

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS POR COMPORTAMENTO SUICIDA EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA EM PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DE BELO HORIZONTE

Clinical-epidemiologic profile of suicidal behavior at a Psychiatric Emergency Service of Infant and Adolescent in Belo Horizonte

Julia Passini Vaz-Tostes¹, Maria Carolina Lobato Machado^{1,2}, Luciana Rodrigues da Cunha^{1,2}, Amanda Carvalho Mitre Chaves¹, Ana Luisa Souto Gandra¹, Ana Maria Fidelis Silva Campos¹

RESUMO

INTRODUÇÃO: Saúde mental é um tema bastante discutido pelo seu papel no bem-estar do indivíduo. A elevada prevalência de transtornos mentais que levam à ideação ou tentativa de autoextermínio (TAE) evidencia a demanda por informação e discussão sobre o tema, de forma a ampliar medidas de auxílio aos pacientes. Nesse cenário, constata-se que pesquisas nessa área são de grande relevância. **OBJETIVO:** Avaliar a prevalência de pacientes que são atendidos por comportamento suicida no Serviço de Urgência de Psiquiatria do Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI) e analisar o perfil epidemiológico destes pacientes. **MÉTODO:** Estudo transversal, baseado na análise de prontuários de pacientes atendidos no período de junho de 2017 a maio de 2018. **RESULTADOS:** O estudo foi realizado a partir de dados de prontuários de 2319 atendimentos de pacientes de até 20 anos e idade média de 12,98 anos \pm 3,80. Observou-se uma taxa de 15,5% atendimentos por TAE e 22,7% por ideação suicida. Nos atendimentos por TAE, 66,7% apresentavam ideação/TAE prévia e 79% apresentaram história familiar de transtorno psiquiátrico. O meio mais utilizado em TAE no sexo masculino foi enforcamento (42,6%) e no feminino, intoxicação medicamentosa (69%). **CONCLUSÃO:** TAE configura-se um importante problema de saúde pública em crianças e adolescentes e está associada a diversos aspectos psicossociais. Portanto, a atenção ao perfil clínico-epidemiológico dos pacientes é primordial para a identificação precoce de casos de transtornos mentais e ideação suicida visando um tratamento adequado, bem como outras medidas para mitigar as taxas de autoextermínio.

Palavras-chave: Suicídio; Ideação suicida; Saúde mental.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Mental health is a well-discussed theme for its role in well-being. The high prevalence of mental disorders that lead to the ideation or attempt of self-extermination (ASE) indicates the need of more information and discussion about the subject. In this scenario, researches in this area are of great relevance. **OBJECTIVE:** To evaluate the prevalence of suicidal behavior patients in the Psychiatric Emergency Service of Infant and Adolescent (CEPAI) and their epidemiological profile. **METHODS:** A cross-sectional study based on the analysis of the medical records of patients treated from June 2017 to May 2018. **RESULTS:** The study was built using data from 2319 medical records from patients up to 20 years old and average age of 12.98 years \pm 3.80. A rate of 15.5% was observed for ASE and 22.7% for suicidal ideation. In the ASE medical care, 66.7% of the patients presented with previous ASE or suicidal ideation and 79% of them had family history of psychiatric disorder. The most common ASE instrument used was hanging for male patients (42.6%) and drug intoxication (69%) for the female patients. **CONCLUSION:** ASE is an important health problem for children and adolescents and is associated to several psychosocial problems. Therefore, an examination of the clinical-epidemiological profile of patients is vital for an early recognition of mental health disorders and suicidal ideation for an appropriate manage of those patients and other actions to mitigate self-extermination rates.

Keywords: Suicide; Suicidal Ideation; Mental Health.

¹Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte/Minas Gerais, Brasil

²Centro Psíquico da Adolescência e Infância – Belo Horizonte/Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Julia Passini Vaz-Tostes (juptostes@hotmail.com). Rua Marquês de maricá, 563, Santo Antônio - Belo Horizonte – MG, CEP 30350070. Telefone: 988118704

INTRODUÇÃO

A organização mundial da Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades”¹. Considerando o papel fundamental da saúde mental no bem-estar do indivíduo, esse tema vem ganhando espaço cada vez maior nas discussões médicas.

O comportamento suicida é um dos principais problemas de saúde mental e inclui o espectro de pensamentos ou ideias que giram em torno do suicídio ou da morte. Entre o comportamento suicida e a concretização do suicídio estão a ideação suicida e as tentativas de suicídio, que são ações potencialmente auto-prejudiciais com um desfecho não fatal, para o qual há evidências de que o indivíduo pretendia se matar.² De acordo com a OMS, cerca de um milhão de pessoas morrem desta forma anualmente, uma a cada 40 segundos, o que equivale a 1,4% dos óbitos totais³.

