vida e futuro. Essas ideias podem estar expressas de forma escrita, verbal ou por meio de desenhos; Expressão de ideias ou de intenções suicidas.⁹
(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Em agosto de 2006, o Ministério da Saúde instituiu as “Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio” demonstrando o interesse dos poderes públicos em atuar sobre o fenômeno. Nesta direção, o documento considera a necessidade de olhar para o tema e propõe que os estados, municípios, instituições acadêmicas e organizações da sociedade civil se debruçam sobre o tema, buscando soluções, formas de prevenção, tratamento e enfrentamento. Dedicar uma diretriz a respeito deste tema demonstra a gravidade do suicídio, considerando-o um problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade.

Dentro dos fatores de prevenção, podemos olhar mais atentamente para o papel da escola neste cenário. Crianças e adolescentes que frequentam regularmente instituições de ensino passam um grande período de seus dias neste ambiente. Dependendo da atmosfera deste ambiente, o jovem poderá se sentir acolhido ou rejeitado. Fatores como o bullying, praticados por colegas podem ter um impacto significativo na autoestima.

Sendo a escola o contexto privilegiado para o estabelecimento de vínculos afetivos com os pares, é também neste contexto que os adolescentes vão desenvolvendo a sua identidade e também a sua autoestima. Por conseguinte, a escola torna-se um contexto propício ao envolvimento em comportamentos impróprios para com os pares, tais como o envolvimento em condutas de bullying. A conceptualização de bullying, refere-se a um tipo de violência presente entre pares, exercida sistematicamente sobre alguém

⁹ [Prevenção do suicídio — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](http://www.gov.br)

percebido como mais fraco em ambiente escolar. O bullying pode ser perpetrado de forma direta, causando mal-estar imediato na vítima, e de forma indireta, através de comportamentos agressivos cuja consequência é a exclusão social (OLWEUS, 1993 apud MOTAS, DIAS & COSTA, 2020). [...] . A baixa autoestima surge assim associada a dificuldades de relacionamento interpessoal (HEATHERTON, & WYLAND, 2003 apud MOTAS, DIAS & COSTA, 2020), facilitando o distanciamento do grupo de pares e consequentemente a exposição a comportamentos de violência. (MOTAS, DIAS & COSTA, 2020)

Assim como, relações saudáveis entre os pares podem ter efeitos benéficos, proporcionando uma relação de confiança e consequentemente partilha de sentimentos, ideais, projeções, constituindo-se em um fator de proteção.

Para que a escola realmente atue como fator de prevenção ao suicídio, é necessário que os profissionais atuantes possuam conhecimentos acerca do tema, conheçam os sinais de que algo está errado com a criança ou adolescente e saibam como agir nestas situações. No terceiro texto sintetizado, em que o seriado “13 razões porque” é analisado, temos a figura do conselheiro escolar, que ao ouvir o relato da jovem, sem o devido preparo, acaba por piorar a situação. Há que se ter o cuidado de não burocratizar os atendimentos, principalmente em casos mais específicos, onde a criança/adolescente está passando por situações de grande sofrimento e qualquer palavra pode ser interpretada de forma equivocada, provocando o efeito contrário ao desejado em um atendimento.

Faz-se imprescindível praticar aquilo que conhecemos por escuta ativa, ou mesmo simplesmente, ouvir atentamente, permitindo que o outro manifeste suas angústias, abrindo espaço para que exponha seus sentimentos que podem estar sendo guardados há tempos, apenas esperando uma oportunidade de conversar. Neste cenário de solidão encontra-se também a ausência da família, que muitas vezes não possui uma boa relação com seus filhos, impedindo que estes desenvolvam conversas saudáveis e falem acerca dos seus sentimentos com liberdade. Cria-se assim um ambiente hostil onde ninguém está disponível para ouvir a criança/adolescente. Se na escola o bullying lhe encurralada, os professores não consideram suas queixas, o diretor e o pedagogo não sabem como manusear a situação e na família também não possui espaço para se comunicar, invariavelmente se não houver algum laço afetivo próximo, alguma outra figura de referência que possa auxiliá-lo a passar por essa dor, essa criança/adolescente se sentirá rejeitado, frustrado, podendo experimentar sintomas depressivos devido ao isolamento, e uma vez apresentando sintomas depressivos e não recebendo

tratamento adequado, a situação poderá se agravar para o suicídio como vemos nos artigos anteriores.

