

O que fazer quando o diagnóstico é uma tentativa de suicídio? Tratamento multiprofissional para pacientes pediátricos

What to do when the diagnosis is a suicide attempt? Multiprofessional treatment for pediatric patients

¿Qué hacer cuando el diagnóstico es un intento de suicidio? Tratamiento multiprofesional para pacientes pediátricos

Laura Teixeira Bolasell¹  <https://orcid.org/0000-0001-9779-7842>

Julia Schneider Hermel¹  <https://orcid.org/0000-0003-1513-4696>

Nelly Rosa Murillo Zegarra¹  <https://orcid.org/0000-0002-6259-9771>

Silvana Palmeiro Marcantonio¹  <https://orcid.org/0009-0006-8734-3998>

Clarissa Weiss Iuchno¹  <https://orcid.org/0000-0001-9092-5215>

Thiago Botter Maio Rocha¹  <https://orcid.org/0000-0002-3080-6078>

Jeniffer Lorenzi¹  <https://orcid.org/0009-0004-3514-1492>

João Ronaldo Mafalda Krauser¹  <https://orcid.org/0000-0002-1802-6175>

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi descrever o perfil de pacientes atendidos em uma unidade pediátrica após tentativa de suicídio (TS).

Métodos: Estudo retrospectivo com análise dos dados de prontuários médicos de pacientes de 8 a 18 anos admitidos na unidade de emergência pediátrica após uma TS no período de julho de 2018 a abril de 2023. Os dados das características sociodemográficas e da TS (por exemplo, método, natureza) foram analisados, bem como os antecedentes psicossociais e familiares, e detalhes da hospitalização (por exemplo, resultados do cuidado).

Resultados: No total, 87 pacientes após TS foram tratados, as quais eram predominantemente do sexo feminino (92%) com idade média de 14,05 anos (DP=3,96). Overdose/envenenamento por medicamentos foi o método mais comum (87%), com 57% das tentativas descritas como impulsivas. Notavelmente, 41% tiveram tentativas anteriores de suicídio e 62% apresentaram histórico de comportamento autodestrutivo. A maioria dos pacientes (67%) tinha histórico de tratamento psicológico/psiquiátrico e, em 28% dos casos, um dos pais tinha diagnóstico psiquiátrico. Além disso, 11% tinham histórico familiar de suicídio. Em média, os pacientes permaneceram 6,12 dias no hospital, 82% dos pacientes receberam alta com recomendações de cuidados contínuos de saúde mental e 15% foram transferidos para instalações psiquiátricas.

Conclusão: O estudo ressalta a necessidade urgente de políticas de saúde pública e investimentos em cuidados de saúde mental para crianças e adolescentes em todos os cenários de assistência à saúde e níveis de complexidade.

Abstract

Objective: The aim of this study was to describe the profile of patients treated in a pediatric unit after a suicide attempt (SA).

Methods: Conducted retrospectively, data from medical records of patients aged 8 to 18 admitted via the pediatric emergency unit after a SA during the period of July 2018 to April 2023 were analyzed. Data on sociodemographic traits, SA characteristics (e.g., method, nature), psychosocial and familial background, and hospitalization details (e.g., care outcomes) were analyzed.

Results: A total of 87 patients were treated after SA, predominantly female (92%) with an average age of 14.05 years (SD=3.96). Medication overdose/poisoning was the most common method (87%), with 57% of attempts described as impulsive. Notably, 41% had prior suicide attempts, and 62% exhibited self-harming behavior history. Most patients (67%) had a history of psychological/psychiatric treatment, and in 28% of cases, a parent had a psychiatric diagnosis. Additionally, 11% had a family history of suicide. Patients had an averaged stay of 6.12 days in the hospital, with 82% of patients discharged with recommendations for ongoing mental health care and 15% transferred to psychiatric facilities.

Conclusion: The study underscores the pressing need for public health policies and investments in mental health care for children and adolescents across all healthcare settings and levels of complexity.

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue describir el perfil de los pacientes atendidos en una unidad pediátrica tras un intento de suicidio (AS).