O suicídio é um importante problema de saúde pública também para crianças e adolescentes em todo o mundo, e configura a terceira principal causa de morte entre todas as crianças e adolescentes de 10 e 19 anos nos Estados Unidos². A literatura médica atual fornece pouca informação sobre menores que tentam o suicídio, possivelmente porque há dados insuficientes para caracterizar esta condição como entidade diagnóstica nesse grupo de pacientes, podendo, muitas vezes, ser considerado equivocadamente como um desejo por atenção da criança⁴.

A prevalência geral em adolescentes nos Estados Unidos com ideação suicida é de 12,1%, e a taxa de tentativas de autoextermínio chega a 4,1% nesse grupo⁵. Outro estudo realizado em 2011 nos Estados Unidos mostrou que 13% dos adolescentes planejaram uma tentativa de suicídio no ano anterior e 8% tentaram suicídio⁶. Embora o suicídio completo seja raro, ele foi a segunda principal causa de morte em 2014 entre adolescentes de 15 a 19 anos nos Estados Unidos⁶. A taxa de ideação suicida e de tentativas de suicídio é maior nas meninas, mas a maior parte dos suicídios é concretizada por meninos², e o principal método utilizado na tentativa de autoextermínio é a intoxicação medicamentosa⁴. Os principais fatores de risco para TAE incluem: história familiar de autoextermínio ou tentativa de autoextermínio, história de adoção, pais com doenças mentais, história de abuso físico ou sexual, orientação homossexual ou bissexual, ou identidade não conforme de transgênero ou gênero e tentativa prévia de suicídio⁷.

Doenças mentais também predisponem suicídio e incluem alterações do sono, depressão, transtorno bipolar, uso de substâncias ilícitas, transtorno pós traumático, ataques de pânico, história de agressão e impulsividade. Fatores de risco ambientais e sociais incluem bullying, relação disfuncional na família, morar fora de casa (centro socioeducativos, abrigos, entre outros), dificuldades na escola, não estar estudando ou trabalhando, isolamento social ou presença de eventos estressores⁸. Fatores de risco imediatos para o autoextermínio são: agitação, intoxicação e eventos estressores recente. É importante ressaltar que a ausência desses fatores de risco não impede o adolescente de cometer suicídio, mas deve-se conhecer esses fatores visando criar um perfil epidemiológico dessas crianças para que haja intervenção adequada, evitando comportamentos suicidas⁸. Fatores de proteção incluem envolvimento religioso e boa relação com os pais e na escola⁸.

Crianças e adolescentes que são levadas ao atendimento médico com comportamento suicida requerem intervenção médica, social e psiquiátrica dependendo da seriedade de sua intenção, dos fatores de risco subjacentes e de seu sistema de apoio emocional². Por isso, os profissionais de saúde que lidam com esse grupo de pacientes devem saber identificar comportamentos de risco visando prevenir complicações decorrentes das ideações suicidas e das tentativas de

autoextermínio.

No estudo proposto, foram avaliados todos os atendimentos na urgência de um serviço de saúde mental infantil de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais, com atendimento de urgência 24 horas, no período compreendido entre maio de 2017 e junho de 2018 em busca de dados a respeito de atendimentos relacionados a comportamento suicida para estabelecimento de perfil epidemiológico desses adolescentes.

MÉTODO

Delineamento do estudo

Trata-se de estudo transversal, baseado em dados de prontuários de pacientes atendidos no Serviço de Urgência de um serviço de saúde mental infanto-juvenil de Belo Horizonte, tanto no período diurno quanto noturno, durante o período compreendido entre maio de 2017 a junho de 2018, visando levantar o perfil clínico epidemiológico dos pacientes atendidos por comportamento suicida nesse serviço.

Amostra

Foram incluídos na pesquisa todos os atendimentos de crianças e adolescentes de até 21 anos que consultaram nesse serviço de urgência psiquiátrica no período selecionado para a realização da pesquisa. Foram considerados critérios de exclusão de dados os prontuários ilegíveis. Foram consultados, no total, 2319 prontuários.

Os dados de identificação dos pacientes foram preservados e mantidos em sigilo pelos pesquisadores. O uso e o acesso aos prontuários seguiram as disposições éticas e legais brasileiras, sendo os dados obtidos na pesquisa utilizados única e exclusivamente para fins de pesquisa. Em função de se tratar de estudo transversal, com dados obtidos através de análise de prontuários, sem qualquer contato dos pesquisadores com os pacientes, não houve necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Instrumentos

Para guiar a coleta de dados dos prontuários, foi utilizado um roteiro, elaborado pelos autores, para coleta de informações a respeito de história social, história de transtorno psiquiátrico e dados a respeito do motivo de atendimento e sobre comportamento suicida e ideação de autoextermínio de cada atendimento, como evidenciado em anexo.