Dentro deste contexto não podemos negligenciar a importância da família na prevenção, diagnóstico e tratamento, há também que se considerar sua contribuição para o surgimento da ideação suicida nos casos em que a família não atua como elemento protetivo da integridade e saúde da criança/adolescente.

As crianças suicidas frequentemente experimentam uma vida em família disfuncional e conflituosa onde mudanças, tais como o divórcio, podem resultar em sentimentos de desamparo e de perda de controle. Entre os adolescentes, uma história familiar com doenças psiquiátricas, a par de níveis elevados de disfunção familiar, rejeição pela família, e negligência e abuso na infância aumentam o potencial para o suicídio. Os suicídios consumados de jovens estão associados a taxas mais elevadas de perturbações psiquiátricas na família, menor apoio familiar, ideação ou comportamento suicida anterior, problemas disciplinares ou legais, e armas de fogo prontas a disparar em casa. A ideação suicida e a tentativa de suicídio aparecem mais frequentemente entre crianças e adolescentes que foram vítimas de abuso por parte de colegas e/ou por parte de adultos. (OMS, 2006, p. 07)

A prevenção vem do diálogo, do conhecimento, da compreensão da gravidade do fenómeno, que uma vez executado não possui retorno. Os profissionais da escola, assim como os profissionais de saúde, principalmente os da atenção primária, devem estar capacitados para identificar os sinais de ideação suicida e encaminhar a situação da forma mais humana possível, não considerando apenas aquela criança/adolescente como um mero número, mas considerando esta em sua integralidade, reconhecendo os fatores que o cercam e considerando suas necessidades. Compreender que a família também precisa de apoio e atendimento nestas situações poderá determinar a eficácia do tratamento ou não.

Dentre os fatores de proteção que reduzem o risco do suicídio, estão o apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos; as crenças religiosas, culturais e étnicas; o envolvimento na comunidade; uma vida social satisfatória; a integração social como, por exemplo, através do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer e o acesso a serviços e cuidados de saúde mental (Prevenção do Suicídio: Um recurso para Conselheiros, OMS, 2006, p. 03)¹⁰.

¹⁰ [counsellors_portuguese.pdf \(who.int\)](#)

Pode-se pensar que a principal diferença entre o suicídio na criança e no adolescente deve-se ao fato da imaturidade cognitiva das primeiras e da maior compreensão do conceito de morte e suas consequências para os segundos.

Nas crianças menores faltam os recursos para lidarem com as situações da vida, elas não possuem um repertório de atuação, não sabem como elaborar suas perdas, suas frustrações, geralmente possuem um vocabulário mais limitado, devido à própria fase em que se encontram, demonstrando assim dificuldade em verbalizar aquilo que sentem. Isso evidencia-se através do primeiro artigo sintetizado, onde relata-se o silêncio que antecede a ação suicida na criança e a ausência de manifestação verbal acerca da sua intenção. Além da limitação do vocabulário, as crianças não possuem seus corpos totalmente desenvolvidos, o que significa que determinadas áreas do cérebro não estão em sua plena capacidade, o que limita também sua maneira de lidar com o mundo e provoca maiores atos impulsivos. A presença de transtornos mentais ou diagnósticos psiquiátricos nesta faixa etária constituiu-se em um fator de risco, principalmente quando não realizam nenhum tipo de tratamento.

Os adolescentes, por outro lado, possuem suas particularidades em relação ao tema. A fase em que se encontram é marcada por intensas mudanças físicas, mentais e emocionais, o que ocasiona uma sensação de confusão, não pertencimento, já não se identificam com seu próprio corpo que está sofrendo mudanças, assim como ainda não estão inseridos no mundo adulto com todas as suas responsabilidades.

Justamente por conta dessa mudança em vários aspectos, os adolescentes, tendem a não se identificarem mais com os pais, fase em que muitos conflitos podem se originar, a busca por independência e liberdade pode transformar-se em rebeldia, manifestando-se em comportamentos impulsivos, a fim de testar até onde sua liberdade pode alcançar. É comum que jovens se coloquem em situações de risco nesta fase, experimentem drogas, façam sexo sem proteção, envolvam-se em acidentes de carro, brigas de rua. De certa forma, como colocado por alguns autores, estas podem ser situações parassuicidas, que escondem no fundo uma vontade inconsciente de atentar contra a própria vida. Outro fator a ser analisado no trato com os adolescentes refere-se a sua maior compreensão e domínio dos aspectos de sua vida, o que permite um melhor planejamento no caso da ideação suicida.

