

Suicídio na infância e adolescência

Evelyn Kuczynski*¹

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Resumo: 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). Propõe-se a abordar aspectos históricos e epidemiológicos do suicídio na infância e na adolescência, além de se concentrar nas abordagens preconizadas para este fenômeno.

Palavras-chave: suicídio, infância, adolescência, morte, epidemiologia.

Introdução

não há senão um problema filosófico verdadeiramente sério: é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena de ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia.

(Camus, 1951/1965, p. 99)

Obra de 1900, *A Morte e a Donzela* (Figura 1), de Marianne Stokes (1855-1927), destaca-se de representações pictóricas anteriores que encenavam a Morte. Neste trabalho, uma mulher alada e trajada de negro a representa. Uma jovem num camisolão e já recolhida ao leito é subitamente despertada por Ela, puxando então a coberta sobre o colo, numa atitude de aparente recato. Apesar da ausência de contato entre as personagens, a postura da Morte é tranquilizadora. O tema renascentista a Morte e a Donzela habitualmente adverte contra a vaidade, mas não é o caso desta obra. Aparentemente, Stokes simplesmente evoca nesta cena onírica a súbita morte de uma virgem durante seu sono (Pollefeys, 2013).

Se a visão de uma linda jovem repentinamente arrebatada pela Morte é fato que provoca terror e espanto, o que dizer então da ideia de um(a) jovem que decide dar cabo à própria vida? Para os familiares, é uma espécie de concretização do Caos, pois toda a história que estava aparentemente prevista se desfaz feito fumaça, e os pais têm de enterrar e prantear seu(sua) jovem filho(a).

Tabu frequente nos meios técnicos, a perspectiva de que a Morte pode ser a escolha de uma criança desnorтеia e impede a avaliação imparcial necessária por parte dos profissionais que trabalham com esta faixa etária. No entanto, a Realidade nos viola os sentidos e somos obrigados a perceber que, ciclicamente, ocorrem epidemias pontuais

de comportamentos suicidas protagonizadas por crianças e adolescentes que nos obrigam a um estudo mais aprofundado das características do comportamento suicida na juventude, principalmente com o intuito de desenvolver abordagens preventivas que reduzam a morbimortalidade associada.

A conhecida epidemia de suicídios entre jovens, atribuída à identificação dos adolescentes com o protagonista de *Os Sofrimentos do Jovem Werther* (escrito por Goethe no século XVIII, tematiza o padecimento de um jovem inexperiente motivado por um rompimento amoroso), motivou que a obra fosse banida da Europa (Pfeffer, 1996). Este episódio pode ser considerado um dos primeiros registros históricos de que o tema do suicídio pertence ao imaginário dos jovens (Goethe, 1774/2004). Na atualidade, é raro o ano em que um jovem não invada alguma instituição de ensino norte-americana para, ao final, suicidar-se, após ter alvejado quantos consiga lograr (Cullen, 1999).

O presente ensaio (transcrição adaptada da aula ministrada durante a II Jornada sobre Suicídio do Laboratório de Estudos sobre a Morte do Instituto de Psicologia da USP, ocorrida em 22 de maio de 2013) propõe abordar aspectos históricos e epidemiológicos do suicídio na infância e na adolescência, além de se concentrar nas abordagens preconizadas para este fenômeno.

Aspectos históricos

Tema de antecedentes multifacetados, o interesse pela Morte tem suas raízes em tradições mitológicas ancestrais. A cena grega da abdução de Perséfone por Hades claramente pressagia o conflito entre Eros e Tanatos (em última instância, o conflito entre os princípios de Prazer e de Realidade). Esta visão toma uma nova forma em fins do século XV, tornando-se o tema a Morte e a Donzela, que culmina na Alemanha renascentista. Em muitas “danças da Morte” já representadas, figura ao lado desta uma fina dama ou bela virgem, assim como em *Três Idades e a Morte*, ainda que sem traços de erotismo. Mas algo novo aconteceu no tema a Morte e a Donzela. Descobriu-se uma obscura ligação entre a sexualidade e a Morte. Neste tipo

1 Não houve apoio institucional na realização desta obra, que foi uma das apresentações da II Jornada sobre Suicídio do Laboratório de Estudos Sobre a Morte (do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo), ocorrida em 22 de maio de 2013.

