

SUICÍDIO INFANTIL: REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO MÉDICO

(2011)

Elisa Pinto Seminotti

Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Brasil, especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)-BR, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - BR. Atuou na área da Saúde Pública, da Educação, e atualmente é parte do Núcleo de Apoio Psicopedagógico e professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)-BR.

E-mail:

elisaseminotti@hotmail.com

RESUMO

O suicídio na infância e na adolescência é um sério e crescente problema, que tem se constituído como uma questão de saúde pública. Mesmo que a sociedade não disponha de espaço para tal discussão - carregada de tabus, medos, crenças religiosas e pessoais -, as crianças também fazem parte do contingente de tentadores de suicídio e suicidas no país e no mundo. O suicídio, em todas as faixas etárias, está entre as dez principais causas de morte no mundo, sendo a terceira causa mais comum de morte em jovens com idades entre 15 e 34 anos, e a quinta mais comum em crianças de idade escolar. O suicídio é considerado uma tragédia familiar e pessoal, que causa sofrimento naqueles envolvidos com a vítima. Considerando a dificuldade que existe para diferenciar ideações suicidas, tentativas e suicídio completo entre crianças, principalmente pequenas, a intervenção clínica para apoiar e tratar crianças em risco é difícil, mas de vital importância, principalmente quando visamos à prevenção do ato suicida. Dessa forma, o médico, como profissional próximo à criança e à família, porto seguro destas quando algo vai mal, tem o papel fundamental de ser um profissional capacitado para lidar com os temas da morte e da morte produzida, compreendendo este processo e disponibilizando sua atenção especial para casos de tentativa ou de risco de suicídio. O cuidado do médico vem como uma estratégia para tentar evitar que o desfecho trágico ocorra, e para auxiliar a família a reduzir o sofrimento que abate a criança suicida.

Palavras-chave: Suicídio, criança, medicina

Diferente do que a maioria dos adultos pensa, a etapa da infância pode ser muito difícil de ser ultrapassada; tensões e angústias emergentes do âmbito familiar, escolar e social sensibilizam a criança de maneira progressiva, podendo fazer com que estas assumam parte da responsabilidade dos conflitos vivenciados. Atitude pouco difundida entre a sociedade contemporânea é a de considerar que a criança é uma pessoa autêntica, sincera em seus atos e que pode, assim como os adultos, encontrar a frustração e desesperança já no início de sua existência. Da mesma forma, são capazes de compreender as situações de estresse que a cercam, e sofrer tão desesperadamente, que acabam cogitando tirar suas curtas vidas para não mais encarar os problemas. Quando invadida por uma extrema infelicidade, a tentativa de suicídio aparece como a única solução para a criança, principalmente quando não encontra o apoio afetivo e real necessário. Na maioria dos casos de tentativa de suicídio em uma criança, a família nega e acaba mascarando o acontecimento, e, além da família, os profissionais da saúde também encobrem o fato, seja por falta de conhecimento, por negação ou por medo das conseqüências de sua afirmação quanto à causa de morte. Para lidar com a temática do suicídio infantil, precisamos ter sensibilidade suficiente para perceber o pedido de socorro implícito nos comportamentos autodestrutivos, e tentar, ainda em tempo, auxiliar a resolução de conflitos, tanto para evitar o ato suicida, como para minimizar dificuldades que podem persistir durante toda vida.

Sabe-se hoje que a freqüência de suicídio em crianças menores de 14 anos é muitas vezes maior do que realmente é divulgado - muitos acidentes sofridos por crianças que terminam em morte acredita-se ser, na verdade, tentativas de suicídio disfarçadas. O que acaba dificultando a identificação de tentativas de suicídio é o conceito de que lesões auto-induzidas em crianças são na verdade acidentes (Pedroso et al, 1986).

Considerando o conhecimento técnico que hoje se tem sobre suicídio, sabe-se que o ato suicida está referido dentro de um processo contínuo, no qual estão inseridos a ideação suicida, seguida da ameaça, tentativa suicida e suicídio consumado (Fish, 2000). Muitas vezes, no momento em que são feitas as estatísticas sobre o suicídio infantil, os acidentes não são suficientemente investigados e considerados como tentativas planejadas de suicídio, o que gera dados que não correspondem à realidade. Devido à aceitação social de uma idade mínima para que a criança tenha um comportamento que possa levá-la a cometer o ato suicida conscientemente, os comportamentos autodestrutivos em crianças de pouca idade tornam-se de difícil visualização na hora de ser identificado pela família e profissionais de saúde. Porém, o conhecimento por parte das pessoas que lidam com crianças de que a ideação e o ato suicida em crianças de fato é real, é o que garante que se possa fazer um olhar especial para determinados casos de comportamento suicida, possibilitando o acesso à problemática da criança e a prevenção do ato suicida consumado.