A esta altura da vida, estes adolescentes provavelmente já foram expostos a algum tipo de frustração ou trauma, de diversos graus, que dependendo da forma como foi encarado poderá gerar sentimentos maiores de depressão e isolamento. A depender do repertório emocional e

das ferramentas para lidar com as situações cotidianas, o adolescente poderá, sim, acreditar que o suicídio é uma forma de resolução dos conflitos internos e externos vivenciados. A sensação de resolução dos problemas se confunde com fuga deles, porém, devido ao fator da impulsividade, típico desta fase, o adolescente poderá cometer o ato sem avaliar adequadamente suas consequências. Assim como na infância, o diálogo, a compreensão e figuras de referência fazem toda a diferença na prevenção ao suicídio na adolescência.

Há que se atentar igualmente para o comportamento de imitação, que ocorre quando os adolescentes, expostos a situações de suicídio, tendem a repetir o comportamento. Daí a importância do cuidado com os conteúdos consumidos tanto na televisão como na internet. O acesso aos meios eletrônicos pode ser prejudicial quando em excesso e sem supervisão, pois permite o acesso à jogos, como o famigerado “baleia azul” já citado anteriormente, assim como permite e amplifica o cyberbullying. A ausência de filtros na internet pode expor os adolescentes a conteúdos inadequados e que podem prejudicar seu desenvolvimento emocional, bem como estimular atitudes inadequadas.

3.4. FATORES QUE CORROBORAM PARA O SUICÍDIO

Diversos são os fatores que contribuem para a ocorrência do suicídio em crianças e adolescentes. Ressalta-se que fatos isolados não possuem uma relação direta com o suicídio, mas sim, quando somados a diversos fatores podem ocasionar o surgimento da ideação e pôr fim do ato em si.

Os comportamentos suicidas são mais comuns em certas circunstâncias devido a fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais. Os fatores de risco gerais incluem: estatuto socioeconômico e nível de educação baixos; perda de emprego; Stress social; Problemas com o funcionamento da família, relações sociais, e sistemas de apoio; Trauma, tal como abuso físico e sexual; Perdas pessoais; Perturbações mentais tais como depressão, perturbações da personalidade, esquizofrenia, e abuso de álcool e de substâncias; Sentimentos de baixa autoestima ou de desesperança; Questões de orientação sexual (tais como homossexualidade); Comportamentos idiossincráticos (tais como estilo cognitivo e estrutura de personalidade); Pouco discernimento, falta de controle da impulsividade, e comportamentos autodestrutivos; Poucas competências para enfrentar problemas; Doença física e dor crônica; Exposição ao suicídio de outras pessoas; Acesso a meios para conseguir fazer-se mal; Acontecimentos destrutivos e violentos (tais como guerra ou desastres catastróficos). (Prevenção do Suicídio: Um recurso para Conselheiros, OMS, 2006, p. 04)

O bullying praticado no ambiente escolar possui grande impacto na saúde mental dos jovens, sendo considerado conforme os artigos anteriores, um grande fator de risco, estando associado em muitas tentativas de suicídio. O **cyberbullying** pode ser encarado como um estágio mais avançado do bullying, pois as informações divulgadas na internet possuem um alcance que não

pode ser mensurado, aumentando o grau de exposição e vergonha que esses jovens podem ser submetidos.

Outro fator de relevância refere-se aos atos de violência perpetrados dentro do próprio lar. A violência física, psicológica e sexual tem o poder de ocasionar danos irreversíveis na vida de suas vítimas. A ocorrência do suicídio em vítimas de abuso sexual e psicológico demonstra claramente que este é um fator de risco, que gera traumas irreparáveis na vida dos jovens, nutre sentimentos de solidão, baixa autoestima, rejeição e quando não provoca a morte voluntária da vítima, pode condená-la com sequelas emocionais e físicas por vezes irreversíveis.