Procedimentos

A coleta de dados foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética, conforme Número CAAE: 82915717.8.3001.5119.

A partir dos dados do roteiro, foi elaborada uma planilha no Excel com as informações de cada atendimento ocorrido durante o período proposto no projeto. A análise de prontuários foi feita manualmente por meio da avaliação de arquivos físicos e online da plataforma do CEPAI/ FHEMIG. A coleta foi realizada durante 5 meses, com coleta de dados 2 vezes na semana no CEPAI, durante cerca de 4 horas. Por meio do roteiro de coleta de dados foi possível extrair informações relevantes que permitiram traçar o perfil dos pacientes com queixas de TAE/IAE.

Além disso, foram utilizados também artigos obtidos em bases de dados como Scielo, Pubmed e Lilacs e os temas pesquisados foram selecionados por meio dos termos “suicídio”, “tentativa de suicídio”, “comportamento suicida”, “crianças”, “adolescentes”.

Análise estatística

As análises descritivas foram baseadas em frequência e porcentagem para as variáveis categóricas e em média \pm desvio-

padrão ou mediana e intervalo interquartil, conforme adequado, para variáveis contínuas. A normalidade da distribuição de dados foi avaliada utilizando o teste Shapiro Wilk. A análise comparativa das variáveis categóricas foi feita utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson assintótico. Para comparação entre as médias das variáveis contínuas foi utilizado o teste t de Student. Valores de p menor ou igual a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos. Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS versão 20.0 para Windows.

RESULTADOS

A amostra total foi obtida a partir da consulta de 2319 prontuários de pacientes atendidos em um Serviço de Urgência em saúde mental infanto-juvenil de Belo Horizonte durante o período de um ano (junho de 2017 a maio de 2018). Observou-se que 62,83% dos atendimentos eram referentes a pacientes do sexo masculino e 37,17% do sexo feminino. A média de idade foi de 12,98 anos $\pm 3,80$. A maioria natural de Belo Horizonte (45,30%) e 50,90% residentes na capital.

Foram encontrados 360 atendimentos encaminhados ao Serviço de Urgência por queixa de TAE, correspondendo a 15,50% do total dos atendimentos no período, e ainda 22,70% do total apresentavam IAE no momento do atendimento (Figura 1).

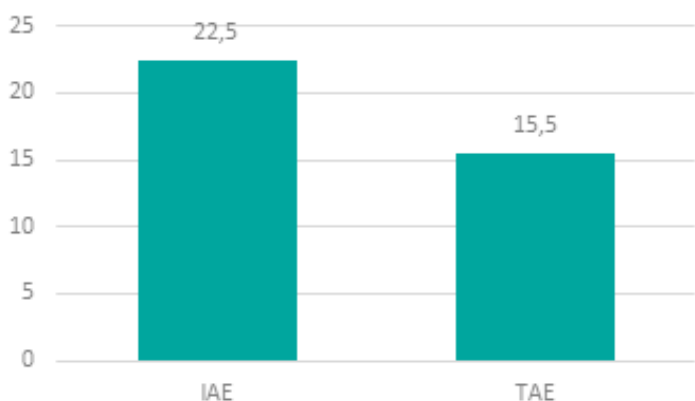


Figura 1: Prevalência de pacientes atendidos com comportamentos suicidas.

Em relação ao perfil clínico epidemiológico dos atendimentos por TAE, 60,3% eram do sexo feminino e 39,7% do sexo masculino, como evidencia o gráfico abaixo (Figura 2).

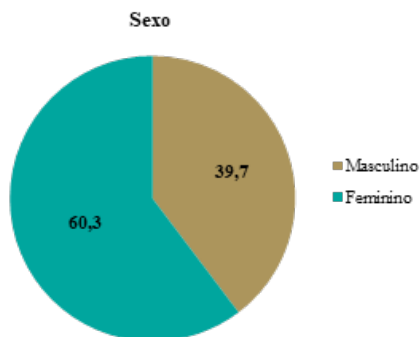


Figura 2: Distribuição por gêneros na busca pelo serviço de urgência no CEPAI devido a TAE.

A maior parte dos pacientes atendidos por TAE apresentava etnia parda (66%). A média de idade dos atendimentos por TAE foi de $15,0 \pm 1,8$ e a média de anos de estudo identificada foi de 9,0 anos.

