

Revisão de literatura sobre suicídio na infância

Suicide in childhood: a literatura review

Girliani Silva de Sousa ¹

Marília Suzi Pereira dos Santos ¹

Amanda Tabosa Pereira da Silva ¹

Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli ²

Everton Botelho Sougey ¹

Abstract *This is an integrated review of specific literature on the main factors associated to suicidal behavior in children under 14 years. Data were retrieved from PubMed and PsycInfo databases for the 1980-2016 period, with the following descriptors: “risk of suicide”; “children”; “suicide”; “childhood”. Twenty-nine papers complied with the eligibility criteria of the review and were thus selected and analyzed. Results pointed to an association of suicide with neurobiological, school-related, social and mental factors, among which the role of impulsivity stands out. In addition, results found show that most of suicidal behavior-vulnerable factors are preventable insofar as they are identified and the child receives psychological and medical treatment. We conclude that family conflicts, school-related problems, bullying, impulsivity and depression are associated with childhood suicide. In addition, the scarce national research on suicide can contribute to the invisibility of this theme when establishing health promotion and treatment programs.*

Key words *Suicide, Childhood, Children, Suicidal behavior, Suicide risk*

Resumo *Objetivou-se analisar a literatura específica sobre os fatores associados ao comportamento suicida em crianças com até 14 anos. Trata-se, portanto, de uma revisão integrativa sobre este tema. Os dados foram coletados nas bases de dados PubMed e Psycinfo, a partir dos seguintes descritores: “risk of suicide”; “children”; “suicide”; “childhood”. O tempo de publicação foi limitado ao período de 1980 a 2016. Um total de 29 artigos preencheu os critérios de elegibilidade e, portanto, foram selecionados e analisados. Os resultados indicaram haver associação do suicídio com fatores neurobiológicos, escolares, sociais e mentais, dentre eles destaca-se o papel da impulsividade. Além disso, evidenciou-se que a maioria dos fatores de vulnerabilidade ao comportamento suicida podem ser prevenidos desde que sejam identificados e a criança receba tratamento psicológico e médico. Conclui-se que conflitos familiares, problemas na escola, bullying, impulsividade e depressão estão associados ao suicídio na infância. Adicionalmente, a escassez de pesquisas no âmbito nacional acerca da temática do suicídio pode contribuir para a invisibilidade desse tema na instauração de programas de promoção e tratamento de saúde.*

Palavras-chave *Suicídio, Infância, Criança, Comportamento suicida, Risco de suicídio*

¹ Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rego 1235, Cidade Universitária. 50670-901 Recife PE Brasil. girlianis@gmail.com

² Curso de Graduação em Enfermagem, UFPE. Vitória de Santo Antão PE Brasil.

Introdução

O suicídio é um grave problema de saúde pública, atinge todas as faixas etárias e é ocasionado por aspectos psicológicos, sociais, econômicos, biológicos e culturais¹⁻³. Na infância, apesar de apresentar estatísticas baixas no mundo quando comparadas a outras faixas etárias, esse número tem aumentado e chama atenção por ser um evento trágico^{4,5} que rompe com o paradigma de sonhos e alegrias que deveriam fazer parte da vida dessas crianças. Além de acarretar problemas na economia do país, visto a redução de futuros adultos jovens economicamente ativos.

Pesquisadores^{3,4} sugerem que a limitada aptidão das crianças e pré-adolescentes para a resolução de problemas pode aumentar o risco de suicídio devido à falta de estratégias adaptativas em situações de estresse. Em geral, nessa etapa de transição do final da infância e início da adolescência ocorrem intensas mudanças internas e externas causando um impacto sobre a capacidade emocional, física e mental⁵.

Estudo epidemiológico conduzido em 101 países, no período entre 2000 e 2009, constatou que 14,7% dos suicídios ocorreram em crianças na faixa etária entre 10 e 14 anos⁶. Destes, 74% morreram por enforcamento e 13% por arma de fogo⁶.

Na Noruega⁷, uma pesquisa revelou que o suicídio corresponde a 61% das mortes por causas externas em crianças com idade entre 10 e 14 anos. Na Austrália, o suicídio corresponde à 2ª causa de morte (27,2%) em crianças com idade entre 10 e 14 anos⁸.

No Brasil, dados do Mapa da Violência, organizado pelo Ministério da Saúde, mostram que, de 2002 a 2012, o número de suicídios entre crianças e adolescentes de 10 a 14 anos aumentou 40%⁹. O Mapa da Violência⁹ também mostrou que as prevalências de suicídio em crianças e adolescentes no Brasil evoluíram, entre os anos 2000 e 2010, de 0,9 a 1,1 por 100.000 crianças e adolescentes, situando o país na 60ª posição de um total de 98 analisados, valores baixos quando comparados aos de outras nações.

Em 2004, estudo conduzido no Piauí encontrou 30,9% de suicídio em jovens na faixa etária de 10 a 19 anos¹⁰. Em 2010, em Alagoas, registrou-se que 26% dos jovens (10 a 19 anos) foram internados por tentativa de suicídio em um hospital de referência do estado¹¹. Esses dados são preocupantes e alarmantes, sobretudo pela dificuldade de notificação.

Nesse cenário, existem limitações e desafios na prevalência de suicídio em crianças: subnoti-

ficação das mortes por suicídio devido à dificuldade ou erro em classificá-las como tais ou registrá-las como acidentais ou por causas indeterminadas^{4,7,12}; a junção das estatísticas de suicídio na faixa etária de 10 a 19 anos, que compreende períodos de desenvolvimento e de acontecimentos distintos, desconsiderando que jovens efetuam o suicídio por motivos diferentes das crianças e pela ausência de notificação dos hospitais desses casos. Adicionalmente, existe o tabu em torno do suicídio, em que se acredita na crença de que a criança, devido à sua imaturidade cognitiva, não se envolve em atos suicidas^{4,9,13,14}.