Descritores

Enfermagem pediátrica; Tentativa de suicídio; Adolescência; Pediátrica; Hospitalar

Keywords

Pediatric nursing; Suicide attempt; Adolescence; Pediatric; Hospital

Descriptores

Enfermería pediátrica; Intento de suicidio; Adolescencia; Pediatría; Hospital

Como citar:

Bolasell LT, Hermel JS, Zegarra NR, Marcantonio SP, Iuchno CW, Rocha TB, et al. O que fazer quando o diagnóstico é uma tentativa de suicídio? Tratamento multiprofissional para pacientes pediátricos. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2024;24:eSOBEP202418.

¹Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Autor correspondente: Laura Teixeira Bolasell | E-mail lauratolasell@gmail.com

Submetido: 15 de Novembro de 2024 | Aceito: 18 de Dezembro de 2024

DOI: 10.31508/1676-3793202418

Métodos: Realizado de forma retrospectiva, se analizaron los datos de las historias clínicas de los pacientes de 8 a 18 años ingresados a través de la unidad de urgencias pediátricas tras un AS durante el período de julio de 2018 a abril de 2023. Se analizaron datos sobre rasgos sociodemográficos, características de SA (por ejemplo, método, naturaleza), antecedentes psicosociales y familiares, y detalles de hospitalización (por ejemplo, resultados de la atención).

Resultados: Un total de 87 pacientes fueron tratados tras SA, predominantemente mujeres (92%) con una edad media de 14,05 años (DE=3,96). La sobredosis de medicamentos/envenenamiento fue el método más común (87%), y el 57% de los intentos se describieron como impulsivos. En particular, el 41% había tenido intentos de suicidio previos y el 62% presentaba antecedentes de conductas autolesivas. La mayoría de los pacientes (67%) tenían antecedentes de tratamiento psicológico/psiquiátrico, y en el 28% de los casos, uno de los padres tenía un diagnóstico psiquiátrico. Además, el 11% tenía antecedentes familiares de suicidio. Los pacientes tuvieron una estancia media de 6,12 días en el hospital; el 82% de los pacientes fueron dados de alta con recomendaciones de atención de salud mental continuada y el 15% fueron trasladados a centros psiquiátricos.

Conclusion: El estudio subraya la necesidad apremiante de políticas de salud pública e inversiones en atención de salud mental para niños y adolescentes en todos los entornos sanitarios y niveles de complejidad.

Introdução

O suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens de 10 a 17 anos.⁽¹⁾ Globalmente, ocorrem mais de 700.000 suicídios a cada ano⁽²⁾ e recentemente houve aumento significativo das taxas de suicídio e tentativas de suicídio (TS) entre jovens. No Brasil, um estudo realizado em grandes cidades demonstrou um aumento de aproximadamente 25% nos suicídios adolescentes entre 2006 e 2015.⁽³⁾ De acordo com a American Foundation for Suicide Prevention,⁽⁴⁾ pesquisas recentes sobre comportamentos de risco na infância mostram que 8% das crianças de 9 a 12 anos relataram pelo menos uma TS, com maior prevalência entre as meninas.

Estudos realizados no Brasil também destacaram as vulnerabilidades de saúde mental enfrentadas por crianças e adolescentes. Um estudo de coorte realizado em uma clínica psiquiátrica ambulatorial no Brasil encontrou que 30% dos pacientes com comportamentos autolesivos tinham menos de 18 anos.⁽⁵⁾ Pesquisas que caracterizam TS e autolesão entre adolescentes mostraram que a maioria daqueles que tentaram suicídio eram do sexo feminino e tinham histórico de transtornos mentais, e envenenamento foi o método mais comumente utilizado.^(6,7)