A maioria desses pacientes era natural de Belo Horizonte (60,3%) e residia na capital (65,2%), em moradia de 1 a 4 pessoas, sendo que 32,8% desses pacientes apresentavam como responsáveis os pais biológicos (mãe, pai ou ambos) e a maioria estava estudando (76,3%). Foi observada história familiar de transtorno psiquiátrico em 79,6% dos atendimentos por TAE. Em 62,8% dos casos de TAE, foi o primeiro registro em atendimento naquele Serviço de Urgência. A Tabela 1 demonstra os resultados obtidos.

Tabela 1 - Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos por TAE.

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	15,1 \pm 1,8
Sexo	
Masculino	143 (39,7)
Feminino	217 (60,3)
Etnia	
Branco	84 (25,3)
Pardo	219 (66,0)
Negro	29 (8,7)
Amarelo	0 (0,0)
Residência	
Belo Horizonte	234 (65,2)
Região metropolitana	37 (10,3)
Interior	85 (23,7)
Outros estados	3 (0,8)
Número de pessoas no domicílio	
1 a 4 pessoas	190 (78,2)
5 a 9 pessoas	45 (18,5)
> 10 pessoas	8 (3,3)
Responsável	
Pais biológicos	111 (32,8)
Pais não biológicos	8 (2,4)
Somente pai	11 (3,3)
Somente mãe	110 (32,5)
Irmãos	1 (0,3)
Outro familiar materno	15 (4,4)
Outro familiar paterno	3 (0,9)
Abrigo	7 (2,1)
Socioeducativo	72 (21,3)
Histórico familiar	
Histórico familiar de transtorno psiquiátrico	176 (79,6)
Educação	
Está estudando	219 (76,3)
Histórico de reprovação	40 (42,6)
Escola regular	171 (95,5)
Escola especializada	8 (4,5)
Mudança recente de escola	18 (35,3)
Anos de estudo ^a	9,0 (7-10)
Naturalidade	
Belo Horizonte	199 (60,3)
Região metropolitana	44 (13,3)
Interior	77 (23,4)
Outros estados	10 (3,0)

a: Mediana (Intervalo Interquartil) – variável de distribuição não normal

Em relação à forma de encaminhamento dos pacientes com TAE, a maior parte dos atendimentos foi por demanda espontânea, e grande parte foi encaminhada por hospital geral ou UPA, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Forma de encaminhamento dos pacientes ao CEPAL.

Encaminhamento	n (%)
Centro de saúde	22 (6,2)
UPA	62 (17,5)
Hospital geral	67 (18,9)
Saúde mental BH	5 (1,4)
Saúde mental da região metropolitana	5 (1,4)
Saúde mental do interior	16 (4,5)
Demanda espontânea	78 (22,0)
Escola	2 (0,6)
Outros	98 (27,6)
Sem informação	5 (1,3)

Entre os atendimentos em que os pacientes que apresentavam IAE, a maioria também era do sexo feminino (65,6%), com perfil semelhante aos pacientes com TAE. A maior parte desses pacientes referiu contar para alguém acerca de suas ideias suicidas (79%), entretanto 21% desses pacientes mantiveram seus pensamentos em sigilo.

Um total de 345 pacientes analisados tiveram TAE e ou IAE prévias ao atendimento, sendo que 82,9% foram encaminhados para tratamento na época.

Em relação aos pacientes com TAE associado ao quadro, a maioria foi encaminhada ao serviço no dia da tentativa (46,8%). Outros períodos de encaminhamentos observados estão evidenciados na Tabela 3.

Tabela 3 - Momento em que houve a TAE.

Quando teve TAE	n (%)
No dia	148 (46,8)
Dia anterior	65 (20,6)
2 a 7 dias	46 (14,6)
7 dias a 1 mês	32 (10,1)
Entre 1 e 2 meses	11 (3,5)
Entre 2 e 6 meses	6 (1,9)
Entre 6 meses e 1 ano	1 (0,3)
1 a 2 anos	5 (1,6)
2 a 5 anos	1 (0,3)
> 5 anos	1 (0,3)

Foram observados também um total de 345 pacientes que já tinham tentativa prévia de autoextermínio, dentre os 2319 atendimentos realizados. Dos 345 pacientes, 66,7% tinham como queixa principal atual nova TAE, sendo encaminhados ao serviço de urgência por esse motivo. Já 49,8% dos pacientes que apresentaram TAE prévia foram encaminhados ao serviço por outras queixas. (tabela 4).