* Autor correspondente: ekuczynski@uol.com.br

de iconografia, a jovem dama não mais se encontra a bailar, mas incorpora uma postura mais sensual (Pollefeys, 2013).

Diferentemente da dança da Morte, as representações artísticas de a Morte e a Donzela não possuem versos que as expliquem, o que as fez perder algo da sua intensidade dramática neste tipo de ilustração; seu papel didático se tornou menos importante. Por outro lado, esta forma de arte ganhou uma espécie de intimidade. Ainda que influenciada pela sensualidade deste gênero, segue tendo um objetivo moralista. Permanece assinalando o fato de que a vida é curta, assim como é vã a beleza orgulhosa de uma mulher. Seu formoso corpo um dia alimentará os vermes (Pollefeys, 2013).

A contemporânea civilização ocidental convive boa parte do tempo com o ideário da Morte interdita (Ariès, 2003). Os homens (e a Ciência) comportam-se como se assim não fosse, ou como se a morte se materializasse em forma de vergonha e silêncio. O moribundo é amordaçado, com a família e o médico a dissimular a gravidade e iminência de seu quadro. Morre-se no anonimato. Admitir a Morte em situações sociais passa a ter conotação dramática (Amorim, 2008).

Até o começo do século XX, a função atribuída à Morte e a atitude perante ela eram praticamente as mesmas em toda a extensão da civilização ocidental. Estas atitudes mais tradicionais foram abandonadas pelos Estados Unidos e pelo noroeste da Europa mais industrializada, após a Primeira Grande Guerra, sendo substituídas por um novo modelo, do qual a morte foi praticamente expulsa. Os países predominantemente rurais, muitas vezes católicos, permaneceram fiéis à ideia mais antiga. O interdito da morte parece ser solidário com a Modernidade, acompanhando os progressos da industrialização, da urbanização e da racionalidade. A sociedade produziu meios eficazes para se proteger das tragédias cotidianas da morte, a fim de ficar livre para prosseguir suas tarefas sem emoções ou obstáculos (Ariès, 2003).

Os costumes americanos consistem em transformar a morte, maquiá-la, sublimá-la, mas sem fazê-la desaparecer. Mistura-se comércio e idealismo, fazendo dos enterros eventos de publicidade flagrante, “como qualquer outro objeto de consumo, um sabonete ou uma religião” (Ariès, 2003).

Ariès (2003) cita um estudo de Gorer (1965) que contém reflexões sobre a mudança da função social do luto. Discorrendo a respeito do fenômeno da sua rejeição e da supressão, Gorer mostra que a morte se tornou vergonhosa e interdita, como o sexo na era vitoriana. Uma interdição seria substituída por outra (Maranhão, 1987). Gorer relata que a morte se afastou a ponto de o enterro ter deixado de ser um espetáculo familiar: entre as pessoas por ele entrevistadas, 70% não assistia a enterros há cinco anos (Gorer, 1965).

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). Casper teria sido o primeiro a descrever suicídios de crianças e jovens na Prússia, entre 1788 e 1797 (Friedrich, 1989), mas o fenômeno é universal (Shneidman, 1975), sem distinção de raça ou estrato social.

É possível encontrar cerca de quinze conceituações do suicídio, destacando múltiplas pesquisas sobre o tema. O termo “suicídio” é relativamente recente (nome que a modernidade dá à “morte voluntária”). O termo teria sido um neologismo latino, da Inglaterra de 1630 (Werlang, 2000). Contudo, ele foi primeiro utilizado (em língua francesa) pelo abade Desfontaines (em 1734, ou 1737) para significar “o assassinato ou morte de si mesmo” (Meleiro, Mello-Santos, & Wang, 2007, p. 475), com a seguinte etimologia: *sui* = si mesmo; *caedes* = ação de matar. É comum observar o uso do termo “autocídio” como sinônimo de suicídio, tendo passado a constar no léxico (Holanda Ferreira, 1986).

Nos dias atuais, voltamos a ter de lidar com o processo de imitação e indução deste tipo de comportamento em jovens por meio da mídia, como à época de *Werther*, uma vez que os casos de *bullying* (sendo o *cyberbullying* uma variante digital do dessa violência [Portela, 2014]) vêm gerando uma ascensão vertiginosa no número de suicídios entre as vítimas deste tipo de assédio (*National Association of School Psychologists* [NASP], 2012).

