

Tentativas de Suicídio em Adolescentes Internados na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Centra

Suicide Attempts in Adolescent Inpatients Child and Adolescent Unit of Centro Hospitalar de Lisboa Central

Resumo/Abstract

Os Comportamentos Auto-Destrutivos (CAD) designam todos os comportamentos que põem em causa a integridade física de um indivíduo. Quando associados a uma intenção de morrer fala-se de Tentativa de Suicídio (TS), sendo esta o factor preditor mais importante de risco de suicídio, que nos EUA é a 3ª causa de morte entre os adolescentes. Na adolescência, as TS são mais frequentes no género feminino e os suicídios no masculino, concorrendo para tal uma série de factores biopsicossociais. O presente estudo retrospectivo observacional pretende, assim, caracterizar a população de adolescentes internados no Internamento de Pedopsiquiatria do CHCL por TS, entre Janeiro de 2006 e Fevereiro de 2009, através da recolha de dados demográficos, clínicos e psicopatológicos presentes nos processos clínicos.

Palavras-chave: Comportamentos Auto-Destrutivos, Adolescentes, Tentativas de Suicídio, Internamento Pedopsiquiatria

Self-Harm (SH) Behaviors refer to all behaviors that can interfere with the physical integrity of the individual. They can be associated to an intention to die, being called, in that case, Suicide Attempts (SA); these are the more important factor predicting suicide risk. In the USA, suicide is the third-leading cause of death for adolescents. In adolescence, the rate of SA is greater among girls, whereas the one of completed suicides is greater among boys. This is a retrospective observational study that intend to characterize the population of adolescent inpatients who were admitted in the Child and Adolescent Unit of Centro Hospitalar de Lisboa Central because of a SA between January 2006 and February 2009; data was get through clinical process consultation.

Key-words: Deliberate self-harm, Adolescents, Suicide Attempts, Child and Adolescent Inpatient Unit

Catarina Cordovil

Interna do Internato Complementar de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia

Correspondência:

catarinacord@hotmail.com

Margarida Crujo

Interna do Internato Complementar de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia

Correspondência:

mmcrujo@hotmail.com

Diogo Frاسquilho Guerreiro

Interno do Internato Complementar de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria

Correspondência:

dfguerreiro@gmail.com

Conflitos de interesse:

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse.

1. Introdução

Os Comportamentos Auto-Destrutivos (CAD) na adolescência têm sido foco de crescente atenção social dos profissionais de saúde mental.

Em primeiro lugar, interessa esclarecer os termos habitualmente empregados para descrever os CAD, sendo estes utilizados na Literatura de forma pouco clara e sobrepondo-se mutuamente: comportamentos auto-agressivos; comportamentos auto-lesivos; auto-mutilações; tentativas de suicídio; para-suicídio. Todas estas designações partilham algo em comum, tratando-se de comportamentos que, em maior ou menor grau, são prejudiciais e lesivos para o próprio.

Os CAD são, por definição, patológicos e socialmente inadequados e, em termos de funcionamento psicológico, representam estratégias mal-adaptativas de *coping*[1]. Quando os CAD se apresentam com intenção de morrer, falamos de tentativas de suicídio (TS). Aqui reside uma das grandes dificuldades na classificação dos CAD: como quantificar e, conseqüentemente, classificar a intencionalidade de morte? De acordo com Sampaio[2], a gravidade do gesto suicida poderá relacionar-se com um chamado "ponto sem retorno" relacionado, por sua vez, com a maior ou menor rapidez do método utilizado e a sua reversibilidade, bem como tendo em atenção a possibilidade de uma intervenção salvadora. O suicídio pode ser, então, definido como uma "autodestruição por um acto deliberadamente realizado para conseguir este fim"[3]. Nesta sequência, quando os CAD não têm como base o desejo de morrer, correspondem, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde[4], a para-suicídios: "(...) acto ou comportamento não fatal, eventualmente não habitual num dado indivíduo e com o qual ele não tem clara intenção de morrer, mas no qual se arrisca a danos a si mesmo, sem intervenção de outrem; pode também ocorrer na sequência da ingestão excessiva de determinadas substâncias com o intuito de provocar alterações desejadas (...)". Várias formas existem de para-suicídio, sendo, sem dúvida, as mais frequentes, as auto-mutilações e as sobredosagens[5]. A noção de ideação suicida traduz pensamentos sobre o desejo e a forma de se matar, e pensamentos sobre o eventual impacto que isso terá nos outros[6].

As TS são mais frequentes no género feminino, ao passo que os suicídios consumados o são no masculino[6]. 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[7].