Tabela 4 - Relação entre TAE atual e TAE/IAE prévia

	Encaminhamento ao serviço por TAE		TOTAL	
	SIM	NÃO		
TAE/IAE prévia	SIM n	186	159	345
	%	66,7	49,8	57,7
	NÃO n	93	160	253
	%	33,3	50,2	42,3
TOTAL	n	279	319	598
	%	100	100	100

Acerca dos meios utilizados nas TAE, o mais frequente foi uso de medicações (53,5%), seguido de enforcamento (24%). Outros meios também foram observados estão expostos na tabela 5.

Tabela 5 - Métodos utilizados nas TAEs.

Meio utilizado	n (%)
Medicações	176 (53,5)
Enforcamento	79 (24,0)
Outra arma	17 (5,2)
Outras substâncias	12 (3,6)
Pular de lugar alto	10 (3,0)
Outros meios	35 (10,6)

A tabela 6 mostra os meios mais utilizados pelo sexo feminino e masculino. A partir desses dados, observa-se que uso de medicações prevalece como instrumento na TAE para o sexo feminino, enquanto no sexo masculino observa-se maior prevalência de enforcamento dentre todos os meios.

Tabela 6 - Instrumento utilizado em TAEs de acordo com o sexo

Meio utilizado na TAE		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Medicações	N	38	138	176
	%	29,5	69,0	53,5
Outras substâncias	N	3	9	12
	%	2,3	4,5	3,6
Pular de lugar alto	N	6	4	10
	%	4,7	2,0	3,0
Enforcamento	n	55	24	79
	%	42,6	12,0	24,0
Outra arma	n	8	9	17
	%	6,2	4,5	5,2
Outros meios	n	19	16	35
	%	14,7	8,0	10,6

DISCUSSÃO

O comportamento suicida em crianças e adolescentes ainda é tema pouco abordado na literatura, embora tenha importância significativa na saúde pública. Um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou aumento de 100% nas taxas de suicídio nas idades de 15 a 19 anos entre os anos de 1960 e 1990, e, entre crianças de 10 a 14 anos, a taxa de suicídio triplicou nesse mesmo período. As razões para tal aumento permanecem incertas, mas algumas hipóteses são o aumento do abuso de drogas e álcool, dos índices de depressão, bem como das disfunções familiares e sociais².

Nos Estados Unidos o autoextermínio representa a terceira causa de morte em crianças e adolescentes de 10 a 19 anos². Porém, ainda temos poucos dados brasileiros a respeito do perfil destes pacientes em serviços de urgência de saúde mental infanto-juvenil, o que seria importante para traçar o perfil de pacientes que chegam até o atendimento.

Assim, no Brasil, a maioria dos estudos nos fornece dados da população geral, como no trabalho de Alves Junior et al⁹ onde foi encontrada uma prevalência de pensamento, planejamento e tentativa de suicídio de, respectivamente, 13,8%, 10,5% e 5,5% em adolescentes de 14 a 19 anos de escola pública de cidade na região Sul do Brasil. Outro exemplo foi o estudo realizado por Azevedo e Matos¹⁰ que encontrou uma prevalência de 10,7% de ideação suicida em adolescentes entre 14 e 18 anos.

Os resultados encontrados para a taxa de TAE no estudo são alarmantes, representando uma prevalência de 15,5% de pacientes encaminhados com essa queixa para o Serviço, e uma taxa de 22,5% de pacientes com IAE. Tais valores são superiores aos encontrados em outros países².

A prevalência de TAE e IAE foi superior em mulheres, correspondendo a 60,3% e 65,6%, respectivamente, em relação aos homens (TAE: 39,7; IAE: 34,4). Esses dados estão concordantes com a literatura nacional¹¹ e internacional^{2,12,13}. Estudo realizado em diversos países avaliou que a prevalência de ideação de autoextermínio em meninas foi de 16,2%, enquanto a de meninos foi de 12,2%. Nesse mesmo estudo, quando avaliadas regiões isoladamente, África, região sudeste da Ásia e região oeste do pacífico não apresentaram diferença na prevalência entre os sexos, enquanto nas demais regiões analisadas houve predomínio do comportamento em adolescentes do sexo feminino¹⁴.

Outros estudos realizados com dados nacionalmente representativos dos Estados Unidos evidenciaram que a prevalência anual de TAE é duas vezes maior em mulheres em relação aos homens, e que a prevalência geral de TAE é 3 vezes maior em adolescentes do sexo feminino, correspondendo a 6% contra 2% do sexo masculino².

Essa predominância de TAE e IAE no sexo feminino pode estar relacionada à maior prevalência de depressão em adolescentes mulheres em relação aos homens. Com a puberdade, é observado que os meninos desenvolvem autoimagem e humor mais positivos, enquanto muitas meninas nessa fase tendem a desenvolver baixa autoestima, resultando em taxas mais elevadas de depressão nesse período².