Se considerarmos que a prevenção do suicídio infantil se faz com um olhar para atitudes e comportamentos autodestrutivos, o papel dos profissionais de saúde nesse processo é vital. Aqui

especialmente o médico, seja qual for sua especialidade, tem acesso às circunstâncias da vida da criança, que poucos têm. Esteja ele no hospital ou na clínica, é a ele que se recorre quando algo vai mal. A apreensão dos pais quanto aos seus filhos quando algo “anormal” ocorre, leva-os sempre a buscar apoio profissional e afetivo nestes profissionais. É a atenção à criança, sabendo que nem tudo é acidental, é que possibilita ao médico identificar aspectos suicidas no comportamento infantil, gerando o apoio necessário para esta e para os familiares, que, em conjunto com o profissional, podem evitar o desfecho final do suicídio.

COMO ASSIM, SUICÍDIO INFANTIL?

O suicídio na infância e na adolescência é um problema sério e que vem crescendo nos últimos anos, suscitando uma questão de saúde pública. É de tal relevância a problemática, que o Ministério da Saúde do Brasil (MS), em 2005 (Brasil, 2005), criou um grupo de trabalho composto por representantes de secretarias do MS, para elaborar uma Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, por meio da Coordenação de Saúde Mental, por recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). As estratégias visam reduzir as taxas de suicídio e mesmo a tentativa dele, através da promoção da qualidade de vida, protegendo e recuperando a saúde e prevenindo danos. Após a criação deste grupo de trabalho, o MS avançou publicando as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006).

Infelizmente, as crianças também fazem parte do contingente de tentadores de suicídio e suicidas no país e no mundo, mesmo que o tema ainda seja pouco estudado e discutido, devido a tabus, crenças errôneas e negação da realidade. Porém, quando se trata de dados epidemiológicos, segundo dados de 2002 da OMS, o suicídio está entre as dez principais causas de morte no mundo, em todas as faixas etárias. Em jovens com idades entre 15 e 34 anos, é a terceira causa mais comum de morte, e a quinta mais comum em crianças de idade escolar (OMS, 2002).

O suicídio é considerado uma tragédia familiar e pessoal, causando sofrimento naqueles envolvidos com a vítima. As causas que explicariam o porquê do desejo de uma pessoa querer tirar a própria vida, enquanto outras na mesma situação não agiriam desta forma, são ainda difíceis de compreender. As tentativas de suicídio entre crianças e adolescentes são também comuns; porém, os pesquisadores têm dificuldade de diferenciar seguramente ideações suicidas, tentativas de suicídio e suicídio consumado, tornando a intervenção clínica para apoiar e tratar crianças em risco muito mais difícil. Devido a essa dificuldade para fazer diferenciações, as preocupações expressadas pelos pais, profissionais de saúde, professores e crianças sobre suicídio ou tentativas de suicídio de seus amigos ou estudantes devem ser sempre consideradas e avaliadas (Goldman & Beardslee, 1999).

Rosenthal e Rosenthal (1993) afirmam que muitos clínicos descreveram o comportamento suicida em crianças com idades abaixo de 5 ou 6 anos; isso significa que os suicídios incompletos (que não alcançaram o objetivo da morte) possivelmente são apenas uma fração dos casos de suicídio que foram erroneamente diagnosticados como mortes acidentais.

Os mesmos autores explicam que é difícil conseguir dados na literatura sobre suicídio infantil em crianças com idades abaixo de 5 anos, devido à existência de um ceticismo profissional de que esse grupo seja capaz de ter este tipo de comportamento, além da dificuldade de encontrar dados de casos clínicos. Assim, as estatísticas de suicídio infantil são subestimadas. Relatam os pesquisadores (Rosenthal & Rosenthal, 1993), em 1993, o caso de um médico que admitiu publicamente que não registra suicídio infantil como causa da morte de qualquer criança, independente da idade, com o intuito de não estigmatizar os pais - mesmo que a criança deixe um bilhete suicida.