A incidência de transtornos mentais, como depressão e suas variantes, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de personalidade, contribuem para a prevalência do suicídio, especialmente quando o tratamento é abandonado ou inexistente.

As condições socioeconômicas, (vida, moradia, saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, acesso à educação, renda familiar, acesso ao lazer) impactam diretamente na saúde mental de qualquer indivíduo, principalmente nos mais jovens, que não possuem as ferramentas adequadas para lidarem com a realidade cotidiana, dependendo da orientação e apoio dos seus responsáveis, que muitas vezes, imersos neste cenário desesperador que compõe sua vida, acabam por não terem condições de proporcionar a atenção necessária aquela criança ou adolescente, e por vezes nem de garantir as necessidades básicas (alimentação, higiene, sono, moradia), o que impacta diretamente na qualidade de vida e na saúde mental destas crianças e adolescentes.

Considerando o conceito ampliado de saúde¹¹, fica claro que as condições econômicas da família podem e impactam sim, a vida desses jovens. A desnutrição e problemas de sono podem ocasionar a prevalência de depressão¹², e um dos sintomas da criança ou adolescente depressivo é justamente a ideação suicida. Não havendo condições mínimas, quiçá haverá acesso aos serviços de saúde, entretanto, é necessário um esforço por parte das equipes de saúde da família,

¹¹ Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Anais da 8a CNS, 1986)

¹² [A longitudinal analysis of diet quality scores and the risk of incident depression in the SUN Project | BMC Medicine | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

em alcançar essas famílias, pois pode ser a porta de saída para este sofrimento, a primeira ajuda a esses jovens que passam por tamanha dificuldade.

Dentre os fatores que propiciam o suicídio, a reincidência pode ser considerado o mais preocupante. A criança ou adolescente que tenta o suicídio e não recebe o tratamento adequado poderá tentar o suicídio novamente, e a cada tentativa as chances de obter êxito são maiores. Há que se atentar para o histórico anterior de tentativas no atendimento, pois este indica que o sofrimento vem tomando proporções maiores e a qualquer momento o fato pode se consumir.

3.5. O ACESSO AOS SERVIÇOS E EQUIPE PROFISSIONAL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada pelo governo brasileiro em 2011 e atualizada em 2017. O objetivo da rede é criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas que se encontram em sofrimento mental, ou apresentem transtornos mentais e que possuam necessidades decorrente do uso e abuso de álcool e outras drogas. A RAPS funciona no âmbito do SUS e conta com equipamentos na Atenção Primária à Saúde (UBS; NASF; Consultório na rua; Centros de Convivência e Cultura), na Atenção Psicossocial Estratégica (CAPS (nas suas diferentes modalidades); Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental), no serviço de Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, UBS's), na Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de atenção em regime residencial), Atenção Hospitalar (Unidade Especializada em Hospital Geral; Hospitais Especializados), conta também com Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços residenciais terapêuticos; Programa “De Volta para Casa”), e com Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de geração de trabalho e renda; Empreendimentos solidários e cooperativas sociais).

A porta de entrada para o serviço de saúde pública é a Unidade Básica de Saúde - UBS, nela o usuário conta (ou deveria contar) com o atendimento médico, da equipe de enfermagem, dos técnicos de saúde, dos agentes comunitários, atendimento psicológico e assistência social, bem como orientações gerais e participação em grupos, mediados por esses profissionais citados.

É através da UBS que muitas informações acerca da saúde são repassadas para a população, campanhas educativas são realizadas, grupos diversos, este serviço constitui-se fonte rica de acesso à informação para os usuários e conta com a possibilidade do estabelecimento de vínculo entre usuário e equipe, bem como, possui o conhecimento do território, das demandas

recorrentes daquela família e é capaz de fazer uma análise acerca das situações atendidas mais calcada na realidade, devido à própria localização do serviço.

Sendo a UBS este primeiro contato do usuário com a saúde pública, faz-se necessário ampliar o debate acerca da saúde mental. Sabemos que atualmente as UBS's não possuem profissionais de psicologia e serviço social alocados, apenas contam com o apoio do NASF, que irá atender demandas específicas encaminhadas após o matriciamento, sabemos igualmente que o NASF possui uma sobrecarga de trabalho, justamente por atender diversas regiões ao mesmo tempo e contar com poucos profissionais em sua equipe. De toda forma, ainda assim constitui-se em um recurso passível de acesso para a criança/adolescente em sofrimento mental/emocional.