Diversos estudos evidenciam que meninos adolescentes são mais propensos a concretizar o suicídio que meninas embora a taxa de TAE nessa faixa etária seja maior no sexo feminino. Dados de saúde pública dos Estados Unidos mostraram que a taxa de morte por suicídio em homens de 10 a 19 anos é de 7 em 100.000 e de

mulheres é de 2 em 100.000². Embora não tenha sido objetivo do presente estudo, observou-se diferença significativa na escolha dos meios para TAE em cada sexo. As meninas, em 69% dos casos, utilizaram medicações, enquanto os meninos, em 42,6% dos casos, utilizaram o enforcamento, que pode ter índices de letalidade maiores. Tal fato é corroborado em estudos que associam a diferença entre as taxas de suicídio entre os sexos com o método escolhido. As meninas tendem a escolher métodos menos letais, como overdose de medicações ou cortes, enquanto meninos tendem a escolher armas de fogo ou enforcamento².

Em relação à idade média de pacientes com TAE, foi observada a média de 15,0 ± 1,8. Dados dos Estados Unidos apontam para uma taxa de suicídio crescente com a idade após a puberdade, com um índice de autoextermínio entre crianças de 10 a 14 anos de 1 a cada 100.000, aumentando para 7-8 a cada 100.000 na faixa etária de 15 a 19 anos. Possíveis justificativas para maior incidência de TAE em pacientes adolescentes incluem aumento do acesso a potenciais armas (medicamentos e drogas, armas de fogo, entre outros), aumento de doenças psiquiátricas, abuso de substâncias e alterações no desenvolvimento cognitivo, uma vez que na adolescência são desenvolvidas capacidades de contemplação das circunstâncias da vida e visão desesperançosa de futuro, promovendo a evocação de ideias suicidas e de TAE².

No presente estudo, observou-se taxa maior de TAE em pacientes de cor parda, correspondendo a 66% do total, seguidos por brancos (25,3%). Estudos internacionais demonstram diferenças nas taxas de suicídio e de TAE de acordo com a etnia. Diversos estudos americanos referem maiores índices na etnia^{2,7}. Essa divergência para os dados obtidos no estudo provavelmente se devem as diferenças étnicas naturais entre os países.

Atualmente, muitas pesquisas são realizadas visando identificar os fatores de risco para suicídio para auxiliar na identificação precoce dos indivíduos em risco e permitir uma abordagem efetiva para a prevenção do autoextermínio. Infelizmente, ainda há muitos fatores que se relacionam de forma distinta em casos de ideias suicidas, TAE e autoextermínio. Contudo, alguns fatores estudados apontam para uma possível vulnerabilidade a suicídio e TAE, como história familiar de doença psiquiátrica².

Em relação ao histórico familiar, observou-se, em nosso estudo, que 79,6% dos pacientes com TAE apresentavam história familiar de doenças psiquiátricas. Esse resultado é corroborado por diversos estudos. Um deles, um estudo prospectivo observacional de pais com distúrbios de humor, evidenciou uma taxa de TAE cinco vezes maior em filhos de pais que também tentaram autoextermínio em relação aos demais¹⁵.

Outros estudos sugeriram uma associação entre transtornos psiquiátricos dos pais e comportamento suicida da prole. Não foi estabelecido se o componente genético é o responsável primário ou o ambiental, mas supõe-se que há influência de ambos no comportamento suicida e na TAE em crianças e adolescentes filhas de pais com doenças psiquiátricas². Estudo realizado por Qin, et al., 2002¹⁶, indica que uma história de suicídio ou de outras doenças psiquiátricas aumentam de forma significativa e independente o risco de suicídio.

Outro importante fator de risco associado à TAE e às ideias suicidas são tentativas prévias de autoextermínio. No presente estudo observou-se que em 66,7% dos pacientes que compareceram ao Serviço por TAE havia relato de tentativas prévias de autoextermínio. Foi demonstrado em estudo que 25% a 67% das crianças e dos adolescentes que já tentaram suicídio, realizam tentativa subsequente².

Dessa forma, observa-se que comportamentos suicidas tendem a ser recorrentes. Estudos mostram que a estimativa de recorrência de TAE alcança 10% em 6 meses e 42% em 21 meses, com recorrência média de 5-15% por ano, dados com significativa diferença em relação à população geral¹⁷.

TAE em adolescentes aumentam substancialmente o risco da concretização do suicídio por anos², o que evidencia a necessidade de desenvolver estratégias para intervir nesses pacientes de risco.

A maioria dos adolescentes que cometem suicídio ou TAE possui alguma desordem psiquiátrica, especialmente transtornos depressivos². Nock et al¹³ observaram que, entre adolescentes que tentaram suicídio, 67% tinham história de tratamento psiquiátrico prévio à tentativa, o que foi observado com maior frequência no presente estudo, em que 79% dos pacientes foram submetidos a tratamentos prévios.