Pesquisas relatadas por Pedroso et al (1986) exploraram e documentaram cinco mitos comuns que cercam as crianças suicidas. Dois destes mitos são que crianças menores de 6 anos não cometem suicídio e que o suicídio em crianças com mais de 6 anos é extremamente raro. Não obstante, as estatísticas vêm demonstrando o contrário. O número de casos aumentou significativamente nos últimos anos e vem se tornando a mais comum das emergências psiquiátricas infantis. Um estudo feito por Schwartz e Schwartz em 1993, citado por Fish (2000), com 505 crianças hospitalizadas por tentativa de suicídio, mostrou que 75 destas tinham entre 6 e 10 anos de idade. Esse dado deixa evidente o potencial para o comportamento suicida entre crianças.

O terceiro mito é que crianças não cometem suicídio porque não entendem que a morte é permanente. Rosenthal e Rosenthal (1993) trabalharam com crianças suicidas de 2 a 3 anos de idade, e argumentam que o comportamento suicida pode ser observado em qualquer idade do desenvolvimento. Um estudo com 34 crianças desafia o quarto mito – as crianças não sentem desejo de morrer - e demonstra que crianças podem experimentar tanta dor a ponto de desejar morrer. Solidão, medo de rejeição e ameaças de violência são tão significativas para uma criança de 4 anos como para um adulto, colocam Paulson, Stone e Sposto (1974). Por último, enquanto o suicídio é um problema que aponta para várias direções, as pesquisas vêm demonstrando que a depressão está intimamente relacionada com o comportamento suicida. Apesar da maioria dos estudos abordarem a depressão na adolescência, as estatísticas mostram que crianças pequenas também sofrem com este transtorno (Fish, 2000).

Faz-se muito claro que o ato suicida é o resultado de um complexo conjunto de comportamentos e que muitos dos fatores que levam ao comportamento suicida são muito difíceis de acessar, particularmente porque a maioria das vezes eles só podem ser estudados retrospectivamente - os estudos sobre o tema revelam que crianças suicidas não constituem um grupo diagnóstico distinto.

Os estados de extrema desesperança e incapacidade que precedem o ato suicida são precipitados por um fator desencadeante estressante, facilmente notável. O estresse é um fator significativo dentro de qualquer perspectiva de entender o ato suicida, pois as crianças com ideação suicida demonstram uma inabilidade de lidar com seu estresse, levando-a ao comportamento autodestrutivo. O desenvolvimento ou não do comportamento suicida depende da percepção individual do estressor para cada criança, por isso é preciso ter cuidado ao avaliar o estressor, podendo alguns ser considerados pequenos desde uma visão objetiva, mas importantes para o indivíduo que a vive (Goldman & Beardslee, 1999).

Crianças menores lidam com o estresse de duas maneiras características diferentes: ou elas tomam alguma atitude imediata ou procuram pela ajuda e preocupação adulta, sendo esta busca geralmente aceita e bem-vinda. A partir desta perspectiva, é natural pensar que o estressor mais frequentemente associado ao comportamento suicida em crianças em idade escolar é precedido de abandono ou perdas significativas, devidamente acompanhado de falta de apoio de outras pessoas ou familiares.

O relato de Taylor e Stansfeld (1984) sobre crianças que se suicidaram por envenenamento inclui possíveis causas que as podem ter levado a cometer o ato de suicídio. Estas seriam reação à perda de um membro da família ou o aniversário da morte; transtornos cognitivos; perda do amor dos pais; papéis trocados entre pais e filhos; expectativas e controle parental extremos; e anormalidades na comunicação entre membros da família. Estas podem ser encaradas como uma negação de problemas emocionais ou o desejo inconsciente dos pais de que a criança morra.

Os sinais de suicídio em crianças mais jovens são mais dificilmente percebidos, pois os métodos por elas utilizados são entendidos mais como acidentes do que como tentativas de suicídio. Isto se deve ao contraste destes métodos com os métodos utilizados por adultos. Alguns dos métodos relatados mais utilizados pelas crianças nas tentativas de suicídio são: correr em direção a veículos, pular de alturas, enforcar-se e brincar temerariamente com fogo ou explosivos. As crianças mais maduras organizam e planejam melhor suas tentativas. Por isso é mais freqüente a super dose de medicamentos e outras ingestões químicas. Provocar acidentes ou fraturas também é bastante encontrado (Rosenthal & Rosenthal, 1993).

