

Tentativas de Suicídio em Adolescentes Internados na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) — Janeiro de 2006 a Fevereiro de 2009 —

Cordovil, C.*; Crujo, M.*; Guerreiro, D.**; Caldeira da Silva, P.***

*Interna do Internato Complementar de Pedopsiquiatria; **Interno do Internato Complementar de Psiquiatria; ***Chefe de Serviço de Pedopsiquiatria

Introdução

Define-se como **Tentativa de Suicídio (TS)** "todo o acto ou gesto não fatal de auto-mutilação ou auto-envenenamento" (Sampaio et al, 2001), sendo o **Suicídio** definido como uma "autodestruição por um acto deliberadamente realizado para conseguir este fim" (Sampaio, 1991); **por sua vez, um Gesto Suicida** é um comportamento sem intenção letal que é utilizado como uma via de comunicação de um **mal-estar**, e o **Parasuicídio** corresponde a um acto ou comportamento não fatal, que não implica uma clara intenção de morrer, mas que pode pressupor a existência de danos de gravidade variável (de acordo com a OMS); a **Ideação Suicida** traduz pensamentos sobre o desejo e a forma de se matar, e pensamentos sobre o eventual impacto que isso terá nos outros (JAACAP 40: 7, 2001).

As TS são mais frequentes no **género feminino**, ao passo que os Suicídios consumados o são no masculino (JAACAP 40: 7, 2001). Consideram-se como **factores de risco** história familiar de suicídio ou TS, género masculino, patologia psiquiátrica parental, perturbação da orientação sexual, TS anterior, dificuldades escolares, perturbação da relação pais-filhos, problemas psiquiátricos do próprio (perturbação depressiva, perturbação bipolar, impulsividade, abuso ou dependência de substâncias, história de agressão...) (Shain, 2007).

A TS é o factor preditor isolado mais importante de suicídio consumado no futuro (Shaffer, 1996), sobretudo no género masculino (JAACAP 40: 7, 2001). Ainda que as taxas de suicídio nos adolescentes tenham subido consideravelmente nas décadas anteriores a 1990, tem-se assistido a uma diminuição das mesmas nos últimos anos: para o género masculino desceu em 1,8% entre 2004 e 2005, e para o feminino em 16,7% no mesmo período (população dos 10 aos 19 anos de idade) (JAMA, 2008) (a literatura refere a inexistência de dados consistentes referentes às taxas de TS – Lewis, 2007). Os **factores desencadeantes** principais associados a TS correspondem a dificuldades nas relações familiares e românticas, ainda que em 1/3 dos casos não se identifique factor (Rutter, 2002).

O **método letal** escolhido parece variar consideravelmente com o contexto geográfico; apesar disto, de acordo com a realidade americana, nos suicídios consumados, o uso de arma de fogo é o principal método entre rapazes, e o segundo mais usado no género feminino (para idades entre os 15 e os 19 anos). A intoxicação medicamentosa é o método mais usado nas TS entre adolescentes (Shain, 2007).

O **Internamento de Pedopsiquiatria** do CHLC apresenta 10 camas, e admite crianças/ adolescentes até aos 16 anos de idade (exclusivé), que residam na área de influência da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Regiões Autónomas.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo observacional, cuja amostra foi seleccionada de uma população clínica de adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos. Como **critérios de inclusão** considerámos a existência de uma tentativa de suicídio como motivo de internamento, no período considerado. Na presença de mais de um episódio, considerou-se o último. Foram analisados os respectivos processos clínicos a fim de se recolherem dados demográficos, clínicos e psicopatológicos. A análise estatística foi efectuada de uma forma descritiva em aplicação informática.

Resultados

Caracterização da Amostra

- **Amostra:** 28 adolescentes

Ano	Altas Totais	Altas por TS	%
2006	95	7	7,4
2007	104	4	3,9
2008	120	14	11,7
2009	NA	2	NA

Tabela 1. Altas no Internamento de Pedopsiquiatria por ano.

- **Sexo:** Feminino 20 (71%), Masculino 8 (29%);

- **Idade (anos):** média 14 com desvio padrão 1, mínima 12, máxima 17;

- **Escolaridade:** 1º Ciclo 2 (7%), 2º Ciclo 4 (14%), 3º Ciclo 10 (36%), Cursos Técnico-Profissionais 4 (14%); Ausência de informação 8 (29%);

- **Sucesso Escolar (< 3 retenções):** 13 (46%); Insucesso escolar 6 (21%); Ausência de informação 9 (32%);

- **Estrutura Familiar:** Nuclear 7 (25%); Monoparental 8 (29%); Institucionalizado 2 (7%); Outro 4 (14%); Ausência de informação 7 (25%).