Durante a pandemia de COVID-19, o distanciamento social e o fechamento das escolas impactaram negativamente a saúde mental das crianças,⁽⁸⁾ com aumento das taxas de depressão e ansiedade, especialmente entre adolescentes de 13 a 15 anos e mulheres,^(9,10) e das taxas de suicídio e TS.^(11,12) No período pós-pandemia, as taxas permaneceram mais altas, especialmente entre as mulheres de 17-18 anos.⁽¹³⁾ Tentativas de suicídio impulsivas aumentaram em todos os grupos etários, com envenenamento e autolesão nota-

velmente mais elevados entre os adolescentes, especialmente aqueles com condições psiquiátricas prévias e histórico de TS.⁽¹³⁾

Embora muitos estudos tenham enfatizado o aumento da ideação suicida e das TS, juntamente com a identificação de certos fatores prevalentes nesses casos (por exemplo, gênero feminino e envenenamento),⁽¹⁰⁻¹³⁾ pouco se sabe sobre os perfis desses adolescentes em termos de histórico familiar, dinâmicas familiares e antecedentes de saúde mental. Compreender essas variáveis é crucial para desenvolver programas de prevenção e políticas públicas eficazes. Além disso, estudos recentes com foco em adolescentes no contexto brasileiro são escassos. Esse fenômeno requer uma exploração mais aprofundada, pois representa um problema significativo de saúde pública global e gera desafios de classificação nos serviços de saúde.^(2,14)

Este estudo surgiu do crescente número de famílias que procuraram atendimento pediátrico de emergência no [excluído para revisão por pares] após uma TS de um adolescente. Embora não se especialize em admissões psiquiátricas pediátricas, o [excluído para revisão por pares] registrou um aumento nas admissões de adolescentes por TS durante a pandemia de COVID-19. Isso motivou a necessidade de reestruturar os protocolos institucionais e fornecer treinamento para a equipe multiprofissional a fim de garantir o atendimento adequado para esses casos. [Excluído para revisão por pares] é um hospital privado com serviços pediátricos abrangentes, incluindo uma enfermagem pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e um dos principais departamentos de emergência pediátrica privada de [cidade, excluído para revisão por pares]. Reconhecendo a necessidade de melhorar a compreensão desse tema, nosso objetivo foi delinear o perfil dos pacientes tratados na uni-

idade pediátrica do [excluído para revisão por pares] após uma TS, examinando fatores sociodemográficos, características da tentativa, histórico psicossocial, dinâmicas familiares e resultados da hospitalização.

Método

Foi realizada uma coleta retrospectiva de dados por meio da revisão dos prontuários médicos de todos os pacientes de 8 a 18 anos admitidos pelo departamento de emergência pediátrica após uma TS entre julho de 2018 e abril de 2023. Notas de progresso da equipe médica e da equipe multidisciplinar, presentes no prontuário eletrônico, foram utilizadas para reunir os seguintes dados:

1. Características sociodemográficas, incluindo idade e sexo.
2. Características da TS, identificando o método empregado (overdose de medicamentos, enforcamento ou outros), os fatores desencadeantes (por exemplo, conflito familiar), o local da ocorrência (por exemplo, casa, escola), a natureza da tentativa (impulsiva ou premeditada) e o uso concomitante de substâncias psicoativas.
3. O histórico psicossocial do paciente, que incluiu variáveis do perfil emocional, como identificação de conflitos de gênero, o histórico de saúde mental do paciente e da família (por exemplo, tratamento psicológico ou psiquiátrico prévio, histórico familiar de suicídio), o início dos sintomas emocionais (durante a pandemia ou antes), o relacionamento escolar (protetor, neutro ou envolvendo bullying), histórico de violência, TS anterior e histórico de autolesão.
4. Caracterização familiar, que envolveu a identificação da rede de apoio do paciente, se é protetora, tem vulnerabilidades ou está ausente, classificando a dinâmica de funcionamento familiar. O funcionamento familiar foi avaliado com base nas notas de progresso no prontuário eletrônico e através da observação profissional usando a Escala de Avaliação Global de Funcionamento nas Relações (GARF). Esta escala foi validada para uso no Brasil⁽¹⁵⁾ e classifica as situações em 5 pontos, permitindo que o avaliador atribua uma pontuação de 1 a 99 para o funcionamento geral

da família; pontuações mais altas indicam melhor funcionamento familiar.