Em um estudo que entrevistou 65 crianças entre 6 e 12 anos, viu-se que as crianças nunca haviam conversado sobre suicídio com nenhum adulto. Elas contam que aprenderam o conceito conversando com outras crianças ou escutando as conversas dos adultos. Uma das perguntas era sobre os métodos de cometer suicídio: das 65 crianças, 38 mencionaram o uso de faca; 22 pular de altura; 20 usar arma de fogo; 16 envenenar-se; 8 lançar-se na frente de um carro intencionalmente; 6 afogar-se; 4 enforcar-se; 3 atear-se fogo e 1 mencionou bater a cabeça contra a parede. Destas crianças entrevistadas, 9 (13,8%) comentaram que já haviam considerado a possibilidade de matar-se (Fensterseifer & Werlang, 2003).

A CRIANÇA E A MORTE

Os estudos que hoje podemos ter acesso sobre suicídio, apesar de escassos, vão de encontro de muitas teorias sobre o entendimento da morte na infância. Torres (2002) esclarece que as investigações sobre a compreensão da morte pela criança se iniciaram com os trabalhos pioneiros de Schilder e Wechsler em 1934 e de Nagy em 1959. Esta linha de estudos começou a ampliar-se a partir da década de 60, intensificando-se nas décadas de 70 e 80. Nagy expôs que as crianças menores frequentemente pensam no fenômeno da morte como algo reversível, e não acreditam que ela seja inevitável. A maioria dos estudos referentes à idade, refere que a aquisição dos componentes de irreversibilidade, não-funcionalidade e universalidade situam-se em torno dos 7 anos. Como compreender então que existam relatos sobre a morte auto-infligida em crianças menores de 7 anos?

As evidências atuais mostram que as experiências de cada criança com a morte, assim como aquilo que lhes é dito sobre isso é crucial para a compreensão que ela tem sobre a morte. O amadurecimento precoce do conceito de morte se dá a partir de algumas experiências vivenciadas pela criança. Crianças que sofrem de doenças terminais desenvolvem um conceito de morte mais maduro mesmo com pouca idade (Mishara, 1999). Jay et al. encontraram, em pesquisa com crianças de 3 a 6 anos, que elas estavam conscientes dos conceitos de morte pessoal, irreversibilidade e da universalidade da morte (Fensterseifer & Werlang, 2003). Kane fez um estudo com 52 crianças e descobriu que o conceito de morte tende a ser mais maduro quando as crianças experimentaram uma morte na família nuclear, e Koocher sugere que a maturidade desse conceito, de acordo com o esquema de Piaget, está melhor relacionado com os níveis cognitivos de desenvolvimento do que com a idade cronológica. Da mesma forma, existem linhas que postulam que as crianças suicidas têm conceitos de morte “distorcidos” ou “imaturados”, tal como a reversibilidade da morte, que se acredita possa contribuir para o comportamento suicida (Torres, 2002).

Em um estudo realizado por Normand e Mishara em que foram entrevistadas 60 crianças com idades entre 5 e 11 anos, foi observado que desde cedo as crianças já tinham um entendimento minucioso sobre suicídio. Aproximadamente aos 8 e 9 anos, as crianças já conseguem elaborar o conceito de suicídio, embora seus conceitos de vida e morte ainda sejam um pouco imaturos. As mais jovens conseguiram responder todo o questionário, formulado pelos autores da pesquisa, trocando a palavra suicídio por “se matar”. O desenvolvimento do conceito de suicídio está diretamente relacionado com o conceito de morte para a criança. Mishara (1999) concluiu que é ingênuo achar que as crianças não entendem o suicídio, pois a maioria delas mencionou que as pessoas têm o direito de se matar, mesmo reconhecendo que o suicídio é algo que não se deve fazer.

O MÉDICO, A MORTE E O SUICÍDIO INFANTIL

Afrontar a morte é um processo difícil e que tortura os homens desde as mais remotas civilizações. A expressão “morte” frequentemente associa-se a sentimentos de dor, sofrimento, separação e perda. Dentre as ciências existentes, a medicina é a que mais diretamente se enfrenta com a problemática da morte e sua inevitabilidade. O médico, diante deste desafio, habitualmente mostra reações de medo, ansiedade e se sente inclusive ameaçado quanto à sua própria vida. Atualmente se encontram muitos estudos sobre o afrontamento da morte pelo médico sem, porém, explorar de onde surgem as dificuldades, ou como o médico (não) é preparado para tal (Vianna & Piccelli, 1998). Chaunu coloca uma afirmação interessante quanto aos estudos da morte:

Ocorre-nos algo realmente curioso: havíamos esquecido que temos que morrer. É a conclusão que chegaram os historiadores depois de terem examinado a totalidade das fontes escritas da nossa época. Uma investigação realizada em cerca de 100 mil livros de ensaio publicados nos últimos 20 anos mostraria que só duzentos (0,2%) afrontavam o tema da morte. Livros de medicina incluídos (Junior, Rolim & Morrone, 2005, p.11).