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).

Estudo que analisou 37 pesquisas mundiais identifica o *bullying* como uma das principais causas do suicídio de crianças e adolescentes, sendo o suicídio a terceira maior causa de mortalidade no mundo nesta faixa etária, atrás apenas dos acidentes de trânsito e homicídios. Físico ou psicológico, o impacto que gera na vítima é tão expressivo que faz dele, além de um dos principais motivos de suicídios de crianças e adolescentes, também o responsável por cerca de dezenove mil tentativas de suicídios ao ano (nos Estados Unidos). Dezenove por cento dos alunos entrevistados pensaram em se suicidar. Quinze por cento traçaram estratégias para cometer o suicídio, com 8,8% executando os planos suicidas (interrompidos por outrem). Por fim, 2,6% perpetraram tentativas sérias o bastante para exigir intervenções e acompanhamento médico permanente (Kim & Leventhal, 2008).

É rara a ocorrência de suicídio (ou tentativa deste) sem a associação com algum transtorno mental, mas isso de fato ocorre (Shaffer & Piacentini, 1994). Convém

lembrar que, no que se refere à faixa etária pediátrica, é importante visualizar qual o nível de desenvolvimento do conceito de morte que determinado indivíduo de certa faixa etária é capaz de estruturar (Gesell, Ilg, & Ames, 1971a, 1971b), como podemos visualizar no Quadro 1.

Quadro 1

Nível de desenvolvimento do conceito de morte conforme a faixa etária

IDADE (ANOS)	CARACTERÍSTICAS
menos de 4	ideia limitada (geralmente escassa ou nula), sem emoção especial;
5	mais realista, mas ainda reversível;
mais de 6	reações afetivas à morte e o temor da morte da genitora (sem crer na própria);
mais de 7	evento humano, mas pensa vagamente que um dia morrerá;
mais de 8	aceita que todos vão morrer um dia (inclusive ela mesma);
mais de 9	aceita que irá morrer um dia, com realismo;
10 a 11	deterioração do corpo;
mais de 11	teoriza sobre o que acontece depois, dando início à especulação metafísica;
12	maior preocupação com a natureza de outra vida;
13	vista como distante;
14	a vida é mais importante que a morte, revela o desejo de vivê-la intensamente;
15	ceticismo em relação à imortalidade;
16	pensam pouco, mas são muito afetados ao passarem pela experiência

Fonte: Gesell, Ilg, & Ames, 1971a, 1971b.

Epidemiologia

um mundo que se pode explicar, mesmo com más razões, é um mundo familiar, mas, pelo contrário, num universo subitamente privado de ilusões e de luzes, o homem sente-se um estrangeiro.

(Camus, 1942/2004, p. 13)

Em todos os países e grupos culturais o suicídio é menos frequente na infância e na adolescência antes dos quinze anos de idade, com aumento de sua incidência no final da adolescência e no início da terceira década (Shaffer & Fischer, 1981), configurando a terceira causa de morte de adolescentes e jovens adultos (nos EUA), dado que se confirma em vários países europeus, asiáticos e da América Latina. Crianças e adolescentes que cometem ou tentam (sem êxito) o suicídio apresentam algumas características

em comum: um terço dos que atingem seu intento apresenta histórico de tentativas anteriores, e quem executa essas tentativas pertence a um grupo de maior risco de suicídio bem sucedido *a posteriori* (Shaffer & Fischer, 1981).

Em nove capitais brasileiras, o suicídio ocupa o sexto lugar entre as mortes por causas externas, de 15 a 24 anos. Entre 1996 e 2000, de todos os suicídios registrados em São Paulo, 66% dos indivíduos tinham entre cinco e 44 anos. Apesar das taxas de suicídio entre jovens serem ainda relativamente baixas no Brasil (em comparação a outras faixas etárias), entre 15 e 24 anos foi observado um significativo aumento no número de suicídios (Mello-Santos et al., 2005).

Desta forma, no período entre 2000 e 2008 foram registrados 43 casos de suicídio de crianças menores de 10 anos (0,1% do total de mortes), e de 6.574 adolescentes, entre 10 e 19 anos, uma média de 730 mortes por suicídio/ano. Entre as crianças, 80% dos meninos recorreram ao enforcamento e, entre as meninas, notou-se a preferência por métodos como intoxicação medicamentosa, objetos cortantes e afogamento (Souza, 2010).