Para um atendimento específico, especializado em saúde mental infantil, o SUS encontrou como resposta os CAPS's Infante Juvenil. O serviço, que possui a característica de ser “porta aberta”¹³, conta com uma equipe multiprofissional destinada a atender demandas de saúde mental (sofrimento mental e/ou transtornos mentais), após o primeiro atendimento elabora-se um Projeto Terapêutico Singular, onde as necessidades daquela criança ou adolescente serão consideradas para pensar a melhor estratégia de atendimento para aquele usuário. Sendo um serviço ambulatorial, a opção pela internação psiquiátrica só é recomendada quando todas as possibilidades de acompanhamento pelo CAPS foram esgotadas.

Além dos CAPS I, algumas cidades contam com os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas Infante Juvenil (CAPS AD I), que atende crianças e adolescentes com problemas relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas. Vale ressaltar a estreita relação entre o suicídio e o uso de substâncias químicas já explicitado anteriormente no decorrer do trabalho.

Dentre as principais formas de acesso aos serviços de saúde mental, podemos contar com estes três. Para além deles, sabemos da existência dos hospitais psiquiátricos, porém, os destinados ao tratamento de crianças e adolescentes encontram-se em menor número, especialmente no que se refere à internação de crianças e adolescentes do sexo feminino. Os usuários que após tentativa de suicídio buscarem um atendimento emergencial, precisarão, — por conta da própria característica do atendimento emergencial —, serem referenciados a outras unidades de atendimento, que possam acompanhar o caso e prestar a devida atenção e apoio.

¹³ São serviços que não necessitam de agendamento prévio ou encaminhamento.

Em relação ao profissional que presta este atendimento, sabemos que por não ser uma situação rotineira, como outras enfermidades corriqueiras, muitos trabalhadores da saúde não estão devidamente preparados para lidar com tentativas de suicídio. Quando o usuário consegue chegar ao serviço de saúde, ele ainda possui uma chance, uma esperança de atendimento e tratamento, devendo esta oportunidade ser devidamente valorizada. Comentários de conteúdo moral e julgamentos não auxiliam em nada e podem inclusive agravar o quadro emocional daquela criança ou adolescente. A família precisa receber o devido apoio, pois poderá estar tão ou mais assustada quanto a vítima da tentativa.

Não sendo parte do cotidiano de alguns atendimentos, faz-se necessário que o assunto seja tratado com certa periodicidade, de forma a prevenir equívocos no atendimento e melhorar a qualidade do mesmo. Reuniões de equipe que tratem sobre o tema podem ser um começo, bem como convidar especialistas no assunto para explicar acerca do assunto para os trabalhadores, a busca de conhecimento individual por parte de cada profissional também fará a diferença, embora seja útil socializar os conhecimentos é necessário que haja ali algum conhecimento a ser socializado.

Não é possível basear-se no empirismo para o tratamento de situações complexas. Sendo impossível deslocar nossa personalidade do nosso perfil profissional, devemos buscar maneiras de compreender a situação racionalmente, com aporte teórico e crítico, afastando moralismos e estereótipos que possam condenar aquele usuário.

Os espaços de formação constituem um rico ambiente para desmistificar tabus, expor o assunto de forma clara e tirar as dúvidas, por mais banais que sejam, acerca do serviço. É melhor cometer equívocos durante o estudo do que ser mola propulsora para a efetivação de algum suicídio na prática.

A prática da escuta deve ser incentivada nos profissionais, de forma que o usuário se sinta confortável para expor seus sentimentos e pedir ajuda. Para um serviço de saúde proporcionar bem-estar ao usuário é necessário que os profissionais estejam em sintonia, com o propósito de prestar o melhor serviço que está ao seu alcance. Isso não se refere somente à equipe médica, todos os funcionários de uma unidade de saúde possuem sua importância, isso inclui a equipe de segurança e limpeza, que muitas vezes possui um vínculo com os usuários, justamente por ter essa abertura e simplicidade na fala, o que torna possível a identificação e proporciona a segurança de falar sem ser julgado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o fenômeno do suicídio é tarefa complexa, que demanda um arsenal de conhecimentos teóricos e práticos, que muitas vezes não é obtido durante a formação generalista da graduação em Serviço Social, entretanto, o cotidiano profissional exige mais do que a mera formação acadêmica, demandando do profissional uma formação continuada, que permita uma atuação mais qualificada sobre o suicídio.