O morrer hoje em dia, principalmente para estes profissionais, não é mais um encerramento de uma vida corporal, o término de um ciclo; morrer é algo trivial, um fracasso, um erro.

O médico, formado para salvar vidas, nega a morte de seu paciente. Sua indignação ante seus limites o torna culpado no processo do morrer. A barganha o leva à busca de novas opções terapêuticas, que poderão somente prolongar o sofrimento do enfermo. Sua depressão ante a constatação da irreversibilidade da morte e de sua própria impotência o faz avaliar a morte como fracasso, e não parte natural da vida. O erro médico passa a ser temido e o profissional se deixa vencer pela tecnologia, esquecendo-se de avaliar o lado humano do problema (Moritz, 2005, p.52).

Estas condutas são iniciadas e estimuladas dentro da própria Faculdade de Medicina pelos professores, que afirmam que o distanciamento clínico é o preço da objetividade. Assim, os estudantes aprendem as técnicas mais sofisticadas, que talvez nunca utilizem, mas não aprendem sequer a comunicar-se com os pacientes.

Os estudantes de medicina iniciam seus estudos com uma grande motivação, empatia e amor pelos pacientes. Todavia, enquanto recebem os conhecimentos técnicos necessários para sua futura profissão, passam também a receber estímulos para um distanciamento profissional e emocional, pois a manifestação de seus sentimentos é considerada como algo que “confunde as idéias” (Seminotti, 2001).

A maioria dos currículos de formação médica não aborda o tema do enfrentamento da morte adequadamente, enfatizando a aquisição de habilidades e conhecimentos técnicos, mas não de atitudes, acarretando a falta de desenvolvimento de todas as competências necessárias para o trabalho dos futuros médicos. Em entrevista realizada por Hoffman com um profissional médico, fica evidente esta concepção: - *Lugar da morte no curso médico? Nenhum, mas nenhum mesmo. Nunca se fala nada. Morreu, empacotou, e acabou* (Hoffmann, 1993). A pouca experiência em assistir pacientes em processo de morte durante a formação constitui a impossibilidade de dar-se o entendimento da complicada estrutura psicológica de seus pacientes e de si mesmos.

Eizirik, Polanczyk e Eizirik (2000) colocam como é difícil para os médicos e estudantes de medicina lidar com repetidas cenas de dor, angústia, sofrimento e tristeza no cotidiano do seu trabalho. Assistir pessoas e suas famílias em seu processo de morte, principalmente quando já não há nada para se fazer, gera um sentimento de muita dor, pois remete o profissional à sua condição humana, que vive uma vida que também se encaminha para a morte, assim como as pessoas que ama.

Quando se trata de crianças com doenças terminais, ou no caso aqui, que tentaram ou conseguiram o suicídio, o estresse emocional é imenso sobre aqueles que as atendem, sejam pais, parentes, equipe hospitalar, ou médicos. Assim sendo, a morte de uma criança frequentemente é uma experiência emocional mais intensa do que a morte de um adulto (Moritz, 2005).

Na contemporaneidade, o sentido que se dá à vida do homem – um homem que produz e consome – se reflete na concepção social de que a morte de uma criança é vida frustrada, uma vida desprovida de sentido. Dessa forma, é difícil para a maioria de nós assumirmos a morte de crianças, e assumir que no curto período de existência que têm, passam por experiências muito mais profundas, com sentimentos reais e, em alguns casos, extremamente dolorosos. A criança suicida estaria provocando a própria frustração no seu *sentido* da vida. Esta idéia encontra-se desenvolvida na seguinte fala de um entrevistado: - *Quando se pensa em morte na infância, se pensa em morte precoce, porque a idade de morrer é a idade da velhice. A criança nasce e se desenvolve para chegar à idade adulta. O adulto é o objetivo de tudo. Então ele realiza as coisas que tem de realizar, fica velho e morre. Assim sendo, em nossa concepção, a morte da criança é realmente prematura, e por isso somos pediatras, para evitar esta morte precoce. Tal visão está por trás de uma ideologia de que a infância é uma idade passageira, que o objetivo da criança é ser adulto, quando na verdade, seu objetivo deveria apenas ser criança e viver intensamente o sentido de ser criança* (Hoffman, 1993).