Apesar das taxas de suicídio nos adolescentes terem vindo a mostrar um declínio progressivo nas últimas décadas, tal continua a ser um problema considerável, sendo a 3ª causa de morte nos adolescentes nos Estados Unidos da América (EUA)[8]. No entanto, em 2004 observou-se um aumento inesperado na taxa de suicídio em adolescentes, o que se tornou uma fonte de preocupação. Os dados mais recentes dos EUA revelam uma taxa de suicídio de 3 em 100.000, entre os 10 e os 17 anos, sendo de 10 a 12 em 100.000, entre os 17 e os 19 anos[9]. É relevante referir que a Literatura menciona a inexistência de dados consistentes referentes às taxas de TS[10], sendo estimadas prevalências muito variáveis entre 8 e 62%[11].

A TS é o factor preditor isolado mais importante de suicídio consumado no futuro, sobretudo no género masculino[6]. Os factores desencadeantes principais associados a TS correspondem a dificuldades nas relações familiares e afectivas, ainda que em 1/3 dos casos não se identifique factor[12].

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[7].

Os dados Portugueses sobre este tema são escassos, existindo dúvidas acerca da actual prevalência deste problema no nosso país. No entanto, não temos razões para duvidar que o problema do suicídio e dos CAD seja, tal como a nível internacional, muito relevante. Assim sendo, pretendemos com

Tabela 1: Peso do internamento por TS no Internamento de Psiquiatria por ano.

Ano	Altas Totais	Altas por TS	%
2006	95	7	7,4
2007	104	4	3,9
2008	120	14	11,7
Total	319	25	7,84
2009	NA	2	NA

NA = Não Aplicável.

esta investigação contribuir para um melhor conhecimento da nossa realidade local.

Após uma TS propõe-se como intervenção terapêutica (adaptação de *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior*[6]):

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

Tabela 2: Caracterização de Antecedentes Psiquiátricos Familiares.

Tipo	Resultados	%	Ausência de Informação	%
Antecedentes Familiares de TS	Sim 6	21,5	20	71,4
	Não 2	7,1		
Diagnóstico de Doença Psiquiátrica nos Pais	Sim 11	39,2	10	35,8
	Não 7	25		

Sampaio[15], a propósito da intervenção familiar, preconiza ainda que a família de um jovem em risco de comportamento auto-destrutivo deve ser sempre avaliada, mesmo que num segundo tempo, e propõe, como tópicos para uma entrevista semi-estruturada, a avaliação de: o conhecimento do problema (risco de suicídio) pela família; os padrões interactivos (clima afectivo, alianças e coligações); a flexibilidade (mudanças ocorridas, padrões de comunicação); a sensibilidade; os apoios e stress (finanças, saúde, rede de suporte,...); o desempenho de tarefas relacionadas com a fase de desenvolvimento; finalizando com uma conclusão e síntese.

O Internamento de Pedopsiquiatria do CHLC apresenta 10

camas, e admite crianças/ adolescentes até aos 16 anos de idade que residam na área de influência da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Regiões Autónomas. Foi neste contexto que analisámos os casos de internamento motivados por TS, entre os anos 2006 e 2009.

Tabela 3: Caracterização de Antecedentes Psiquiátricos Pessoais.

	Resultados	%	Ausência de Informação	%
Seguimento Anterior	Sim 17	60,7	4	14,3
	Não 7	25,9		
TS Prévias	Sim 14	32,1	5	17,9
	Não 14	50,0		
Consumo Substâncias	Sim 2	7,1	10	35,8
	Não 16	57,1		
Diagnóstico Prévio	Não 7	25,0	10	35,7
	Sim 11	39,3		
Que Diagnóstico Prévio?	P. Depressiva 6	21,4	NA	NA
	P. Comportamento Alimentar 2	7,1		
	P. Bipolar 1	3,6		
	P. Psicótica SOE 1	3,6		
	P. Personalidade Borderline 1	3,6		

P = Perturbação. SOE = Sem Outra Especificação. NA = Não Aplicável

Objectivo:

Caracterizar a população de adolescentes internados no Internamento de Pedopsiquiatria do CHCL por TS, entre Janeiro de 2006 e Fevereiro de 2009.

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

Tabela 5: Caracterização da TS Actual.