O interesse por estudar o suicídio em crianças menores de 14 anos no Brasil tem várias justificativas: (1) apesar de ser um tema relevante, tem recebido pouca atenção, não apenas no Brasil, mas no mundo inteiro; (2) aumento preocupante das taxas de suicídio na infância de 2,8 em 1980 para 4,1 em 2013 no país¹⁵; (3) evidência obtida por estudos internacionais de que a criança tem consciência do desejo de morrer, o que exige cuidados para promover seu bem-estar e sua saúde psíquica^{4,14}; (4) conhecer os fatores que predis põem uma criança a efetivar o suicídio.

A partir dessa perspectiva, inúmeras questões emergem. Dentre elas, duas 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?

De certa forma, o equacionamento dessas questões, por meio da sistematização das evidências científicas produzidas pelas pesquisas sobre o tema, pode abrir caminhos para a construção de uma base teórico-conceitual que vislumbre a criação de programas eficazes para a prevenção ao suicídio no âmbito da escola e da atenção primária.

A partir dessa perspectiva, objetiva-se analisar a literatura específica sobre suicídio consumado em crianças com até 14 anos. Espera-se que o esclarecimento desse tema possibilite hipóteses ou pressupostos como ponto de partida para futuras intervenções no comportamento suicida na infância.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que busca captar, reconhecer e sintetizar a produção do conhecimento acerca de um assunto ou tema¹⁶. Esta pesquisa recobre o período de 1980 a 2016 e obedeceu às seguintes etapas metodoló-

gias: estabelecimento da questão norteadora; seleção e obtenção de artigos (critérios de inclusão e exclusão); avaliação dos estudos pré-selecionados; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa¹⁶.

Com esse propósito, em 15 de janeiro de 2017, efetuou-se um levantamento das publicações na área de saúde consultando os artigos das bases de dados Pubmed e Psycinfo, por se tratar das bases que concentram maior grau de indexação de periódicos da área de saúde, através dos descritores, 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. Excluíram-se os artigos que: (a) se voltavam exclusivamente para ideação e tentativa de suicídio; (b) versavam sobre epidemiologia do suicídio em jovens sem apresentar distinção entre menores de 14 anos e

maiores de 15 anos; (c) redigidos em outras línguas que não português, inglês e espanhol; (d) publicados anteriormente a 1980; (e) não localizados na íntegra; (f) anais de eventos, dissertações, teses e cartas ao editor.

Os descritores pesquisados foram: “risk of suicide”; “children”; “suicide”; “childhood”. Realizou-se o cruzamento entre os descritores selecionados por meio de duas estratégias de busca: na primeira cruzou-se as palavras-chave utilizando o ícone AND e na segunda os cruzamentos foram realizados por meio do ícone OR.

Nesta busca foram identificados 1.953 artigos nas bases de dados. A partir da pesquisa dos descritores no título ou resumo, foram identificados apenas 586 estudos. Destes, 430 foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão (Figura 1). Dos 156 estudos restantes, 123 foram eliminados por não estarem diretamente relacionados ao tema (89 eram estudos de ideação e tentativa de suicídio e 34 versavam sobre epidemiologia do suicídio de jovens de 10 a 19 anos).

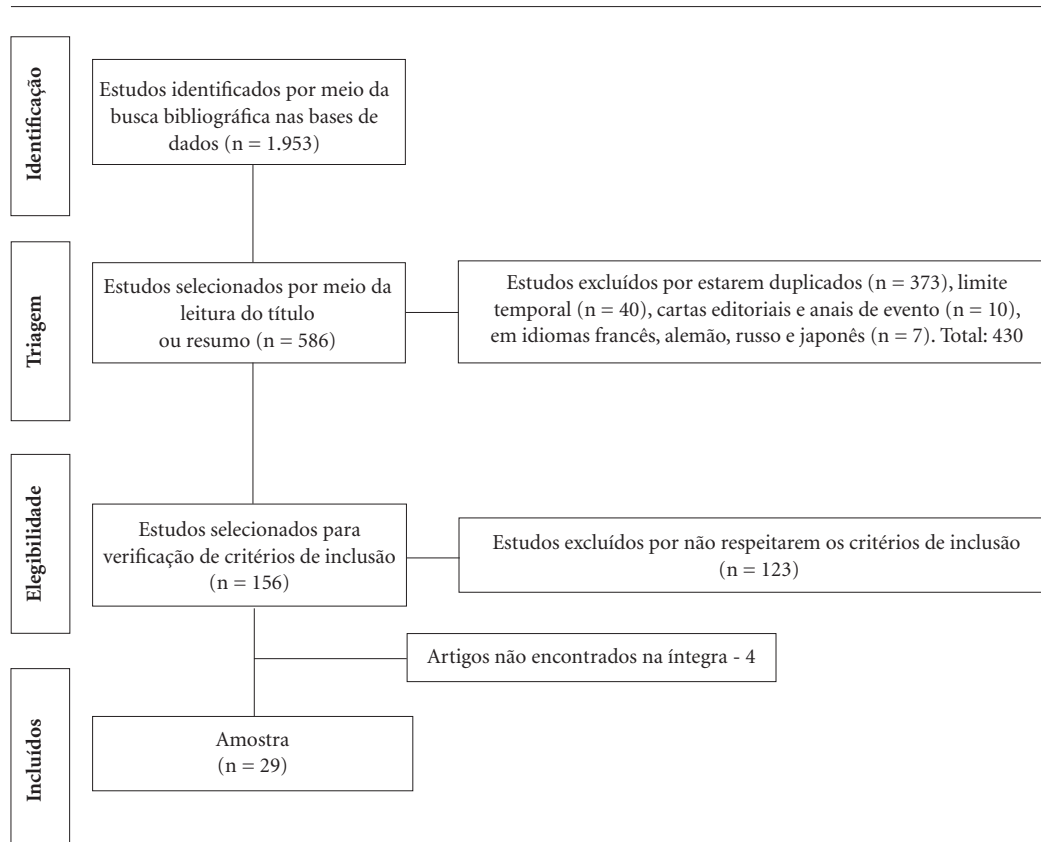


Figura 1. Fluxograma da presente revisão integrativa, Recife, PE, Brasil, 2017.