Diante do exposto, torna-se clara a necessidade de compreender que não é assim que se dá a infância; por muito que seu objetivo seja ser somente criança, e viver intensamente, com alegria e despreocupação, seu entorno familiar e social, assim como suas próprias características como pessoa, a levam a sentir vontade de morrer, de afastar-se dos problemas, com total compreensão do que isso significa.

O apoio incondicional dos profissionais médicos, e conseqüente possível prevenção do suicídio infantil estão condicionados ao olhar atento, à comunicação com a criança e com a família, e com a capacidade de entender que este processo, por muito doloroso que seja, existe e é passível de ser prevenido. Para tal é essencial a consciência do médico de que deve saber falar com seus pacientes e, em determinadas situações, saber calar para poder escutar - um homem que sabe escutar pode ouvir inclusive coisas que ainda não foram ditas (Seminotti, 2001).

A família da criança tem um papel definitivo para que o médico identifique ideação ou tentativa suicida. A comunicação e observação da dinâmica familiar possibilitam a compreensão das dificuldades que a criança está passando, e facilita a criação de uma rede de apoio quando se sensibiliza a família para o que está acontecendo.

Em caso de “acidentes” que caracterizam tentativas suicidas, a família pode não compreender a gravidade do ato por uma negação, ou interpretá-lo raivosamente como exibição, ou “querer aparecer”. Pode existir também um desejo, consciente subjacente, ou inconsciente, de morte em relação à criança. Neste caso, a família pode não manifestar qualquer resposta ao conflito. A negação da família em relação ao ato suicida da criança pode continuar até mesmo quando já estão sendo feitos procedimentos para a identificação da causa de morte. Isto é reforçado pela conduta dos médicos, que na maioria das vezes certificam a morte como acidental. Somente durante uma profunda crise emocional, alguns familiares começam a identificar algumas condutas que a criança tinha e suas próprias interações destrutivas. Outras continuam negando seu papel neste contexto (Rosenthal & Rosenthal, 1993).

Em pesquisa realizada com crianças que tinham atentado suicídio, mostra-se que estas viam sua família como menos coesa, com grandes conflitos e menos controlada do que as crianças não suicidas. Elas também sentiam que a situação familiar era insuportável e estressante. Os estudiosos relatam que a percepção da família por essas crianças foi a maior preditora de comportamento suicida dentro da amostra (Rosenthal & Rosenthal, 1993).

Rosenthal e Rosenthal (1984) indicaram características especiais dos pais das crianças suicidas. Os pais se mostraram abusivos, negligentes, pouco afetuosos com os filhos. Estes admitiram que a gravidez não foi desejada, que desejavam não ter tido filhos, que sempre se sentem infelizes pela existência da criança. Na pesquisa realizada por Shafii, Carrigan, Whittinghill e Derrick (1985), também foram encontradas diferenças significativas entre os pais de crianças que haviam cometido suicídio e os do grupo de controle, tais como presença de tentativa, ideação ou ameaça suicida por parte dos pais, problemas emocionais e abusos físicos ou emocionais. Os autores acreditam que a exposição ao suicídio ou comportamento suicida dos pais pode ser um fator significativo de influência sobre uma criança vulnerável para cometer suicídio.

DEVEMOS FICAR ATENTOS...

As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio do MS (Brasil, 2006) estabelecem como uma das prioridades: “promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização”.

O pediatra ou o médico clínico é o profissional que se encontra em uma posição favorável para desenvolver um trabalho preventivo com crianças suicidas, já que ele tem um contato muito próximo com a criança e com a família. Na maior parte das vezes, a criança chega primeiro aos seus cuidados, principalmente depois de um acidente/tentativa. Sendo assim, este profissional deve estar atento às crianças com ideação suicida.

A avaliação de crianças e adolescentes com tentativas de suicídio pode começar com seus pais ou responsáveis, através dos quais se podem obter o histórico clínico da criança ou adolescente e seus familiares, que é completada com informações vindas de outras fontes, como por exemplo, a escola. Deve-se também avaliar a presença de transtornos depressivos, outros transtornos psiquiátricos associados, o planejamento, o método utilizado e a gravidade da tentativa, os estressores psicossociais recentes e funcionamento social.