Cumpramos ressaltar que, quando dados brasileiros sobre suicídio são analisados, deve-se considerar as altas taxas de subnotificação, decorrente de diversos fatores, que vão desde o pedido da família para que a *causa mortis* seja adulterada na certidão de óbito até a existência de cemitérios clandestinos (Lovisi, Santos, Legay, Abelha, & Valencia, 2009). A constatação de taxas amplamente variáveis de incidência de tentativas de suicídio podem refletir a menor procura por atendimento e, inclusive, a provável ausência de um diagnóstico adequado (MacIntire & Angle, 1973).

De acordo com estudo epidemiológico de suicídio no Brasil entre 1980 e 2000, é praticamente nulo o conhecimento sobre as taxas de tentativas de suicídio ocorridas, o que de fato acontece em muitos outros países (Mello-Santos, et al, 2005). Estima-se que, na maioria dos países europeus, o número de tentativas seja de 10 a 40 vezes maior em relação ao de mortes por suicídio.

O quadro de emergência psiquiátrica mais comum entre adolescentes é o comportamento suicida. Das crianças e adolescentes que recorrem aos serviços de pronto atendimento por motivos psiquiátricos, mais de 75% está acima de 13 anos (predomina o sexo feminino), sendo que 50% envolvem tentativa de suicídio ou alterações do comportamento (Schmitt & Tramontina, 2008).

Em crianças/adolescentes, o comportamento suicida envolve pensamentos sobre provocar intencionalmente danos ou a morte autoinfligidos (ideação suicida) e atos que causem danos (tentativa de suicídio) ou a morte (suicídio) (Pfeffer, 1996).

A tentativa de suicídio (com o intuito claro de morte ou como instrumento de manipulação dos demais) se definiria pela prática de um ato com a crença de ser capaz de se matar, sem sucesso fatal (Friedrich, 1989). Há que se atentar para as menos divulgadas condutas *parasuicidas*,

atos deliberados que mimetizam o suicídio, mas não resultam em desenlace fatal, independentemente da gravidade médica ou intencionalidade psicológica (Kreitman, 1977).

Seria o uso/abuso de substâncias psicoativas uma modalidade de parassuicídio? E o que dizer da gravidez indesejada (e do aborto) entre adolescentes, na maioria das vezes moças com informação suficiente para escolher se querem ou não uma gravidez (Oliveira, 2001)? Não há estatísticas sobre quantos profissionais da Saúde sofreram coerção nos serviços de emergência para suprimir a palavra suicídio de seus relatórios de encaminhamento para procedimentos de autópsia. Seria o suicídio na infância uma “crônica da morte anunciada” (via final de toda uma vida de abusos, psicológico, físico e/ou sexual)?

É fato que o modelo de imitação responde por boa parte dos casos de suicídio e tentativas de suicídio entre adolescentes, a partir de influência midiática. A mídia é o terceiro maior motivador de suicídios, vindo atrás apenas do desemprego e da violência, para todos os grupos de pessoas. Um modelo de estimativa por *pooled regression* mostrou que o aumento de 1% na mídia eleva a taxa de suicídio de indivíduos jovens do sexo masculino (entre 15 e 29 anos) em 5,34%, sugerindo uma espécie de *efeito contágio* nas taxas de suicídio, apoiando (ainda) a hipótese de que a violência seja um dos fatores incentivadores dessas taxas. Quanto mais violenta for a localidade, maior sua respectiva taxa de suicídio. Novamente, são os mais jovens do sexo masculino os mais expostos ao risco de suicídio (Loureiro, Moreira, & Sachsidá, 2013).

Abordagem do Suicídio

O desejo de morte pode variar, mas sofre sempre a influência de pressões e estressores ambientais, 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 (Shaffer & Piacentini, 1994):

- 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.

Apesar de não haver necessariamente um desejo suicida explícito relacionado às mortes de adolescentes, o envolvimento em condutas de risco definem atitudes parassuicidas aliadas a um descaso e uma desvalorização da vida, quer pela concomitância de transtornos do humor (principalmente a depressão e a distímia, não necessariamente diagnosticados), quer pela existência de estressores ambientais associados a uma ausência (objetiva ou subjetiva) de perspectivas de futuro (Souza & Kuczynski, 2012).