Para a análise final, quatro artigos não foram localizados na íntegra, obtendo-se 29 como corpus analítico (Figura 1).

Posteriormente, os artigos foram lidos na íntegra e extraídas informações para a caracterização da produção quanto ao ano de publicação, país de origem do estudo, foco central no método utilizado e ênfase nos resultados e conclusões.

Na etapa da análise das publicações, realizou-se uma adaptação da técnica de análise de conteúdo temática de Bardin¹⁷. Para a análise dos estudos percorreu-se os seguintes passos: (a) leitura de cada artigo buscando uma compreensão global; (b) identificação das ideias relacionadas aos fatores de risco para o suicídio em menores de 14 anos e as diferenças entre os fatores precipitantes nessa faixa etária quando comparados aos adolescentes; (c) classificação dessas ideias em categorias que evidenciam as singularidades e as peculiaridades dos artigos acerca do tema central e (d) elaboração de sínteses interpretativas de cada tema que articula com a visão dos fatores sobre os motivos que levam as crianças a morrerem por suicídio.

As categorias foram: (1) Categorização das fontes; (2) A literatura no período de 1980 a 2016; (3) Desafio da classificação das mortes por causas externas em crianças; (4) Método do suicídio em crianças; (5) Relação entre ideação, tentativa e suicídio na infância; (6) Relações entre fatores escolares e suicídio na infância; (7) Relação entre fatores sociais e suicídio na infância; (8) Relações entre transtornos mentais e suicídio na infância.

Resultados e discussão

O recorte com o qual operamos nesta revisão e que compreende a faixa etária entre 10 e 14 anos se deve à escassez de literatura específica sobre suicídio em crianças menores de 10 anos. Embora haja foco na prevenção do suicídio na adolescência na maioria dos países, muitas vezes não é levado em conta que as crianças mais novas também são capazes de se matar.

Os fatores predisponentes para o suicídio de crianças entre 10 e 14 anos são discutidos e articulados em conjunto com a literatura sobre adolescência devido à escassa literatura específica sobre crianças. Contudo, buscou-se concentrar a discussão na faixa etária delimitada nesta revisão.

Caracterização das fontes

Observou-se que apesar da expansão da produção do conhecimento sobre suicídio de crian-

ças, os estudos enquadram esse fenômeno dentro da faixa etária entre 10 e 19 anos, não havendo uma distinção específica entre a infância e a adolescência. Desse modo, ao delimitar o foco em estudos sobre suicídio de crianças em menores de 14 anos, verifica-se uma redução bastante significativa dessa produção, obtendo-se apenas 29 estudos (Quadro 1).

Em termos de ano de publicação, há uma concentração de dez artigos nos anos de 2011 a 2016. Entre os países de realização das pesquisas que originaram os artigos, predominam os Estados Unidos (EUA) com sete. Não foram encontradas publicações de origem brasileira.

Sobre os desenhos metodológicos, a maioria (n = 25) apresentou abordagem retrospectiva, dos quais 15 utilizaram a autópsia psicológica. Tal abordagem busca reconstruir a história de vida das pessoas que morreram por suicídio em múltiplas fontes de informações: familiares, amigos, profissionais de saúde, prontuário médico e outros documentos importantes.

Os obstáculos que se colocam à produção de estudos sobre suicídio na infância dizem respeito à resistência de familiares em revelar o fenômeno, ainda por preconceito, ou por haver uma dificuldade em notificar tais dados, pelas ocorrências de suicídio se camuflarem sob a forma de morte acidental, como afogamento ou intoxicação.

A literatura no período de 1980 a 2016

Na data de 1980, encontrou-se apenas um estudo realizado a partir de autópsias psicológicas, visando compreender as circunstâncias e os fatores precipitantes para o suicídio em menores de 14 anos e em adolescentes de 15 a 19 anos, com enfoque nos transtornos mentais¹⁸. Na década de 1990, as investigações se ampliam e aparecem estudos de caso-controle, de prevalência e comorbidade com transtorno mental e eventos estressantes sociais^{13,19-23}. O enfoque sobre a impulsividade do ato suicida e as diferenças entre os fatores de risco de suicídio em menores de 14 anos e adolescentes entre 15 a 19 anos começam a ser destacados nesse período.

A década de 2000 foi marcada pela ampliação expressiva de trabalhos, o que pode ser justificado pelo aumento expressivo no número de suicídios consumados na infância^{12,14,24-32}. São pesquisas de caso-controle, coorte, desenvolvem-se estudos multicêntricos internacionais e há um rigor técnico em torno da classificação das mortes por suicídio em crianças, buscando reunir e discutir aspectos sobre *bullying*, depressão e suicídio.

Quadro 1. Caracterização dos estudos analisados, Recife, PE, Brasil, 2017.