Pela observação das brincadeiras das crianças o profissional pode recolher informações sobre as experiências e eventos penosos, que a criança não consegue expressar verbalmente. Inclusive, as crianças com comportamentos potencialmente suicidas têm certa facilidade em expressar sua ideação suicida e mostrar esse comportamento em jogos, mais do que expressar com palavras. Se a criança estiver falando ou dando sinais claros de suicídio, ela e a família devem passar por uma avaliação psicológica (Reis & Figueira, 2001).

Algumas medicações podem ser utilizadas em crianças mais velhas que demonstram intensos sintomas depressivos, mas elas não tem sido de grande ajuda no tratamento dessas crianças. O que mais tem tido efeito são sessões de psicoterapia, onde o profissional disponibiliza toda a atenção para os problemas pessoais e medos da criança, aumentando assim sua auto-estima. Se existe muita ansiedade, podem ser usados psicotrópicos. Um pequeno período de hospitalização ajuda a criança e o próprio médico em uma avaliação mais detalhada para encontrar o foco do problema (Pedroso et al, 1986).

CONSIDERAÇÕES

As conclusões a que chegaram Junior, Rolim e Morrone, em 2005, e Vianna e Piccelli em 1998, através de suas entrevistas com médicos, estudantes de medicina e familiares de pessoas que faleceram sob os cuidados de médicos entrevistados, nos mostram um quadro que ilustra o já discutido até aqui. Vianna e Piccelli asseveram que a discussão formal sobre a morte e o morrer nos cursos de medicina diminuiriam a dificuldade dos profissionais em lidar com este processo com seus pacientes; porém poucas escolas hoje oferecem este espaço no seu currículo. Eles observaram que, quanto mais contato com a experiência clínica os estudantes tiveram, melhor foi o seu contato com os pacientes terminais, influenciando de maneira positiva a maneira de encarar o assunto e melhorar a relação médico-paciente.

Junior, Rolim e Morrone colocam que alguns profissionais demonstram atitudes disfuncionais quando se trata da morte, que podem ser reforçadas durante seu treinamento médico: “quando o treinamento focaliza-se quase que inteiramente no controle e erradicação da doença, à custa do atendimento e conforto da pessoa portadora da enfermidade, a morte transforma-se em inimiga a ser enfrentada. Em outras palavras, a morte pode equacionar-se com fracasso e pode, assim, refletir a inadequação e limitações do médico” (2005, p. 15).

Com relação à como conversarem e relacionarem-se com familiares dos pacientes, quando se perguntava sobre a formação, os médicos entrevistados afirmaram só aprender a lidar com a morte e a relação com os familiares durante a residência médica, com falas como: “A formação não existe”, “só começa na residência”, “o R1 é jogado contra a situação e sofre muito com isso”.

Junior, Rolim e Morrone (2005) citam Kaplan, que coloca que o médico exerce um papel muito importante quando se trata da família dos pacientes que atendem. Poder abrir espaço para conversa e informação adequada facilita muito o processo de morte e morrer, favorecendo que a pessoa interaja com outros que compartilhem e empatizem com seus sentimentos.

Na abordagem do suicídio infantil, o profissional lida com a morte e morrer, e também com o suicídio, que se encaixa em outra estrutura; pois se pensamos na morte como um processo natural, que nos chega a todos, temos que considerar o suicídio como um processo “não-natural” de morrer. Se o enfrentamento da morte já é intenso e doloroso para o médico, a morte infantil o é ainda mais. Quando relacionado ao suicídio, dobra sua dificuldade refletido principalmente no fato de que este é um tema pouco discutido e cheio de tabus e crenças pessoais e religiosas. O médico, criado para ser um profundo conhecedor dos mistérios da morte, não é moldado para dotá-los de significado, de dor, de experiências humanas, de empatia. Reconhecer e verbalizar a possibilidade de que uma criança – inocente e alegre – possa estar em tal sofrimento que deseje não viver mais, e ainda dever compartilhar a informação com os familiares, despende muita coragem e vem cheia de preconceitos e dúvidas.