5. Características da hospitalização, incluindo a duração média da estadia e os desfechos do atendimento - encaminhamentos ou transferências realizadas.

Análises descritivas das variáveis foram realizadas usando o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 20.0). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do [excluído para revisão por pares] (número do protocolo 7.019.939) (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 73731423.4.0000.5330).

Resultados

Durante o período de julho de 2018 a abril de 2023, um total de 87 TS foram atendidas no departamento de emergência pediátrica. O ano com o maior número de TS foi 2022, com 36% (n=31) dos casos, seguido por 2021 com 33% (n=29). Em contraste, 2018 teve a menor taxa, com apenas três casos. A idade dos pacientes variou de 8 a 17 anos, com uma média de 14,05 anos (DP = 3,96). A maioria dos pacientes tratados era do sexo feminino (n=82, 94%), e somente cinco eram do sexo masculino.

Características da TS

O método mais comum utilizado na TS foi o envenenamento por medicamentos, empregado por 87% (n=76) dos pacientes tratados no departamento de emergência pediátrica. Apenas sete pacientes utilizaram métodos alternativos, incluindo enforcamento (n=4), uso de tesouras (n=1) e ingestão de objetos (n=2). Em relação à natureza das tentativas, 57% (n=50) foram descritas como impulsivas, enquanto 29% (n=25) foram premeditadas. Além disso, seis pacientes descreveram sua TS como uma tentativa de "dormir", com a intenção de aliviar temporariamente seu sofrimento. Os gatilhos para as tentativas variaram, com 37% (n=32) resultando de conflitos familiares, 8% (n=7) de sintomas psicóticos, 6% (n=5) de conflitos de amizade e 5% (n=4) de problemas de relacionamento romântico. A presença de múltiplos conflitos em suas vidas foi identificada como gatilho por 37% (n=32) dos pacientes. O uso de substâncias

psicoativas foi associado a apenas quatro tentativas. A maioria das tentativas ocorreu na residência da família (53%, n=46) ou na casa de um dos pais (31%, n=30); 25 ocorreram na residência da mãe e cinco na do pai. Além disso, duas tentativas foram feitas na escola e duas nas residências dos avós.

Histórico psicossocial

Identificou-se que 41% dos pacientes (n=36) tinham histórico de TS anterior e 62% (n=54) apresentavam histórico de comportamento autolesivo. A maioria dos pacientes já havia sido atendida por pelo menos um profissional de saúde mental, 58 pacientes (67%) tinham histórico de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico prévio, e 19 (22%) relataram acompanhamento irregular de saúde mental. Apenas três pacientes não tinham histórico de tratamento de saúde mental em nenhum momento de suas vidas. No entanto, não foi possível determinar quantos pacientes estavam recebendo acompanhamento regular de saúde mental na ocasião da TS.

Observou-se um histórico significativo de sofrimento emocional antes do período da pandemia de COVID-19 em 44% (n=38) dos casos atendidos. A pandemia teve um impacto significativo, já que levou o surgimento e agravamento rápido dos sintomas de sofrimento emocional observado em 39% (n=34) dos históricos de saúde mental dos pacientes. Apenas 9% (n=8) dos pacientes tratados relataram que o início do sofrimento emocional ocorreu após o término da fase aguda das restrições da pandemia de COVID-19.

Além dos registros prévios de saúde mental, as entrevistas psicológicas e psiquiátricas investigaram qualquer experiência passada de eventos estressantes ou conflitos ligados ao sofrimento emocional. Uma parte considerável (n=31; 36%) dos pacientes revelou histórico de bullying durante os anos escolares, enquanto outros (n=22; 25%) relataram conflitos relacionados ao gênero ou à sexualidade que contribuíram para o sofrimento emocional. Um histórico de abuso foi confirmado em 14% dos registros (n=12), embora esses dados possam subestimar a realidade devido à confidencialidade dessas informações, que muitas vezes não são documentadas nos prontuários eletrônicos multiprofissionais.