Estudo	Ano	País	Revista	Método
Freuchen e Grøholt ³³	2015	Noruega	Clin Child Psychol Psychiatry	Autópsia psicológica do tipo caso-controle.
Freuchen et al. ³⁴	2012	Noruega	Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health	Autópsia psicológica do tipo caso-controle.
Loh et al. ³⁵	2012	Singapura	Archives of Suicide Research	Autópsia psicológica.
Freuchen et al. ⁷	2012	Noruega	Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health	Autópsia psicológica do tipo caso-controle.
Kolves e De Leo ⁶	2015	Austrália	Journal of Adolescent Health	Estudo retrospectivo.
Soole et al. ⁸	2015		Arch Suicide Res	Estudo de revisão.
Coskun et al. ³⁶	2012	Turquia e EUA	Archives of Suicide Research	Estudo transversal e retrospectivo.
Bella et al. ³⁷	2013	Argentina	Arch Argent Pediatr	Estudo transversal e retrospectivo.
Kølves e De Leo ²	2016	Austrália	Journal of Adolescent Health	Estudo documental
Dervic et al. ¹⁴	2008	Austria	Psychiatric Clinics of North America	Revisão os fatores associados ao suicídio de crianças.
Séguin et al. ³⁸	2011	Canadá	Journal of Psychiatry	Autopsia psicológica do tipo caso-controle.
Windfuhr ²⁴	2008	Inglaterra	Journal of Child Psychology and Psychiatry	Estudo transversal e retrospectivo
Crepeau-Hobson ³⁹	2010	EUA	Archives of Suicide Research	Estudo transversal e retrospectivo
Grøholt e Ekeberg ¹²	2003	Noruega	Nordic Journal of Psychiatry	Estudo retrospectivo de mortes por suicídio no período de 1990 a 1992.
Beautrais ²⁷	2003	Nova Zelândia	American Journal of Psychiatry	Autópsia psicológica do tipo caso-controle
Weinberger et al. ²⁹	2001	EUA	Journal of Forensic Science	Autópsia psicológica
Beautrais ²⁶	2001	Nova Zelândia	Australian and New Zealand Journal of Psychiatry	Estudo retrospectivo no período entre 1989 a 1998.
Sourander et al. ³¹	2009	Finlândia	Arch Gen Psychiatry	Coorte
Klomek et al. ³⁰	2009	Finlândia	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	Coorte
Schmidt et al. ²⁵	2002	Alemanha	Journal of Forensic Science	Estudo retrospectivo no período de 1989 a 1998.
Ag̃ritmis et al. ²⁸	2004	Turquia	Forensic Science International	Estudo retrospectivo no período de 1996 a 2000.
Skinner e Steven ⁴⁰	2012	Canadá	CMAJ	Estudo retrospectivo no período de 1980 a 2008
Dervic et al. ⁴¹	2006	Áustria	Eur Child Adolesc Psychiatry	Estudo retrospectivo no período de 1970 a 2001.
Brent et al. ²¹	1999	EUA	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	Autópsia psicológica do tipo caso-controle
Brent et al. ²²	1993	EUA	J Am Acad Child Adolesc Psychiatry	Autópsia psicológica do tipo caso-controle
Gould et al. ²⁰	1996	EUA	Arch Gen Psychiatry	Autópsia psicológica do tipo caso-controle
Marttunen ²³	1991	Finlândia	Archives of General Psychiatry	Autópsia psicológica nos anos de 1987 e 1988.
Pfeiffer ¹³	1997		Psychiatric Clinics of North America	Estudo de revisão
Hoberman e Garfinkel ¹⁸	1988	EUA	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	Estudo retrospectivo no período de 1975 a 1985.
Grøholt et al. ¹⁹	1998	Noruega	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	Estudo retrospectivo do tipo caso-controle

Em 2010, surgem estudos mais específicos com a população menor de 14 anos enfatizando traços de personalidade, fatores associados ao *bullying*, estresse psicossocial e suas implicações psiquiátricas^{7,8,33-38,40}. A escola e os cuidados em saúde mental passaram a integrar formas de prevenção do suicídio em crianças e destaca-se o desafio em identificar o risco de suicídio nessa população⁸.

Desafio da classificação das mortes por causas externas em crianças

Um dos desafios apontados para o suicídio de crianças é a classificação correta da morte nessa faixa etária. Na Noruega, Grøholt e Ekeberg¹², ao reclassificarem a morte de crianças por suicídio no período de 1990 a 1992, concluíram que houve uma redução de 50% das mesmas. Nos EUA, 31,5% dos participantes afirmaram que não tinham evidências que justificasse a morte por suicídio, 29% narraram que a morte aconteceu devido ao histórico de jogos de asfixia e 10,9% afirmaram que a idade da criança confirma a morte acidental¹⁹.

Dessa forma, Grøholt e Ekeberg¹² 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.

Adicionalmente, admite-se a dificuldade em identificar se a morte por enforcamento ocorreu por suicídio ou por acidente. Nesse sentido, muitas crianças assistem cenas de enforcamento em desenhos animados, em pinturas e em programas de televisão. Ressalta-se que este método não requer habilidades específicas^{7,12,19}. Portanto, devem-se analisar as circunstâncias sociais, psicológicas e psiquiátricas envolvidas na morte das crianças para classificá-las de modo correto.

Métodos de suicídio na infância

Houve predominância que variou de 48 a 90% dos casos de mortes por suicídio na infância por enforcamento, seguida de 14% a 22% por arma de fogo e, em menores proporções, 4% a 7% por envenenamento, 7% a 30% por precipitação e 2% a 4% por afogamento^{4,6-9,12-14,19,21,24,26,28,35,41}.

Em Singapura, 90% das mortes ocorreram por precipitação e 9% por enforcamento³⁵. Na

Áustria, na década de 1990, houve o dobro de mortes por arma de fogo quando comparada às décadas de 1970 e 1980²¹. Na Inglaterra, não foram registradas mortes por suicídios provocados por arma de fogo²⁴. Esse estudo chama atenção para a intoxicação por álcool e antidepressivos encontrados em 9% dos casos²⁴. Na Turquia, nos EUA e na Inglaterra, encontraram proporção significativa de 13 a 30% de mortes por envenenamento^{24,36}.

Relação entre ideação, tentativa e suicídio

As crianças verbalizam menos o desejo de morrer quando comparadas aos adolescentes. Estudo na Noruega constatou que 68% dos adolescentes verbalizaram seu desejo de morrer e apenas 29% das crianças haviam expressado verbalmente a ideação suicida ou escrito um bilhete que denotasse o esvaziamento das forças para viver^{33,34}. Outro estudo na Noruega sinalizou que 40,9% haviam dado avisos verbais sobre o suicídio, expressando seu comportamento suicida para colegas e professores³³.

Apesar da inexistência de dados concretos sobre ideação suicida na infância, uma vez que esse tema ainda é pouco investigado em nível mundial, os pesquisadores encontraram mudanças nos comportamentos e alguns conjuntos de sinais. Nos meses que antecederam o suicídio, as crianças tornaram-se mais caladas e quietas, evitaram sair de casa e nos dias que precederam o suicídio não foram à escola^{7,8,12-14}.