Caracterização de Antecedentes Psiquiátricos Familiares

Tipo	Resultados	%	Ausência de Inf.	%
Ant. Fam. de TS/ S	Sim 6	21,5	20	71,4
	Não 2	7,1		
Dx Psiq. Pais	Sim 11	39,2	10	35,8
	Não 7	25		

Tabela 2. Antecedentes Familiares Psiquiátricos.

Caracterização de Antecedentes Psiquiátricos Pessoais

Tipo	Resultados	%	Ausência de Inf.	%
Seguimento Ant.	Sim 17	60,7	4	14,3
	Não 7	25,0		
TS Prévias	Sim 14	32,1	5	17,9
	Não 14	50,0		
Consumo Subst.	Sim 2	7,1	10	35,8
	Não 16	57,1		
Dx Prévio	Sim 11	39,3		
	Pert. Dep. Maior 6	21,4		
	PCA 2	7,1		
	Pert. Bipolar 1	3,6	10	35,7
	Pert. Psic. SOE 1	3,6		
	Pert. Pers. Bp 1	3,6		
	Não 7	25,0		

Tabela 3. Antecedentes Pessoais Psiquiátricos.

Caracterização da TS Actual

TS Actual	Resultados	%	Ausência de Inf.	%
Método	Intox. Med. 24	85,7		
	Defenestração 2	7,1	1	3,6
	Enforcamento 1	3,6		
Local	Casa 13	46,4		
	Espaço Público 2	7,1	11	39,3
	Escola 1	3,6		
	Outro 1	3,6		
Aviso Prévio	Sim 5	17,9	13	46,4
	Não 10	35,7		
Evento Precipitante	Sim 13	46,4		
	Conf. Fam. 7	25		
	Conf. Alect. 3	10,8	13	46,4
	Conf. Escol. 2	7,1		
	Conf. Amigos 1	3,6		
	Não 16	57,1		

Tabela 4. TS actual.

Caracterização do Internamento

Tipo	Resultados	NA	Ausência de Inf.	%
Duração (dias)	Média 14	NA		
	Mínima 2	NA		
Dx Principal Saída	Máxima 42	NA		
	Pert. Dep. 7	25		
	Pert. Pers. 7	25		
	Pert. Conf. Imp. 2	7,1	4	14,4
	PCA 2	7,1		
	Pert. Comp. 2	7,1		
	Pert. Relação 2	7,1		
	Pert. Bipolar 1	3,6		
	Pert. Adapt. 1	3,6		
	Cons. Pedop. 25	89,3		
Orientação Pós-Alta*	Recursos Com. 4	14,6	1	3,6
	Hosp. Dia 1	3,6		
Medicação Pós-Alta*	Outro Test. 2	7,1		
	Sim 23	82,1		
	Antipsicót. 16	59,6	3	10,8
E. H. 15	65,2			
	Anticidp. 6	21,4		
Não 2	7,1			

Tabela 5. Internamento.
*% total superior a 100, porque houve casos com > 1 orientação/medicação.



Objectivo

Caracterizar a população de adolescentes internados no Internamento de Pedopsiquiatria do CHLC por tentativa de suicídio, entre Janeiro de 2006 e Fevereiro de 2009.

Intervenção Terapêutica do Adolescente após TS (JAACAP 40: 7, 2001)

- estabilização de parâmetros vitais;
 - intervenção em crise e caracterização do grau de risco biopsicossocial;
 - internamento se o risco de nova TS for moderado/ elevado;
- critérios:** ideação suicida persistente; instabilidade comportamental; não estabelecimento de aliança terapêutica; contacto desconfiado; sintomas psicóticos; intoxicação por drogas ou álcool; tentativas de suicídio sérias anteriores; ausência de rede sócio-familiar de suporte
- psicoterapia: cognitivo-comportamental; terapia interpessoal (adolescentes); terapia dialéctico-comportamental (adolescentes), terapia de orientação psicodinâmica, terapia familiar;
 - psicofarmacologia (com vigilância): estabilizadores de humor; antidepressivos (SSRIs); antipsicóticos;
 - psicoeducação dos familiares e Técnicos de Saúde.

Discussão/ Conclusões

- a maioria da amostra correspondia ao **sexo feminino**, numa proporção de 2,5:1 (o que, globalmente, vai de encontro ao descrito na Literatura);
- os diagnósticos de **Perturbação Depressiva e Perturbação da Personalidade Borderline** foram os mais prevalentes, sendo descritos como factores de risco importantes; o insucesso escolar, a disfunção familiar e a patologia psiquiátrica parental também o são;
- o método mais frequentemente utilizado foi a **ingestão medicamentosa**, tal como previamente descrito, tendo ocorrido na consequência de um conflito relacional, tal como previsto;
- a **ausência de informação** completa nos processos clínicos, assim como o reduzido número de casos, foram factores que dificultaram o estudo, não permitindo aprofundar as conclusões, nem extrapolar resultados.