Este trabalho teve como objetivo contribuir de alguma forma para a inclusão deste debate na agenda do serviço social, tanto na formação como no exercício profissional, e fizemos isto buscando compreender o suicídio na infância e adolescência, mediante a caracterização deste fenômeno para que seja possível intervir.

Acerca do trato de crianças e adolescentes suicidas, ou que apresentem ideação, não temos como mensurar a atuação do assistente social, pois simplesmente não há registros desta prática que possam ser acessados com facilidade. Esta lacuna faz com que busquemos material em outras áreas, o que não é de todo mal, mas sabemos que o Serviço Social possui suas particularidades e considera o sujeito em sua individualidade, porém, inserido em um contexto maior que também possui influência em sua subjetividade. Devido ao foco no aspecto clínico característico dos textos encontrados sobre a temática, as discussões sobre classes sociais, condições socioeconômicas, mediante um olhar mais político sobre a questão ficam comprometidas, fugindo um pouco do olhar que o/a Assistente Social prioriza ter sobre as demandas atendidas.

Se o reconhecimento desta ausência de registros é um sinal importante para a profissão, indicando sua lacuna na produção de conhecimentos da área, é obvio que não responde a necessidade de construir respostas a estas situações, o que não tivemos a pretensão de fazer. Mesmo assim, ao encontrar vários estudos, conceitos e serviços que respondem à questão, podemos considerá-los elementos importantes de apropriação e qualificação profissional, nos beneficiando daquilo que já foi produzido nesta área de conhecimento por outros profissionais para aprimorar nossa prática profissional e possivelmente, em um futuro próximo, construir nosso próprio arsenal de conhecimentos acerca do tema, considerando nossas particularidades enquanto profissão, o que inclui encarar o suicídio como uma questão social, considerando os aspectos socioeconômicos, sociofamiliares, étnicos e culturais que influem diretamente no fenômeno.

Diante disto, podemos indicar que diversos são os fatores que podem levar uma criança ou adolescente a cometer o suicídio. Compreender estes fatores e saber como atuar na prevenção da incidência deles será o diferencial na atuação com crianças e adolescentes. Atualmente contamos com profissionais em diversas áreas, que possuem contato direto com este público: instituições de longa permanência, serviços de acolhimento, serviços de porta aberta, na rede pública, na rede privada, na rede de ensino, em conselhos de direitos, nos serviços de assistência, enfim, diversos setores que possuem contato com esta população e evidentemente lidam ou já lidaram com a demanda do suicídio em menores de idade, porém, embora o fenômeno seja uma realidade ele não está sendo devidamente documentado pela categoria profissional. Entendendo o papel da sociedade e da família neste contexto é possível pensar estratégias de intervenção, pois há urgência neste aspecto.

Em nosso ponto de vista, a proteção à criança e ao adolescente relaciona-se diretamente com a atuação do assistente social, que irá trabalhar na perspectiva de garantir este direito. Ressalta-se a importância da escola neste processo, sendo o assistente social um profissional não só apto a atuar neste espaço, mas necessário. Sabemos que embora a Lei 13.935/2019¹⁴ que garante a psicologia e o serviço social nas redes públicas de educação básica foi recentemente aprovada, a inserção destes profissionais nas escolas ainda não é uma realidade, os sistemas de ensino teriam um ano a partir da promulgação da lei para implementação e cumprimento dela, porém, ainda é necessária a mobilização e articulação das categorias do serviço social e da psicologia para garantir que a lei seja implementada. Com o aprofundamento do conhecimento sobre o tema, podemos demonstrar nossa importância enquanto categoria e ocupar este espaço, proporcionando qualidade à vida destas crianças e adolescentes e, portanto, atuando preventivamente ao suicídio.