Descrição familiar

Um histórico de suicídio familiar foi relatado em 11% (n=10) dos casos, 75% (n=65) não relataram tal histórico e estas informações estavam ausentes em seis registros. Em relação à saúde mental dos pais, em 28% (n=24) dos casos pelo menos um dos pais tinha diagnóstico psiquiátrico, e uma quantidade considerável destes (n=16) não recebia tratamento psiquiátrico adequado.

A rede de apoio dos pacientes foi considerada protetora em 57% (n=51) dos casos. Esta classificação aplica-se quando familiares ou indivíduos próximos estão presentes durante o atendimento de emergência e hospitalização, oferecendo apoio emocional e/ou prático ao paciente. Em contraste, 36% dos pacientes (n=31) tinham uma rede de apoio frágil, onde os membros da família tinham dificuldades para oferecer o apoio emocional e/ou prático necessário para atender às necessidades do paciente.

De acordo com a GARF,⁽¹⁵⁾ em 57% (n=51) dos casos, as famílias apresentavam dificuldades e sofrimento em certas áreas de funcionamento, indicando conflitos não resolvidos, mas demonstrando esforços dos membros para superar tensões e obstáculos existentes. Relações disfuncionais ou insatisfatórias prevaleceram em 24% (n=21) dos casos, onde as famílias enfrentavam dificuldades para compartilhar alegria devido a sentimentos de dor, raiva e paralisia emocional, com conflitos não resolvidos impedindo a comunicação e a interação. Apenas 3% (n=3) das famílias apresentavam funcionamento disfuncional severo, com poucos momentos satisfatórios em seus relacionamentos. Relações satisfatórias foram identificadas em 3% (n=3) das famílias, que demonstravam a capacidade de expressar livremente seus sentimentos e compartilhar valores.

Desfecho do tratamento

A estadia hospitalar média dos pacientes foi de 6,12 dias (DP = 9,65). A internação mais longa durou 22 dias e ocorreram admissões mais curtas de apenas um dia, com o atendimento resolvido na unidade de emergência pediátrica. Muitos pacientes permaneceram hospitalizados para monitoramento clínico, ajustes de medicação, avaliações detalhadas de risco emocional ou organização dos acompanhamentos de saúde mental necessários. Em 15% dos casos (n=13)

foi necessário encaminhamento para internação psiquiátrica em outra instituição. A alta do hospital com recomendação de acompanhamento externo de saúde mental foi o desfecho predominante para os pacientes e representou 82% dos casos atendidos (n=71).

Protocolo de Atendimento na Unidade Pediátrica para TS

No [excluído para revisão por pares], os pacientes e suas famílias são atendidos por uma equipe multidisciplinar composta por pediatras, residentes de pediatria, psiquiatra, psicólogo, nutricionista, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Dentro deste modelo de atendimento, o pediatra, que tipicamente representa um ponto focal de atenção à saúde na história de desenvolvimento das crianças e adolescentes, assume o papel de coordenar o cuidado do paciente junto à equipe, proporcionando monitoramento diário e manejando quaisquer sintomas ou consequências clínicas decorrentes da TS.

O plano de atendimento psicológico envolve sessões diárias sem limite de tempo estabelecido, muitas vezes exigindo um turno de trabalho completo para atender adequadamente à demanda do caso. Tanto o paciente quanto sua família recebem apoio do psicólogo designado, que realiza avaliação psicológica abrangente, oferece apoio emocional e manejo de sintomas comportamentais, e educa a família sobre a gravidade da condição emocional, a necessidade de cuidados de saúde mental e cuidados ambientais (por exemplo, impossibilidade de ficar sozinho e prevenção de acesso a objetos cortantes). Além disso, o psicólogo coordena os encaminhamentos necessários e entra em contato com profissionais de saúde mental externos, caso já estejam envolvidos no tratamento do paciente.

O psiquiatra tem a função de avaliar e diagnosticar corretamente o paciente, bem como tratar seus sintomas com medicação apropriada. Muitos pacientes chegam ao hospital com receitas médicas anteriores, mas sem os ajustes adequados ou monitoramento regular. Além disso, o psiquiatra identifica possíveis riscos e recomenda adaptações no ambiente, como permitir que os pacientes façam caminhadas em áreas específicas do hospital e autorizar o uso de TV ou outros itens no quarto hospitalar.