Crianças e adolescentes que vivem com um sistema de suporte deficitário (família, escola e amigos) tendem também, especialmente no contexto de outros fatores de risco, a desenvolverem comportamentos suicidas. Um dos fatores de risco para TAE sugeridos por Bridge J et al.¹⁷ é morar separado dos pais. O estudo em questão não teve acesso a tal informação, porém foi possível observar que a maioria dos pacientes tinha como responsáveis os pais (biológicos, não biológicos, somente mãe, somente pai). Um dado interessante obtido, contudo, evidencia que 29% dos pacientes com TAE não tinham os pais como responsáveis, contra 21,4% dos pacientes que buscaram o serviço por outros motivos. Esse dado pode sugerir que o número de TAE aumenta em pacientes que não têm os pais como responsáveis.

Ademais, foram observados em estudos que a taxa de TAE aumenta em crianças e adolescentes que saíram da escola ou que são ausentes por longos períodos. Numa lógica reversa, conexões positivas na escola bem como bom desempenho acadêmico parece ter papel protetor contra comportamentos suicidas¹⁷. No presente estudo não foi observada essa relação. 76,3% dos pacientes com TAE estavam estudando e 23,7% estavam ausentes da escola, sendo a média de anos de estudo desses pacientes de 9,0 (7-10). No entanto, foi observada nesses pacientes uma taxa de 42,6% de reprovação na escola, o que pode indicar uma associação do mau desempenho acadêmico com TAE, podendo assumir tanto valor causal quanto consequencial nesse contexto.

Outro dado obtido se refere à mudança recente de escola. 35,3% das crianças e dos adolescentes com TAE tiveram mudança recente de escola, o que sugere a importância do ambiente familiar e a influência de possíveis eventos estressores em comportamentos suicidas. Dificuldades na escola e no relacionamento escolar podem influenciar do desenvolvimento de ideias suicidas de acordo com as percepções e interpretações dos eventos pelo indivíduo².

Limitações do estudo

O estudo em questão apresenta algumas limitações. Em função de o estudo ser transversal e a análise ter sido realizada com base em informações contidas em prontuários médicos, diversas variáveis não foram encontradas durante a coleta de dados.

Alguns arquivos de prontuários de pacientes atendidos durante o período do estudo foram extraviados ou não encontrados, inviabilizando a coleta desses dados. Outro aspecto limitante observado foi a presença de dados ilegíveis e/ou incongruentes com o contexto, que tiveram que ser excluídos da pesquisa. O estudo está sujeito a avaliações subjetivas, tanto do médico responsável pelo caso ao entrevistar o paciente e descrever as informações no prontuário médico quanto por parte dos pesquisadores na interpretação dos dados. Além disso, pelo fato de ser uma revisão

de prontuários, o estudo está sob risco do viés de informação.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa mostram a importância de investigar os fatores influentes e determinantes das queixas psiquiátricas associadas à TAE e IAE, buscando estratégias de ação adequadas para a resolução desses problemas. Nesse contexto, as crianças, os seus responsáveis familiares, o sistema educativo, e até mesmo o sistema de saúde, são fundamentais para que estratégias sejam elaboradas e bem aplicadas. Essas crianças deparam-se com dificuldades pessoais e sociais e requerem suporte familiar, psicossocial e pedagógico de boa qualidade.

Dessa forma, cabem às políticas públicas desenvolver dispositivos de tratamento e de acompanhamento multiprofissional juntamente com a equipe pedagógico-educacional proporcionando estratégias facilitadoras e motivadoras para estimular o desenvolvimento desses jovens. O estudo realizado por McKinnon et al.¹⁴ revela a importância de intervenções multidisciplinares na prevenção do suicídio em escolas, com redução de pensamentos suicidas bem como de TAE. Dessa forma, caso essas crianças não sejam amparadas ou não se envolvam com o grupo social em que estão inseridas, o seu desempenho escolar pode ser prejudicado, assim como o seu crescimento pessoal e interações sociais.