	Resultados	%	Ausência de Informação	%
Método	Intoxicação		1	3,6
	Medicamentosa 24	85,7		
	Defenestração 2	7,1		
	Enforcamento 1	3,6		
Local	Casa 13	46,4	11	39,3
	Espaço Público 2	7,1		
	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	13	46,4
	Não 16	57,1		
Que Evento Precipitante?	Conflito Familiar 7	25	NA	NA
	Conflito Afectivo 3	10,8		
	Conflito Escolar 2	7,1		
	Conflito Amigos 1	3,6		

TS actual. NA = Não Aplicável

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

A nossa amostra foi de 28 adolescentes, sendo 20 (71%) do sexo feminino e 8 (29%) do sexo masculino. A idade média de 14 anos com desvio padrão de 1, a mínima de 12 e a máxima de 17.

Relativamente à escolaridade, encontravam-se 2 (7%) no 1º Ciclo, 4 (14%) no 2º Ciclo, 10 (36%) no 3º Ciclo, 4 (14%) em Cursos Técnico-Profissionais e em 8 (29%) processos clínicos não encontramos esta informação. A maioria da nossa amostra, 13 (46%), apresentava sucesso escolar (Quanto à estrutura familiar, 7 (25%) tinham uma família nuclear, 8 (29%) monoparental, 2 (7%) estavam institucionalizados, 4 (14%) tinham outro tipo de estrutura; em 7 (25%) dos registos não constava tal informação. De seguida, apresentamos esquematicamente: o "Peso do Internamento por TS no Internamento de Pedopsiquiatria por Ano", a "Caracterização de Antecedentes Psiquiátricos Familiares", a "Caracterização de Antecedentes Psiquiátricos Pessoais", a "Caracterização da TS Actual" e a "Caracterização do Internamento".

Tabela 5: Caracterização do Internamento.

Tipo	Resultados	%	Ausência de Informação	%
Duração (dias)	Média 14	NA	NA	NA
	Mínima 2	NA		
	Máxima 49	NA		
Diagnóstico Principal de Saída	P. Depressiva 7	25	4	14,4
	P. Personalidade 7	25		
	P. Controlo dos Impulsos 2	7,1		
	P. Comportamento Alimentar 2	7,1		
	P. Comportamento 2	7,1		
	P. Relação 2	7,1		
	P. Bipolar 1	3,6		
	P. Adaptação 1	3,6		
Orientação Pós-Alta*	Consulta	89,3	1	3,6
	Pedopsiquiatria 25	14,4		
	Recursos da Comunidade 4	3,6		
	Hospital de Dia 1	7,1		
	Outros Técnicos 2	7,1		
Medicação Pós-Alta*	Sim 23	82,1	3	10,8
	Antipsicóticos 16	69,6		
	Estabilizadores do Humor 15	65,2		
	Antidepressivos 6	26,1		
	Não 2	7,1		

P = Perturbação. NA = Não Aplicável

* total superior a 100%, porque existem casos com mais que 1 orientação/ medicação.

Discussão:

O primeiro resultado passível de discussão é o tamanho da amostra. Apesar de apenas existirem 28 adolescentes registados como tendo tido um internamento por TS, o seu peso é preponderante no Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria (entre 4 a 12% de todos os internamentos). É relevante referir que este número pode estar subestimado, uma vez que, sendo este um estudo retrospectivo, está sujeito à existência de erros de registo. Por outro lado, a ausência de uma estrutura de intervenção em crise em ambulatório que se articule com o Serviço de Urgência proporciona a ocorrência de internamentos sem verdadeira indicação, como, por exemplo, em TS de carácter predominantemente impulsivo, frequentes em adolescentes com Perturbações da Personalidade (7, 25%) e Perturbação do Controlo de Impulsos (2; 7,1%), ou em que não haja psicopatologia subjacente mas uma rede de suporte frágil. Nestas circunstâncias, o internamento pode inclusive reforçar

o recurso a este tipo de comportamentos. Apesar de não consensual o diagnóstico de Perturbação de

Personalidade antes dos 18 anos de idade, o diagnóstico de Perturbação Borderline pode ser considerado aos 15 anos quando estão presentes evidentes critérios de diagnóstico para além da idade[13].

Salientamos que este número, apesar de não permitir realizar estatística analítica (associando as variáveis), permite ter um panorama de quem são estes jovens com TS.

Trata-se de uma amostra em que se observa um predomínio de raparigas, o que vai de acordo ao descrito em estudos internacionais, com uma idade média de 14 anos. Muitos apresentam insucesso escolar (46%; 13), o que pode corresponder a um sinal de alarme para episódio depressivo com potencial risco de suicídio[14]. A falta de estrutura familiar é patente nestes jovens, de referir ainda que apenas 25% (7) pertence a uma família nuclear. Cerca de 39,2% (11) apresentava antecedentes familiares de doença psiquiátrica nos pais e 21% (6) referia antecedentes familiares de TS; estes dados são também compatíveis com outros estudos que referem a presença de doença afectiva parental e tentativas de suicídio na família como factores de risco para suicídio completo[14].