Pode-se considerar que a maioria dos casos que se apresentam aos cuidados médicos o fará, pela primeira vez,

num setor de Pronto Atendimento. Neste caso, algumas particularidades do atendimento devem ser consideradas:

- a) raramente o jovem suicida busca auxílio ao tentar se suicidar. É geralmente levado, muito frequentemente por alguém que tem algum tipo de vínculo com o menor, ou, caso tenha se arrependido em meio à tentativa, pode estar muito apavorado (ou confuso, pelas consequências da tentativa) para fornecer informações fidedignas (Press & Khan, 1997);
- b) durante a realização das perguntas, é importante perceber o entendimento do estágio de desenvolvimento do paciente sobre o conceito de morte (gravidade, motivação e grau de consciência da intenção suicida, crenças sobre letalidade dos meios utilizados, intensidade e persistência da ideia suicida, bem como as medidas que o paciente utilizou para a preparação, para assegurar que esta fosse evitada e que um possível resgate fosse efetuado, antes da atual tentativa). A letalidade da situação final pode ou não corresponder à seriedade das intenções do paciente (Apter & King, 2006);
- c) deve-se evitar ativamente atitudes de censura ou julgamentos precipitados, instituindo-se uma abordagem continente e de cuidado (Rotheram-Borus et al., 1996), o que demonstra sensatez e proporciona maior probabilidade de uma evolução satisfatória, tanto quanto à busca de um tratamento psiquiátrico posterior, quanto a uma maior taxa de adesão e menor incidência de tentativas posteriores de suicídio. Uma abordagem pouco produtiva denota, antes de tudo, a dificuldade do profissional em lidar com seus próprios sentimentos frente a uma situação tão limítrofe, agindo por projeção;
- d) manter uma atitude tranquila e empática facilita a coleta de dados, além de ser interessante permitir que o paciente fale com liberdade, pois dados importantes referentes a alterações de ordem psíquica podem surgir deste tipo de relato. O desempenho intelectual do paciente pode ser acessado com este tipo de observação;
- e) condições de segurança da sala em que o paciente for recebido ou será mantido em observação (“à prova de suicídio”). Não dispensar a contenção física e/ou química para garantir a segurança do paciente, até que possa ser removido para um local mais seguro;
- f) todas as informações obtidas pela observação inicial são valiosas. A atenção deve ser redobrada para sinais de instabilidade autonômica ou descompensação clínica;
- g) informações que não surjam do relato espontâneo devem ser obtidas com perguntas claras, emitidas de maneira tranquila, com uma atitude informal, de forma a não incrementar a ansiedade já presente;
- h) pode-se utilizar escalas estruturadas para avaliar a ideia suicida, baseadas em autorrelato, em auxílio aos dados obtidos na entrevista clínica;
- i) 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 substâncias psicoativas; conflitos (pessoais e familiares); traumas (psicológicos, físicos, sexuais etc.); impulsividade;

recursos na comunidade; exposição (a eventos semelhantes, no âmbito familiar ou na mídia).

O Quadro 2 (Pfeffer, 1996) resume os principais tópicos a serem pesquisados na tentativa de avaliar a periculosidade de uma nova tentativa de suicídio. A alta só deve ser processada quando a situação do caso atender aos seguintes critérios:

- 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).

Quadro 2

Parâmetros associados a risco de suicídio entre crianças e adolescentes (Pfeffer, 1994).

Parâmetro	Alto risco	Baixo risco
Previsibilidade	baixa	alta
Circunstâncias do comportamento suicida	só planejado	próximo a alguém menos cuidadosamente planejado
Intenção de morrer	alta	baixa
Psicopatologia	presente e grave	ausente ou leve
Mecanismos de enfrentamento	mau controle dos impulsos grande sensação de desesperança grande sensação de desamparo	bom controle dos impulsos pouca sensação de desesperança pouca sensação de desamparo
Comunicação	pobre ou ambivalente	boa e clara
Suporte familiar	inconsistente	consistente
Estresse ambiental	alto	baixo

Conclusões

Deus não é compatível com as máquinas, a medicina científica e a felicidade universal. Deve-se optar. Nossa civilização escolheu a máquina, a Medicina e a felicidade. Eis porque é preciso guardar esses livros trancados no cofre. Eles são indecentes.