A população infanto-juvenil requer atenção diferenciada, pois seus quadros psiquiátricos muitas vezes apresentam manifestações distintas, dificultando um diagnóstico precoce e uma intervenção eficaz. Além disso, os fatores de risco associados são inúmeros e de etiologias diversas, englobando tanto fatores biológicos, quanto genéticos e ambientais, como evidenciam Kennebeck e Bonin². Bordin e Paula¹⁸ ainda destacam que a interação entre tais fatores é complexa e tem impacto negativo sobre o comportamento e o desenvolvimento. Diversos estudos mostram associações concretas e bem estabelecidas entre determinadas características e o desenvolvimento de TAE e IAE, como história familiar, TAE prévia, experiências traumáticas na infância, entre outros¹⁴. O conhecimento desses potenciais fatores de risco à saúde mental de crianças e adolescentes pode ser usado para identificar indivíduos com maior chance de desenvolver tais comportamentos e para realizar intervenções individualizadas. Além disso, traz a possibilidade de desenvolvimento de programas de intervenção focados em prevenir ou atenuar os efeitos desses transtornos. Dessa forma, a instituição de profissionais qualificados para conhecer o perfil da população que atende é fundamental, promovendo a identificação precoce dos pacientes em situação mais vulnerável para desenvolver problemas psiquiátricos e possivelmente TAE. Em função disso, será possível desenvolver protocolos e programas de intervenção focados em prevenir ou atenuar os efeitos desses transtornos, com intervenções terapêuticas mais eficazes.

Apesar das limitações do estudo, o tamanho significativo da amostra torna os resultados obtidos consistentes. Como os dados foram coletados em serviço de urgência em saúde mental infantil, são necessários novos estudos em populações atendidas em serviços gerais de urgência para que os resultados tenham maior validade externa. A partir daí, poderão ser traçadas melhores estratégias de políticas públicas para a abordagem do problema em questão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946 [acesso em: 25 nov 2017]. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omsho.html>>.

2. Kennebeck S, Bonin L. Suicidal behavior in children and adolescents: Epidemiology and risk factors. Uptodate, 2017. Disponível em < https://www.uptodate.com/contents/suicidal-behavior-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-risk-factors?source=search_result&search=Suicidal%20ideation%20and%20behavior%20in%20children%20and%20adolescents:%20Evaluation%20and%20management&selectedTitle=2~150>
3. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative Geneva. 2014 [acesso em: 20 agosto 2014]. Disponível em: <[http://www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/world_re-](http://www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/index.htm)>[www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/world_re-port_2014/ en/index.htm](http://www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/index.htm)>
4. Vásquez-Rojas R, Quijano-Serrano M. Cuándo el intento de suicidio es cosa de los niños. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013;43 Suppl 1:36-46.
5. Dobson ET, Keeshin BR, Wehry AM, et al. Suicidality in psychiatrically hospitalized children and adolescents: Demographics, treatment, and outcome. *Ann Clin Psychiatry.* 2017;29(4):258-265.
6. Scivoletto S, Boarati M A; Turkiewicz, G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010. v. 32; supl. 2, p. 112-120.
7. Shaffer D, et al. Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996; 53:339-348.
8. Shain B, AAP COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics.* 2016;138(1):e20161420
9. Alves Junior CAS, Nunes HEG, Gonçalves ECA, Silva DAS. Suicidal behaviour in adolescents: Characteristics and prevalence. *J Hum Growth Dev.* 26(1): 88-94.
10. Azevedo A, Matos AP. Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doença.* 2014;15(1): 179-190.
11. Tonezer J, Muller T, Rocha G, Recondo R, Nogueira E, Spanemberg L. Clinical Profile and Sex Differences in Brazilian Children and Adolescents Receiving Psychiatric Services in the Emergency Department. HYPERLINK "<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26125530>" *Pediatr Emerg Care.* 2015 [Epub ahead of print]
12. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Lowry R, et al. Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance--United States, 2003. *MMWR Surveill Summ.* 2004.
13. Nock, Matthew K., Jennifer Greif Green, Irving Hwang, Katie A. McLaughlin, Nancy A. Sampson, Alan M. Zaslavsky, and Ronald C. Kessler. 2013. "Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents." *JAMA Psychiatry* 70 (3) (March 1): 300. doi:10.1001/2013
14. McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, Elgar FJ. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. HYPERLINK "<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27147764>" *Bull World Health Organ.* 2016;94(5):340-350F.
15. Brent DA, Melhem NM, Oquendo M, Burke A, Birmaher B, Stanley B, et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: a 5.6-year prospective study. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(2):160-6.
16. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. HYPERLINK "<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12387960>" *Lancet.* 2002 Oct 12;360(9340):1126-30.
17. Jeffrey A, Bridge, Tina R, Goldstein, David A. Brent adolescent suicide and suicidal behavior. HYPERLINK "<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16492264>" *J Child Psychol Psychiatry.* 2006 Mar-Apr;47(3-4):372-94.
18. Bordin IAS, Paula CS. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In M. F. M. Mello, A. Mello, & R. Kohn, (Orgs.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*, (PP.101-118). Porto Alegre: Artmed, 2007