Muitos adolescentes apresentavam seguimentos anteriores (60,7%; 17) e TS prévios (30,1%; 14), o que provavelmente indicia, ou uma baixa adesão ao seguimento, ou a presença de estratégias ineficazes de controlo da suicidalidade.

O consumo de substâncias é relativamente baixo, valor provavelmente subestimado e susceptível de erro de registo ou ocultação.

Existe pouca informação acerca do diagnóstico prévio já que em 60% dos jovens com seguimentos anteriores, apenas metade apresentava diagnóstico clínico, sendo o mais prevalente, de acordo com o esperado, a Perturbação Depressiva *Major*.

Relativamente aos métodos utilizados, também não são surpreendentes, sendo o mais comum a intoxicação medicamentosa, praticada em casa. O aviso prévio ocorreu em pelo menos 17,9% (5) da amostra, no entanto, em 46,4% (13) dos casos não existia informação relativa a este aspecto; realça-se a necessidade de atender com atenção a este tipo de avisos. Em muitos casos existiu um evento precipitante, sendo mais habitual a existência de conflito familiar, o que vai de acordo com a Literatura actual; sublinha-se a necessidade de intervenção familiar na maioria dos casos de CAD adolescentes[3] que é geralmente realizada durante o período do internamento.

Quanto à intervenção farmacológica, preconiza-se como terapêutica de primeira linha na Perturbação Depressiva em Crianças e Adolescentes os SSRI[6] o que vai ao encontro do esperado no presente trabalho, de uma forma geral, já que 7 jovens apresentavam diagnóstico de Depressão *Major* na altura da alta e 6 estavam medicados com antidepressivos (AD); já em quadros clínicos em que estejam patentes comportamentos de carácter impulsivo os Estabilizadores de Humor e os Neurolépticos estão mais indicados, o que parece também justificar o facto de estes grupos de psicofármacos terem sido mais prescritos que os AD.

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, também 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.

Bibliografia

- [1] Claes L, Vandereycken W. Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Compr Psychiatry* 2007; 48(2):137-144.
- [2] Sampaio D. Ninguém morre sozinho. Lisboa: Editorial Caminho, 2006.
- [3] Oliveira A, Sampaio D. Arriscar Morrer Para Sobreviver - Olhar Sobre o Suicídio Adolescente. *Análise Psicológica* 2001; 4 (XIX): 509-521.
- [4] World Health Organization. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide, York, 22-26 September 1986: summary report, In Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide.
- [5] Madge N, Hewitt A, Hawton K, Hawton K, Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(6):667-677.
- [6] Shaffer D, Pfeffer C, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson S et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior; *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40: 7.
- [7] Shain, Benjamin N. & the Committee on Adolescence. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents; *Pediatrics* 2007; 120: 3.
- [8] Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) 2006, disponível em: www.cdc.gov/ncipc/wisqars, consultado em Abril de 2009.
- [9] Bridge JA, Greenhouse JB, Weldon AH, Campo JV, & Kelleher KJ. Suicide trends among youths aged 10 to 19 years in the United States, 1996-2005. *JAMA* 2008; 300(9), 1025-1026.
- [10] Cynthia R, Pfeffer MD. Suicidal Behavior in Children and Adolescents: Causes and Management. Em: Marti A, Volkmar F. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Connecticut: Lippincott Williams & Wilkins; 2007, pag. 531-537.
- [11] Cruz D., Sampaio D, Santos N, Narciso I. *Comportamentos Auto-Destrutivos na Adolescência: Experiência de Avaliação Clínica por uma equipa Hospitalar*. 2007; *Saúde Mental*, XIX (4): 10-22.
- [12] Shaffer D, Gutstein J. Suicide and Attempted Suicide. Em: Rutter M, Taylor E. *Child and Adolescent Psychiatry*. UK: Blackwell Publishing; 2002, p 529-546.
- [13] Krunenberg PF, Weiner AS & Bardenstein KK. *Transtornos da Personalidade em Crianças e Adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- [14] Dervic K, Brent DA & Oquendo MA. Completed suicide in childhood. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31(2), 271-291.
- [15] Sampaio D. Intervenção familiar em adolescentes suicidas, *Psychologica* 2002; 31, 85-92.