As crianças tendem a manifestar seu desejo de morrer na semana que antecede o ato³³. Estudo sobre os bilhetes suicidas deixados por menores de 14 anos reportou que 61% escreveram bilhetes nos dias e meses que antecederam o suicídio, o que sugere o desafio em identificar precocemente o comportamento suicida nessa faixa etária²⁹.

Freuchen e Grøholt³³ discorrem que os bilhetes suicidas evidenciaram a ambivalência entre a busca de forças para continuar vivendo e a decisão de dar um fim à sua vida. Destaca-se que três bilhetes foram escritos no ambiente escolar, como atividade da disciplina e, destes, dois foram corrigidos pelos professores quanto à gramática e estrutura do texto. Apesar da existência dos bilhetes manifestando explicitamente o desejo de morrer, a escola não tomou nenhuma providência quanto a entrar em contato com os pais ou encaminhar as crianças para avaliação psicológica.

Nessa linha de raciocínio, o interesse por suicídio é um sinal que não deve ser ignorado em crianças. Manifestações verbais, de modo direto

ou indireto, que referem a “pensamentos de morte”, mudanças de comportamento e curiosidade pela temática da morte devem ser levadas a sério, exigindo atenção imediata^{8,14,18,27,33,41}.

No caso da manifestação verbal, a criança, na fase final da infância e início da adolescência, pode ir diretamente ao assunto, confidenciando aos seus amigos que quer morrer ou apenas insinuando e comentando sobre seu desejo de morte com professores e, em menor frequência, com seus familiares.

Um dos desafios para a prevenção do suicídio na infância é a detecção precoce da ideação suicida. A mudança do comportamento da criança não deve passar despercebida ou ser confundida com uma fase de temperamento difícil ou retraído⁴². Além disso, faz-se necessário superar a ideia de que a criança não tem capacidade cognitiva para se matar.

Dados mais concretos sobre tentativa de suicídio reportam que 13,1% das crianças já haviam tentado suicídio anteriormente^{7,19,23,33,35,38}. Quando comparado com as mortes acidentais de crianças, 23% haviam tentado o ato no ano que antecedeu a morte por suicídio²⁷.

A tentativa é o fator de risco mais significativo para o suicídio. A tentativa de suicídio é mais frequente em crianças do sexo feminino que do sexo masculino³⁰. Esse dado também é persistente em outras faixas etárias. Os estudiosos advertem que ter arma de fogo em casa e ausentar-se, deixando a criança sozinha, devem ser considerados verdadeiros alertas aos familiares^{4,6,7,25,40}. Ademais, a ocorrência de tentativa de suicídio na infância é um dos fatores de risco mais significativo para a repetição do ato em outras fases da vida¹³.

Considera-se também a exposição de crianças ao comportamento suicida de familiares e pessoas próximas. Soole⁸ e Dervic¹⁴ mostram que crianças que tiveram familiares com depressão ou que um dos pais ou outro parente efetuou e obteve êxito no suicídio foram significativamente mais propensos a tentá-lo. Freuchen e Grøholt³³ encontraram que 43% das crianças que morreram por suicídio haviam tido exposição ao fenômeno na comunidade ou na família.

Desse modo, reflete-se como o suicídio é um evento complexo que acarreta estresse para a família e provoca uma desorganização de seus membros, especialmente entre os filhos que vivem mais próximos de seus pais e tendem a ser mais visivelmente afetados.

Esses resultados apontam que as experiências de cada criança com os sinais de depressão, morte e suicídio, assim como aquilo que lhes é dito

sobre isso, são cruciais para a compreensão que ela terá sobre o suicídio. Pesquisa realizada por Mishara⁴³ encontrou que crianças com idades entre 5 e 11 anos possuem entendimento minucioso sobre suicídio. As crianças aos 8 e 9 anos conseguiram elaborar conceitos de vida e morte, embora ainda sejam um pouco imaturos⁴³. Portanto, é uma barreira para a detecção do risco de suicídio considerar que as crianças não entendem o conceito de suicídio.

Relação entre processo cognitivo e suicídio na infância

Estudo teórico sobre suicídio na infância narra que o desenvolvimento cognitivo da criança não deve ser subestimado, pois as crianças demonstraram ter dificuldade em julgar e gerir as circunstâncias estressantes devido à imaturidade do córtex anterior e posterior^{13,14}. Nesse sentido, alterações neurocomportamentais desencadeadas na puberdade, como os impulsos e as mudanças emocionais, podem estar relacionados ao suicídio nessa faixa etária¹⁴.

Vale ressaltar que a impulsividade, oriunda também da imaturidade cerebral, é característica acentuada nesse ciclo de vida e agrava o fato dela estar intimamente relacionada ao risco de tentativas de suicídio.

Essas mudanças podem não ocorrer de forma concomitante com os processos cognitivos, como seu desenvolvimento, o amadurecimento da capacidade reflexiva e crítica e a maturação do juízo. Desse modo, os componentes cognitivos e afetivos do comportamento envolvem sistemas neurobiológicos e estão entre as últimas regiões cerebrais a amadurecer¹⁴.

Estudo na Noruega³⁴ não encontrou diferença entre o desenvolvimento e a maturação cognitiva entre crianças menores de 13 anos e adolescentes entre 15 e 20 anos. Nessa linha de pensamento, novas pesquisas devem ser conduzidas para aprofundar a relação entre a imaturidade cognitiva e o suicídio em crianças menores de 14 anos.

Relação entre fatores escolares e suicídio na infância

Os problemas escolares constituem um importante fator precipitante para o suicídio na infância. Compreende-se por problemas relacionados à escola: o *bullying*, o abandono escolar, as crises disciplinares e a dificuldade de interação social.