Estar atento aos sinais de ideação suicida deveria fazer parte da formação de todo e qualquer profissional da saúde – sabendo não ser esta a condição existente –, faz-se necessário fomentar espaços de discussão, promover palestras e estudos, a fim de trazer luz sobre o tema e tirá-lo da atmosfera de incompreensão e preconceito. Sabemos que o registro dos atendimentos constitui-se em importante elemento da prática profissional, sendo um resguardo tanto para o profissional quanto para o usuário; o registro contribui igualmente para a construção de dados estatísticos, entretanto, nos casos de suicídio e tentativas a prioridade deve (ou deveria) ser a escuta

¹⁴ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13935.htm

qualificada, o atendimento atento a criança/adolescente, em detrimento dos protocolos. Devemos estar atentos a eles, sem dúvida, porém não tornar o atendimento estritamente burocrático contribuirá para sua qualificação. Diante deste estudo e das indicações aqui feitas, retomamos nosso objetivo de compreender o suicídio na infância e adolescência, porém, sem ser possível olhá-lo a partir de uma perspectiva própria do Serviço Social, devido à escassez de material bibliográfico publicado. Entretanto, a construção do conhecimento acerca da temática, elaborado neste trabalho, proporcionou que algumas reflexões fossem realizadas, referentes à prática da profissão do/da assistente social, indicando alguns caminhos e preocupações aos profissionais da área.

Esperamos que este estudo inicial contribua minimamente para a formação profissional, e sirva de estímulo para que novas pesquisas e respostas profissionais sejam elaboradas, de modo a suprir esta demanda tão urgente que afeta nossas crianças e adolescentes e incide diretamente na nossa prática profissional.

Concluimos que o suicídio é de fato um tema complexo e multifatorial, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar, que exige dos profissionais conhecimento, habilidades técnicas e principalmente humanidade para lidar de forma respeitosa e digna, de modo a proporcionar uma rede de apoio efetiva, focada na prevenção e tratamento, evitando assim que nossos jovens atentem contra a própria vida.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, C. D., ASSIS, S. G. A **(in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar.** Cadernos de Saúde Pública, volume 27(5):843-854, Rio de Janeiro - RJ, 2011.
- ARAÚJO, L. C., VIEIRA, K. F. L., COUTINHO, M. P. L. **Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio.** Revista Psico-USF, v. 15, n. 1, p. 47-57, João Pessoa - PA, jan./abr. 2010.
- BAHIA, C. A., et. al. **Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016.** Revista Epidemiologia Serviços de Saúde, volume: 29(2), edição 2019060, Rio de Janeiro - RJ, 2020.
- BENETTI SPC et al. **Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais.** Cadernos de Saúde Pública, vol 23(6):1273-1282, Rio de Janeiro - RJ, 2007.
- BRAGA, L. L., DELL'AGLIO, D. D. **Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero.** Revista Contextos Clínicos, vol. 6, n. 1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre - RS, 2013.
- CAMUS, A. **O mito de Sísifo;** tradução de Ari Roitman e Paulina Watch. – Rio de Janeiro: Record, 2010. 138p.
- DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo sociológico.** Lisboa: Presença, 1987 (Texto originalmente publicado em 1897).
- FERREIRA, G. S., FAJARDO, A. P., MELLO, E. D. **Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família.** Revista de Saúde Coletiva, volume 29(4), edição 290413, Rio de Janeiro - RJ, 2019.
- FRAGA, B. P. **Depressão na Infância: Uma revisão da literatura.** Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, junho de 2015
- FREITAS, B. H. B. M., et. al. **Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016.** Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, volume 29(4) edição 2020117, Brasília - DF, 2020.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1994
- JUCÁ, V. S. & VORCAROB, A. M. R. **Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica.** Revista Psicologia USP. volume 29, número 2, páginas 246-252, Salvador - BH.
- KEHDI, R. G. P. **Tentativa de Suicídio associada à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.** Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ, 2010, 24 pág.
- KUCZYNSKI, Evelyn. **Suicídio na infância e adolescência.** Revista Psicologia USP, volume 25, número 3, páginas 246-252. São Paulo - SP, 2014.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- RIBEIRO, C. N. & GUERRA, A. M. C. **Adolescência, atos e o risco de suicídio.** Revista Psicologia USP, volume 31, edição 190108. Belo Horizonte - MG, 2020.
- SOUSA, G. S., et. al. **Revisão de literatura sobre suicídio na infância.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, volume 22(9):3099-3110, Recife - PE, 2017.
- WORLD Health Organization. **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros.** Geneva: World Health Organization, 2006.