(Huxley, 1932/2001, p. 284)

Apesar de sua ainda esparsa exposição nos meios de comunicação, o suicídio infanto-juvenil apresenta números crescentes em nosso meio e é tema da maior importância, seja como objeto de estudo, seja de intervenção multidisciplinar. Contudo, ainda não há uma estrutura de saúde preparada para atender a esta demanda crescente em serviços de Emergência e de Saúde Mental.

O *bullying* (principalmente o *cyberbullying*, uma de suas variantes cuja prevalência vem crescendo vertiginosamente na atualidade) vem ganhando atenção sem precedentes, correlacionando-se a transtornos mentais, entre eles a ansiedade, a depressão e o suicídio na adolescência. Medidas institucionais e legais deveriam se voltar para esta questão e esforços de prevenção e resposta a este fenômeno deveriam ser instituídos nacionalmente (NASP, 2012).

Muitas vezes, cabe ao profissional questionar, estar presente e disponível, mas também estar preparado para a enxurrada de ansiedades e angústias que povoam essas jovens mentes, que muitas vezes demandam, mais do que tudo, mais do que remédios e internações, uma escuta atenta e sem preconceitos, demandam que a Palavra seja transformada em Ação, que o fantasma que os ronda se torne palpável para enfim suspirarem aliviados e se sentirem protegidos (Souza & Kuczynski, 2012).

Suicide in childhood and adolescence

Abstract: This essay is the transcription of a class given during the II Workshop on Suicide of the Laboratory for the Study of Death, which occurred on May 22, 2013 (Brazil). Its purpose was to address the historical and epidemiological aspects of suicide in childhood and adolescence, and to focus on the approaches suggested for this phenomenon.

Keywords: suicide, childhood, adolescence, death, epidemiology.

Suicide dans l'enfance et l'adolescence

Résumé: Cet essai est la transcription de la classe apprise lors de l'atelier II de suicide pour le Laboratoire sur l'Étude de la Mort, qui a eu lieu le 22 mai 2013 (Brésil). Il se propose d'aborder les aspects historiques et épidémiologiques de suicide chez les enfants et les adolescents, et de se concentrer sur les approches proposées pour ce phénomène.

Mots-clés: suicide, enfance, adolescence, mort, Épidémiologie.

Suicídio en la infancia y la adolescencia

Resumen: Este ensayo es la transcripción de la clase impartida durante el II Taller de Suicidio para el Laboratorio de Estudio de la Muerte, que se produjo el 22 de mayo de 2013 (Brasil). Se propone abordar los aspectos históricos y epidemiológicos de suicidio en la infancia y adolescencia, más allá de centrarse en los enfoques sugeridos para este fenómeno.

Palabras clave: suicidio, infancia, adolescencia, muerte, epidemiología.

Referências

- Amorim, L. C. D. (2008). *O conceito de morte e a Síndrome de Asperger*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Apter, A., & King, R. A. (2006). Management of the depressed, suicidal child or adolescent. *Child & Adolescents Psychiatric Clinics of North American*, 15(4), 999-1013.
- Ariès, P. (2003). *História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias*. Rio de Janeiro, RJ: Ediouro.
- Bteshe, M. (2013). *Experiência, narrativa e práticas infocomunicacionais: sobre o cuidado no comportamento suicida*. Tese de Doutorado, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro.
- Buzan, R., & Weissberg, M. (1992). Suicide: Risk factors and therapeutic considerations in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 10, 335-43.
- Camus, A. (1951/1965). *L'homme révolté. Essais*. Paris: Gallimard.
- Camus, A. (2004). O mito de Sísifo: ensaio sobre o absurdo. Rio de Janeiro, RJ: Record. (Trabalho original publicado em 1942)
- Cullen, D. (1999). Kill Mankind. No one should survive. Recuperado de http://www.salon.com/1999/09/23/journal_2
- Friedrich, S. (1989). *Tentativas de suicídio na infância*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gesell, A., Ilg, F. L., & Ames, L. B. (1971a). *El niño de 5 a 10 años*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Gesell, A., Ilg, F. L., & Ames, L. B. (1971b). *El adolescente de 10 a 16 años*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Goethe, J. W. V. (2004). *Os sofrimentos do jovem Werther*. Porto Alegre, RS: L & PM Editores. (Trabalho original publicado em 1774)
- Gorer, G. (1965). *Death, grief, and mourning in contemporary Britain*. London: The Cresset Press.
- Holanda Ferreira, A. B. (1986). *Novo dicionário da língua portuguesa (2a ed.)*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.
- Huxley, A. (2001). *Admirável mundo novo*. Rio de Janeiro, RJ: Globo Livros. (Trabalho original publicado em 1932)
- Kim, Y. S., & Leventhal, B. (2008). Bullying and suicide: A review. *International Journal of Adolescent Medicine Health*, 20(2), 133-154.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. London: J. Wiley & Sons.
- Loureiro, P. R. A., Moreira, T. B., & Sachsida, A. (2013). Os efeitos da mídia sobre o suicídio: uma análise empírica para os estados brasileiros. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Recuperado de [http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Os Os efeitos da midia sobre o suicídio. Uma análise empírica para os estados brasileiros.pdf](http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Os%20efeitos%20da%20midia%20sobre%20o%20suic%C3%ADdio.%20Uma%20an%C3%A1lise%20emp%C3%ADrica%20para%20os%20estados%20brasileiros.pdf)
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio

- no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Supl. II), S86-S93.
- MacIntire, M. S., & Angle, C. R. (1973). Psych biopsy in self poisoning of children and adolescents. *American Journal of Diseases of Children*, 126, 42-6.
- Maranhão, J. L. S. (1987). *O que é morte* (3a ed.). São Paulo, SP: Melhoramentos.
- Meleiro, A. M. A. S., Mello-Santos, C., & Wang, Y. P. (2007). Suicídio e tentativa de suicídio. In M. R. Louzã Neto & E. Elkis, *Psiquiatria básica* (2a ed., pp. 475-496). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Mello-Santos, C., Bertolote, J. M., & Wang, Y. P. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): Characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 131-134.
- National Association of School Psychologists. (2012). Bullying prevention and intervention in schools [Position statement]. Bethesda, MD: Author. Recuperado de http://www.nasponline.org/about_nasp/positionpapers/BullyingPrevention.pdf
- Oliveira A. (2001). Eles sabem tudo. Será? *Veja Jovens*, 34(38), 24-25.
- Pfeffer, C. R. (1996). Suicidal behavior in children and adolescents: Causes and management. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 666-673). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Pollefeys, P. (2013). Death and the maiden. In *Death in Art*. Recuperado de <http://www.lamortdanslart.com/fille/maiden.htm>
- Portela, G. (19/02/2014). Temos um hiato nas emergências para tratar as crises que levam ao suicídio (entrevistando C. E. Estellita-Lins). Recuperado de <http://www.icict.fiocruz.br/node/1084>
- Press, B. R., & Khan, S. A. (1997). Management of the suicidal child or adolescent in the emergency department. *Current Opinion in Pediatric*, 9(3), 237-241.
- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Van Rossem, R., Graae, F., Cantwell, C., Castro-Blanco, D., Miller, S., & Feldman, J. (1996). Enhancing treatment adherence with a specialized emergency room program for adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 35, 655-663.
- Schmitt, R., & Tramontina, S. (2008). Emergências psiquiátricas em crianças e adolescentes. In J. Quevedo, R. Schmitt & F. Kapczinski, *Emergências Psiquiátricas* (2a ed., pp. 265-267). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Shaffer, D., & Fisher, P. (1981). The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 20, 545-565.
- Shaffer, D., & Piacentini, J. (1994). Suicide and attempted suicide. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (3rd ed., pp. 407-424). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Shneidman, E. S. (1975). Suicide. In A. M. Freeman, H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (2nd ed., pp. 177-185). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Souza, C. M. C., & Kuczynski, E. (2012). Qualidade de vida na infância e na adolescência. In F. B. Assumpção Jr. & E. Kuczynski (Orgs.). *Tratado de Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (2a ed. pp. 763-773). São Paulo, SP: Atheneu.
- Souza, F. (2010). Suicídio: dimensão do problema e o que fazer. *Psiquiatria Hoje* 2(5), 6-8.
- Werlang, B. S. G. (2000). *Proposta de uma entrevista semiestruturada para a autópsia psicológica em casos de suicídio*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Recebido: 06/11/2013

Revisado: 14/11/2013

Aceito: 20/03/2014