Para que o cuidado e a prevenção do suicídio, em todas as idades, possa ser feita, a educação para a morte e suicídio deve fazer parte da cultura médica desde o início do treinamento, percorrendo toda sua prática. Os médicos são pessoas que convivem com as dificuldades que todos temos de lidar com o fim da vida, pois o despreparo para lidar com tal antecede a própria formação, iniciando-se já na nossa infância e no silêncio. Apesar disso, e de todos os estudos sobre esse “enfrentamento”, as escolas médicas não se manifestam sobre a necessidade de discussão do tema. *“Os conhecimentos que não temos hoje alcançaremos mais cedo ou mais tarde e seremos capazes, enfim, de deter a morte. E falar sobre a morte coloca tudo isso em questão. Mas é muito importante abrir este espaço, pois a morte causa muito sofrimento, principalmente se a gente não pode falar dele”* (Hoffman, 1993).

A educação médica ensina a lidar com a morte, desafiando o estudante a utilizar princípios científicos e tecnologia avançada, promovendo a crença de que, com tais princípios corretamente aplicados, será possível preveni-la. Por isso este desafio se faz maior – com a criança suicida, não se faz uso de tecnologias e procedimentos de alto custo; se faz uso do recurso de mais alta tecnologia que hoje temos, que é o da escuta, da fala, da relação e da compreensão, que em última instância, é o recurso do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2.542/GM de 22 de dezembro de 2005. Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio.

_____. Portaria Nº 1.876/GM de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.

Eizirik, C.L, Polanczyk, G.V. & Eizirik, M. (2000) O médico, o estudante de medicina e a morte. *Revista AMRIGS. Porto Alegre*, 44 (1,2), 50-5.

Fensterseifer, L. & Werlang, B.S.G. (2003) Suicídio na infância: será a perda da inocência? *Psicologia Argumento, Curitiba*, 21 (35), 39-46.

Fish, K.B. (2000) Suicide Awareness at the Elementary School Level. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 7 (38), 20-26.

Goldman, S. & Beardslee, W. (1999) Suicide in Children and Adolescents. In Jacobs. D.G., *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assesment and Intervention*. San Francisco: Jossey-bass Publisher.

Hoffmann, L. A Morte na Infância e sua Representação para o Médico - Reflexões sobre a Prática Pediátrica em Diferentes Contextos. (1993) *Cad. Saúde Públ*, 9 (3), 364-74.

Junior, A.S., Rolim, L.C. & Morrone, L.C. (2005) O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. *Rev Assoc Med Bras*, 51 (1), 11-6.

Mishara, B.L. (1999) Conceptions of Death and Suicide in Children ages 6-12 and their Implications for Suicide Prevention. *Suicide and Life- threatening Behavior*, 2 (29), 105-118.

Moritz, R.D. (2005) *Os profissionais de saúde diante da morte e o morrer*. Bioética, 13(2).

OMS. MORTALITY AND HEALTH STATUS. Causes of death – 2002. Recuperado em: <http://www.who.int/research/es/>.

Paulson, M.J., Stone, D. & Sposto R.M.A. (1978) Suicide Potential and Behavior in Children Ages 4 to 12. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 8(4), 225-242.

Pedroso, D. et al. (1986) Suicídio na Infância? *Revista da Amrigs*, 4 (30), 289-293.

Reis, R.L.R. & Figueira, I.L.V. (2001) Transtorno Depressivo e Suicídio na Infância e Adolescência. *Pediatria Moderna*, 6(37), 212-224.

Rosenthal, P.A. & Rosenthal, S. (1993) Suicide among Preschoolers: Fact or Fallacy? *Children Today* 6 (12), 21-24.

_____. (1984) Suicidal Behavior by Preschool Children. *American Journal of Psychiatry*, 4(141): 520-525.

Seminotti, R.P. (2001) La relación médico paciente. El afrontamiento del paciente terminal: el médico pediatra. (Tese de Doutorado, Universidade Autônoma de Madri, 2001).

Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J.R. & Derrick, A. (1985) Psychological Autopsy of Completed Suicide in Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 9(142), 1061-1064.

Taylor, E.A. & Stansfeld, S.A. (1984) Children who Poison Themselves- I. Clinical Comparison with Psychiatric Controls. *British Journal of Psychiatry*. 145, 127-132.

Torres, W.C. (2002) O Conceito de Morte em Crianças Portadoras de Doenças Crônicas. *Psic.: Teor. e Pesq., Brasília*, 18 (2), 221-9.

Vianna, A. & Piccelli, H. (1998) O estudante, o médico, o professor e a morte. *Rev Ass Med Brasil*, 44 (1), 21-7.