Numerosos estudos encontraram que quase metade das crianças apresentaram, recentemente, problemas disciplinares na escola^{4,13,19,20,24,25,27,29-31,34,35}. Dentre os problemas disciplinares, 25,3% falharam na nota escolar, 18,3% abandonaram a escola e 16,3% foram suspensos²⁴. A abstenção na escola é um evento que está interligado ao isolamento social e ao comportamento suicida^{27,30,38}. A ausência na escola pode estar relacionada à vergonha, à culpa e ao medo em lidar com os problemas escolares expressados por problemas disciplinares, notas baixas, dificuldade de se relacionar afetivamente com os colegas e por violência sofrida pelos seus pares.

As crianças que morreram por suicídio apresentaram maiores problemas de desempenho escolar e dificuldades acadêmicas. Entretanto, não se sabe se a queda no rendimento escolar é mediada por eventos estressantes na vida ou por distúrbios de atenção, aprendizagem, conduta, ansiedade e depressão. Sabe-se que sentimentos depressivos podem influenciar no desempenho escolar na medida em que a criança não consegue acreditar na sua capacidade de superar as adversidades⁴².

O Manual de Prevenção do Suicídio para professores e educadores reforça que qualquer mudança súbita ou dramática que afete o desempenho, a capacidade de prestar atenção ou o comportamento de crianças ou adolescentes deve ser levado a sério⁴².

Nos dias atuais, outro problema grave que acomete as crianças no ambiente escolar diz respeito ao *bullying*. *Bullying* se refere ao comportamento violento manifestado por intimidação e o maltrato entre escolares de forma repetida e mantida no tempo com a intenção de humilhar e submeter abusivamente uma vítima indefesa⁴⁴.

Na Noruega, 29% das crianças que morreram por suicídio haviam sido vítimas de *bullying*³⁰. Estudo de coorte encontrou associação significativa entre *bullying* e comportamento suicida. As vítimas de intimidação e maus-tratos pelos seus colegas eram significativamente mais susceptíveis a sofrer impacto na saúde mental e apresentaram baixa autoestima, isolamento social e sintomas depressivos²⁰.

Em relação ao gênero, agressores e vítimas do sexo masculino estiveram mais propensos a ter comportamento suicida do que aqueles que nunca estiveram envolvidos em *bullying* e as meninas que eram vítimas de intimidações frequentemente estiveram mais susceptíveis a efetuar o suicídio²⁰.

Revisão sistemática sobre *bullying* e suicídio não encontrou associação significativa entre es-

ses dois eventos⁴⁴. Em contraste a isso, estudos têm reportado o papel do *bullying* no sofrimento mental manifestado pela solidão, isolamento social, dificuldade de se relacionar com os pares, depressão infantil e comportamento suicida^{8,13,14,21,23,30,31,33,34}.

Bauman et al.⁴⁴ em estudo transversal com 1.491 estudantes nos EUA encontraram que a depressão é um mediador significativo entre o *bullying* e a vitimização tradicional e as tentativas de suicídio, independente do sexo. Dentre aqueles que apresentaram depressão, 42% das meninas estiveram mais propensas a tentar suicídio enquanto que para os meninos o risco foi de 60%. Esse mesmo autor discorre que as ações de *bullying* são tentativas de humilhar publicamente a vítima, com o objetivo de prejudicar suas amizades e seu status social, fazendo com que a vítima se sinta melancólica, angustiada e sem suporte social. Existe ainda uma associação entre a insatisfação com a imagem corporal e as chances de ser mais vitimado ou de praticar o *bullying*³⁵.

A fragilidade psicológica dessas crianças em aceitar/reconhecer suas próprias características físicas e as intensas mudanças que ocorrem nessa fase da vida, assim como em lidar com a diferença do outro, reforçam a necessidade de que os pais e os professores investiguem e reconheçam o sofrimento mental dessas crianças para o encaminhamento ao tratamento psicológico e psiquiátrico. Adicionalmente, há a urgência na criação de estratégias preventivas que trabalhem as habilidades pessoais e sociais das crianças para a manutenção de um ambiente escolar saudável^{15,35}.

Relações entre fatores sociais e suicídio na infância

Várias pesquisas^{4,13,18,19,24,26-28,30,35,40} evidenciaram diferenças significativas entre os fatores sociais desencadeantes do suicídio nas crianças e nos adolescentes. Jovens que tentam ou cometem suicídio são impelidos por problemas amorosos e envolvimento com álcool e outras drogas. Já para as crianças menores de 14 anos, tais fatores são principalmente: conflitos familiares com dinâmica permeada por tensões, rigidez e ausência de diálogos; separação ou divórcio dos pais e histórico de abuso sexual.

Estudos oriundos de autópsias psicológicas reportaram intensos conflitos familiares em um contexto de transição de lar e de cuidados entre os pais, assim como a mudança, a suspensão ou os problemas escolares. A separação dos pais também foi reportada, entretanto, a associação

entre esse fato e suicídio foi mediada por fatores psicossociais^{7,8,22,30}. Portanto, tais situações sociais acarretaram em discussões e resultaram em eventos estressantes que culminaram no ato suicida como a única solução para esses problemas.

Numerosos estudos^{13,18,19,22,24,38} mostraram a associação existente entre risco de suicídio e ausência de diálogo entre os pais, sobretudo a ausência de comunicação da mãe²⁸. Com efeito, a maioria das crianças foi exposta à negligência dos pais e teve um suporte social inadequado para lidar com os momentos difíceis³⁸. Conflitos entre pais e filhos são mais comuns em crianças do que em adolescentes⁸.

A ausência ou as barreiras para uma comunicação efetiva entre os pais e as crianças reflete que o comportamento suicida das crianças permanece silencioso. As crianças que morrem por suicídio encontram-se sozinhas, isoladas e desamparadas^{24,42}.

Adicionalmente, a presença de abuso físico, sexual e emocional esteve fortemente associado ao maior risco de suicídio na infância^{8,18-20,22,23,26,27,33}. A presença de violência evidencia o ambiente hostil e as adversidades a que as crianças foram expostas, fazendo-as se sentirem um fardo, resultando em intenso sofrimento psíquico.