Quanto à equipe de enfermagem, seu foco está em salvar o paciente, seguindo o protocolo de risco de suicídio. Este envolve a modificação do ambiente do paciente, como remoção de fios, equipamentos e itens potencialmente prejudiciais do quarto, bem como ajuste das disposições das refeições e outros fatores que possam representar risco. A equipe de enfermagem também aprende técnicas para manejar casos psiquiátricos graves e administrar clonazepam “se necessário”, e desenvolve a habilidade de fornecer apoio durante crises do paciente e responder às preocupações familiares, particularmente por meio de tranquilização verbal. Esta equipe é capaz de distinguir diferentes expressões de sofrimento emocional e sintomas que indiquem a necessidade de medicação psiquiátrica, com compreensão do contexto mais amplo de sofrimento do paciente.

A alta hospitalar ocorre assim que as questões que podem ser tratadas no ambiente pediátrico são resolvidas, uma vez que a instituição não dispõe de enfermarias psiquiátricas e serviços especializados. Se o risco de suicídio persistir, os pacientes são transferidos para uma unidade psiquiátrica. No entanto, o objetivo é sempre facilitar a alta com um encaminhamento previamente organizado e acordado para cuidados psicológicos e psiquiátricos contínuos, com comunicação prévia entre o hospital e as equipes externas responsáveis pela continuidade do tratamento do paciente. Além disso, se necessário, um plano de cuidados domiciliares é organizado durante a hospitalização. Nesse contexto em que a maioria dos casos não requer transferência, a abordagem centrada no paciente surge como um modelo de cuidado em saúde mental na pediatria, enfatizando o bem-estar integral.

Discussão

O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil dos pacientes tratados após uma TS em uma unidade pediátrica de um hospital geral. Os achados ressaltam a necessidade crítica de cuidados de saúde mental desde a infância até a adolescência, incluindo todos os cenários e níveis de complexidade na assistência à saúde; desde a atenção primária e seu papel nas escolas, até a emergência e cuidados pediátricos intensivos.

A amostra inclui predominantemente pacientes do sexo feminino, o que indica uma maior vulnerabilidade ao risco de suicídio. Embora essa observação seja consistente com pesquisas anteriores, tanto no Brasil^(6,7) quanto globalmente,^(11,13,16) é importante evitar suposições sobre o risco de suicídio na adolescência baseadas em gênero. Pesquisas mostram que apesar das mulheres serem mais propensas a tentar suicídio, os homens frequentemente utilizam métodos mais letais e têm taxas de conclusão mais altas, e esse padrão está mudando gradualmente.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

Uma significativa angústia emocional relacionada à identidade de gênero e à sexualidade foi observada em pacientes do sexo feminino e masculino. A adolescência é um período marcado pela exploração sexual e formação da identidade, o que pode levar a conflitos nessas áreas.^(20,21) No entanto, poucos estudos examinam a conexão entre esses conflitos e o comportamento suicida. Um estudo observou que as adolescentes com comportamento suicida enfrentavam mais conflitos relacionados ao gênero do que os meninos,⁽²²⁾ sugerindo que tais conflitos podem contribuir significativamente para o comportamento suicida. Isso ressalta a necessidade de abordar essas questões nas entrevistas clínicas e enfatiza que o cuidado na adolescência deve reconhecer e lidar com os conflitos inerentes a essa fase do desenvolvimento, pois eles podem levar ao sofrimento emocional.