Estudo de Buffraerts et al.⁴⁵ em 21 países encontrou que as adversidades na infância estiveram mais associadas com a tentativa de suicídio nessa fase da vida do que na adolescência. 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.

Pffeifer¹³ descreve que a exposição a situações estressantes na infância pode ampliar o sentimento de desesperança, implicando na percepção de que essas circunstâncias possuem pouca probabilidade de resolução. Juntamente com a imaturidade das habilidades para enfrentar os problemas das crianças, encontra-se a ausência de um suporte social adequado, fazendo-as sofrer em silêncio, sozinhas e sem amparo.

Estudos neurobiológicos apresentados por Dervic et al.¹⁴ encontraram também uma desregulação da serotonina em crianças que foram abusadas e negligenciadas por seus pais. Neste sentido, futuras investigações neurobiológicas podem aprofundar a interação entre as alterações séricas de serotonina, eventos estressantes na vida e comportamento suicida em crianças.

Relações entre transtornos mentais e suicídio na infância

Numerosas pesquisas mostram que transtornos mentais estão fortemente relacionados com suicídio em crianças. Metade das crianças tinha o 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^{14,7,12,22-25,29,33,35}. Em contraste a isso, em outras faixas etárias encontra-se uma proporção elevada de transtornos mentais em comparação às crianças⁸.

No que tange ao acompanhamento de serviço de saúde mental, uma minoria estava em contato com estes e apenas uma pequena parcela recebeu tratamento psiquiátrico no ano que antecedeu o suicídio. Cerca de 85% não estavam em tratamento psiquiátrico no mês anterior ao suicídio²².

Beautrais²⁷ destaca que as crianças do sexo feminino tiveram mais contato com os serviços de saúde do que os homens. O estudo de Freuchen et al.³⁴ foi o único a apontar que 17% das crianças que morreram por suicídio receberam algum tipo de serviço psicológico e psiquiátrico na escola. O risco de suicídio é maior em crianças com algum transtorno mental do que entre aquelas que não possuem diagnóstico psiquiátrico.

Vários pesquisadores mostraram associação entre traços de personalidade e risco de suicídio^{20,27-29,39}. Hoberman e Garfinkel¹⁸ descrevem que as crianças eram mais propensas a serem raivosas, nervosas, ansiosas e impulsivas antes do ato fatal.

Estudo recente conduzido por Freuchen e Grøholt³³ mostrou que as crianças que morreram por suicídio eram mais sensíveis, preocupadas e impulsivas em comparação com aquelas que morreram por mortes acidentais. Revisão sistemática apontou que serem extremamente inteligentes, desconfiadas, raivosas, sensíveis à críticas e isolamento social foram características marcantes em crianças que morreram por suicídio⁸.

Diferentemente de outras faixas etárias, a impulsividade foi associada ao risco de suicídio em crianças^{8,13,14,22}. Na infância, as ações são frequentemente precipitadas, por essa razão, encontra-se a tentativa de suicídio mais frequente após eventos estressantes.

Entende-se, assim, que apesar de nem todos os jovens com transtornos psiquiátricos pensarem em suicídio, aqueles que apresentaram comportamento suicida indicavam em sua maioria esse fator predisponente.

Considerações finais

Sobre o acervo estudado, ressalta-se: (1) São fatores predisponentes para o suicídio na infância: problemas escolares, dentre os quais se destacam o *bullying* e o rendimento ruim; histórico de violência física e sexual e conflitos familiares, em que as tensões e a rigidez das relações são barreiras para a comunicação e um relacionamento harmonioso entre pais e filho, e a morte de parente ou pessoa próxima por suicídio. Portanto, é de suma importância conversar com as crianças sobre suicídio; (2) Metade das crianças apresentaram algum tipo de transtorno mental, especificamente, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), transtorno de personalidade antissocial e depressão. Nesse sentido, reconhece-se a intrínseca relação entre transtornos mentais e suicídio em crianças. (3) Apesar da imaturidade cognitiva, as crianças têm capacidade e compreensão do ato suicida; (4) As crianças dão menos pistas verbais do seu desejo de morrer e são mais impulsivas na tentativa de suicídio; (5) Nos meses que antecedem o suicídio, ocorrem mudanças de comportamento e de atitude, as crianças apresentam falta de interesse

em atividades prazerosas, abstenção da escola e isolamento social (6) As crianças que morreram por suicídio não possuíam estratégias de enfrentamento de situações de estresse.

Dentre as limitações deste artigo podem ser citadas: a bibliografia estudada se restringiu às bases de dados indicadas no método de revisão; escassez da bibliografia brasileira sobre suicídio em crianças menores de 10 anos, o que impede que sejam feitas generalizações dos dados, uma vez que as informações apresentadas dizem respeito à realidade de outras sociedades e de outras faixas etárias.

A literatura ressalta a grande existência desse fenômeno, muitas vezes desconhecido na faixa etária estudada, e que é possível prevenir o suicídio na infância. Portanto, é extremamente necessário o reconhecimento do sofrimento psíquico e do comportamento suicida na infância para que essas crianças possam ter tratamento psiquiátrico adequado. Devem ser desenvolvidos protocolos visando o reconhecimento precoce do comportamento suicida. Os profissionais de saúde e os professores devem ser capacitados para que sejam capazes de ajudar as crianças com sinais que predisõem o risco para o suicídio.

Colaboradores

GS Sousa, MSP Santos, ATP Silva, JGA Perrelli e EB Sougey participaram igualmente de todas as etapas do estudo.