Embora a maioria das famílias estivesse presente em um papel de apoio, a hospitalização do adolescente revelou questões negligenciadas dentro da dinâmica familiar. Em particular, 10 casos mostraram um histórico de suicídio na família, e 16 pacientes tinham pelo menos um genitor com uma condição psiquiátrica que não recebia tratamento regular. Um pai compartilhou: “Eu sei que há um histórico de suicídio na família da minha esposa, mas nunca discutimos isso até hoje, quando nossa filha tentou suicídio da mesma forma que a avó”. Fatores como conflitos parentais, falta de apoio e monitoramento inadequado estão relacionados à ideação suicida e automutilação,⁽²³⁻²⁵⁾ e podem afetar as respostas dos adolescentes ao tratamento.⁽²⁶⁾ Portanto, é crucial envolver as famílias nas intervenções de cuidado.

Durante a hospitalização, o suporte psicológico explorou o histórico e os conflitos familiares, aliviando efetivamente tensões e bloqueios emocionais.

Também revelou que atividades rotineiras e cuidados básicos com a saúde eram frequentemente prejudicados pela rigidez e instabilidade emocional, tanto em pais casados, quanto nos separados. Esse ambiente permitiu identificar as dinâmicas familiares e gradualmente restabelecer relações e comunicação mais saudáveis. Para isso, a equipe multidisciplinar realiza reuniões familiares com os principais cuidadores do adolescente, prática que tem se mostrado eficaz no tratamento de adolescentes com histórico de comportamento suicida.⁽²⁷⁾

Reconhecemos que a pandemia de COVID-19 afetou a amostra do nosso estudo, com um aumento de casos atendidos em 2021 (pico da pandemia) e 2022 (retomada das atividades). Essa tendência reflete o contexto global, que mostrou um aumento nas taxas de depressão e TS entre adolescentes em comparação ao período pré-pandemia.^(10-12,28-30) Diversas explicações foram propostas para esse fenômeno, incluindo restrições sociais, fechamento das escolas e o consequente distanciamento dos colegas.⁽⁸⁾ As taxas elevadas de ansiedade e depressão também podem ter contribuído.⁽⁹⁾ É possível também que o aumento do tempo em família tenha exacerbado conflitos e disfunções existentes, ou que os adolescentes tenham se visto sem seus habituais meios de expressão emocional, como a escola e a socialização com os colegas. Esse isolamento dificultou a busca dos adolescentes pelo apoio dos colegas para lidar com os conflitos de identidade típicos desta fase, os quais pareceram persistir mesmo após a retomada das atividades em 2022.

Apesar de uma média de internação hospitalar curta (6,12 dias), um significativo aprimoramento emocional foi observado com frequência. Este aprimoramento foi definido pelo fato de os pacientes adquirirem uma compreensão mais profunda sobre a sua automutilação, expressarem arrependimento pelas ações suicidas, fazerem planos para o futuro e participarem ativamente do acompanhamento psicológico, o que frequentemente trouxe um alívio mais amplo dos sintomas. Para as famílias, houve progresso no reconhecimento da gravidade emocional do paciente, melhoria da coordenação dos cuidados e do envolvimento ativo no tratamento de saúde mental do paciente. Esse resultado, observado em 82% dos casos, é uma fonte de satisfação para a equipe multidisciplinar, que tem aprimorado o atendimento ao longo dos anos. Em nos-

sa experiência, as equipes podem se tornar tão competentes na gestão desses casos, quanto no tratamento de condições graves como oncologia ou trauma.

As limitações do estudo incluem seu desenho descritivo e retrospectivo, o que pode levar à perda de dados, e a utilização de dados de um único hospital privado, limitando a generalização dos achados. Apesar disso, acreditamos que os resultados podem contribuir para discussões sobre o risco de suicídio na pediatria e o tratamento das TS em ambientes clínicos e hospitalares. Combinados com outros estudos, esses resultados podem ajudar a informar políticas públicas de saúde para o cuidado da saúde mental infantil e adolescente.

Conclusão

Infelizmente, a escassez de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes representa um desafio no processo de encaminhamento. Tivemos dificuldades para encontrar unidades psiquiátricas para essa faixa etária, o que resultou em estadias hospitalares mais longas. Serviços ambulatoriais especializados também são escassos nos setores público e privado, o que dificulta os encaminhamentos. Vale destacar que 67% dos nossos pacientes já haviam sido atendidos por pelo menos um profissional de saúde mental, mas muitos não possuíam o devido acompanhamento, provavelmente devido à escassez de serviços especializados, o que pode ter agravado seus sintomas.