Referências

- Kölves K, De Leo D. Suicide methods in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017; 26(2):155-164.
- Kölves K, De Leo D. Adolescent suicide rates between 1990 and 2009: Analysis of age group 15–19 years worldwide. *J Adolesc Health*, 2016; 58(1):69-77.
- Barrio CA. Assessing suicide risk in children: Guidelines for developmentally appropriate interviewing. *Journal of Mental Health Counseling* 2007; 29(1):50-66.
- Weller EB, Young KM, Rohrbaugh, AH, Weller RA. Overview and assessment of the suicidal child. *Depress Anxiety* 2001; 14(3):157-163.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Situação Mundial da Infância*. 2011. [acessado 2017 maio 1]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf
- Kölves K, De Leo D. Child, Adolescent and Young Adult Suicides: A Comparison Based on the Queensland Suicide Registry. *J Child Adolesc Behav* 2015; 3(3):1000209.
- Freuchen AF, Kjelsberg EE, Grøholt BG. Suicide or accident? A psychological autopsy study of suicide in youth under the age of 16 compared to deaths labeled as accidents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2012; 6(1):1-12.
- Soole R, Kolves K, De Leo D. Suicide in Children: A Systematic Review. *Arch Suicide Res* 2015; 19(3):285-304.
- Mapa da Violência [Internet]. [acessado 2017 maio 1]. <http://www.mapadaviolencia.org.br/>. 2014
- Parente ACM, Soares RB, Araújo ARE, Cavalcante IS, Monteiro CFS. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2007; 60(4):377-381.
- Alves VM, Silva MAS, Magalhães APN, Andrade TG, Faro ACM, Nardi AE. Suicide attempts in a emergency hospital. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2014; 72(2):123-128.
- Grøholt B, Ekeberg Ø. Suicide in Young people under 15 years: Problems of classification. *Nord J Psychiatry*, 2003; 57(6):411-417.
- Pfeffer CR. Childhood suicidal behaviour: A developmental perspective. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20(3):551-562.
- Dervic K, Brent DA, Oquendo MA. Completed suicide in childhood. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31(2):271-291.
- World Health Organization (WHO). *Global Health Estimates Summary Tables: Projection of deaths by cause, age and sex*. Geneva: WHO; 2013.
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4):758-764.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
- Hoberman HM, Garfinkel BD. Completed suicide in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 57(6):689-695.
- Grøholt B, Ekeberg Ø, Wichstrøm L, Haldorsen T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: A comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(5):473-481.
- Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(12):1155-1162.
- Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(12):1497-1505.
- Brent DA, Perper J, Moritz G, Baugher M, Allman C. Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32(3):494-500.
- Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R Axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48(9):834-839.
- Windfuhr K. Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(11):1155-1165.
- Schmidt P, Müller R, Dettmeyer R, Madea B. Suicide in children, adolescents and Young adults. *Forensic Sci Int* 2002; 127(3):161-167.
- Beautrais A. Child and Young adolescent suicide in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35(5):647-653.
- Beautrais AL. Suicide and serious attempts in youth: A multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry* 2003; 160(6):1093-1099.
- Agritmis H, Yayci N, Colak B, Aksoy E. Suicidal deaths in childhood and adolescence. *Forensic Sci Int* 2004; 142(1):25-31.
- Weinberger LE, Sreenivasan S, Sathyavagiswaran L, Markowitz E. Child and adolescent suicide in a large, urban area: Psychological, demographic and situational factors. *J Forensic Sci* 2001; 46(4):902-907.
- Klomek AB, Sourander A, Niemela S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: A population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48(3):254-261.
- Sourander A, Klomek AB, Niemelä S, Haavisto A, Gyllenberg D, Helenius H, Sillanmäki L, Ristkari T, Kumpulainen K, Tamminen T, Moilanen I, Piha J, Almqvist F, Gould MS. Childhood Predictors of Completed and Severe Suicide Attempts. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66(4):398-406.
- Kim YS, Leventhal B. Bullying and suicide. A review. *Int J Adolesc Med Health* 2008; 20(2):133-154.
- Freuchen A, Grøholt B. Characteristics of suicide notes of children and Young adolescents: An examination of the notes from suicide victims 15 years and younger. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2015; 20(2):194-206.
- Freuchen A, Kjelsberg E, Lundervold AJ, Grøholt B. Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2012; 6(1):1-12.
- Loh C, Tai BC, Ng, WY, Chia A, Chia BH. Suicide in Young Singaporeans aged 10-24 years between 2000 to 2004. *Arch Suicide Res*, 2012; 16(2):174-182.
- Coskun M, Zoroglu S, Ghaziuddin N. Suicide rates among Turkish and American youth: a cross-cultural comparison. *Arch Suicide Res* 2012; 16(1):59-72.

37. Bella ME, Acosta L, Villacé B, Neira ML, Enders J, Fernández R. Analysis of mortality from suicide in children, adolescents and youth. Argentina, 2005-2007. *Arch Argent Pediatr* 2013; 111(1):16-21.
38. Séguin M, Renaud J, Lesage A, Robert M, Turecki G. Youth and Young adult suicide: A study of life trajectory. *J Psychiatry* 2011; 45(7):863-870.
39. Crepeau-Hobson F. The psychological autopsy and determination of child suicides: A survey of medical examiners. *Archives of Suicide Research* 2010; 14(1):24-34.
40. Skinner R, Steven M. Suicide among children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980-2008. *CMAJ* 2012; 184(9):1029-1034.
41. Dervic K, Friedrich E, Oquendo MA, Voracek M, Friedrich MH, Sonneck G. Suicide in Austrian children and Young adolescents aged 14 and younger. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15(7):427-434.
42. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Prevenção do suicídio: Manual para professores e educadores*. Brasília: OMS; 2000.
43. Mishara BL. Conceptions of death and suicide in children ages 6-12 and their implications for suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 2(20):105-118.
44. Bauman AS, Toomey RB, Walker JL. Associations among bullying, Cyberbullying, and suicide in high school students. *J Adolesc* 2013; 36(2):341-350.
45. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, Karam EG, Kessler RC, Sampson N, Alonso J, Andrade LH, Angermeyer M, Benjet C, Bromet E, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Horiguchi I, Hu C, Kovess V, Levinson D, Posada-Villa J, Sagar R, Scott K, Tsang A, Vassilev SM, Williams DR, Nock MK. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behavior. *Br J Psychiatry* 2010; 197(1):20-27.

Artigo apresentado em 15/02/2017

Aprovado em 18/04/2017

Versão final apresentada em 13/06/2017