Contribuições

Bolasell LT, Hermel JS, Zegarra NRM, Marcantonio SP, Iuchno CW, Rocha TBM, Lorenzi J e Krauzer JRM declaram ter contribuído para a concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e pertinente do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2020-2021. 2023. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/healthUS/topics/suicide.htm>
2. World Health Organization. Suicide. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

3. Jaen-Varas D, Mari JJ, Asevedo E, Borschmann R, Diniz E, Ziebold C, et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: A 10-year retrospective ecological study. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(5):389-395.
4. American Foundation for Suicide Prevention - AFSP. Suicide statistics. 2022. Available from: <https://afsp.org/suicide-statistics/>
5. Vieira MG, Pires MH, Pires OC. Self-mutilation: Pain intensity, triggering and rewarding factors. *Rev Dor Sao Paulo*. 2016;17(4):257-260.
6. Monteiro RA, Bahia CA, Paiva EA, Sá NN, Minayo MC. Hospitalizations due to self-inflicted injuries, Brazil, 2002 to 2013. *Cien Saude Colet*. 2015;20(3):689-99.
7. Pinheiro TP, Warmling D, Coelho EB. Caracterização das tentativas de suicídio e automutilações por adolescentes e adultos notificadas em Santa Catarina, 2014-2018. *Epidemiol Serv Saude*. 2021;30(4):e2021337.
8. Oliveira WA, Silva LJ, Andrade AL, De Micheli D, Carolos DM, Silva MA. A saúde do adolescente em tempos de Covid-19: Scoping review. *Cad Saude Publica*. 2020;36(8):e00150020.
9. Kauhanen L, Yunus WM, Lempinen L, Peltonen K, Gyllenberg D, Mishina K, et al. A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32:995-1013.
10. Panchal U, Pablo GS, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C, Fusar-Poli P. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: Systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;32(7):1151-1177.
11. Hill RM, Rufino K, Kurian S, Saxena J, Saxena K, Williams L. Suicide ideation and attempts in a pediatric emergency department before and during Covid-19. *Pediatrics*. 2021;147(3):e2020029280.
12. Zhang L, Zhang D, Fang J, Wan Y, Tao F, Sun Y. Assessment of mental health of Chinese primary school students before and after school closing and opening during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(9):e2021482.
13. Kim MJ, Paek SH, Kwon JH, Park SH, Chung HJ, Byun YH. Changes in suicide rate and characteristics according to age of suicide attempters before and after Covid-19. *Children (Basel)*. 2022;9(2):151.
14. Pathirathna ML, Nandasena HM, Atapattu AM, Weerasekara I. Impact of the Covid-19 pandemic on suicidal attempts and death rates: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2022;22:506.
15. Falceto OG, Busnello ED, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;7(4):255-63.
16. An YJ, Paek SH, Kim OJ, Kim JA, Kwon JA, Kim MJ. Gender differences in characteristics of adolescents with suicide attempt at the emergency department. *Pediatr Emerg Med J*. 2020;7(2):120-6.
17. Chang Q, Shi Y, Yao S, Ban X, Cai Z. Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and suicide attempts among children and adolescents under 18 years of age in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2024;25(3):2090-2102.
18. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*. 2019;64:265-283.
19. Meter AR, Knowles EA, Mintz EH. Systematic review and meta-analysis: International prevalence of suicidal ideation and attempt in youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023;62(9):973-86.
20. Erikson E. *Childhood and society*. New York: WW Norton and Company; 1963.
21. Papalia D, Feldman RD. *Desenvolvimento humano*. 8th ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
22. Pinhas L, Weaver H, Bryden P, Ghabbour N, Toner B. Gender-role conflict and suicidal behaviour in adolescent girls. *Can J Psychiatry*. 2002;47(5):473-6.
23. Boyd DT, Quinn CR, Jones KV, Beer OW. Suicidal ideations and attempts within the family context: The role of parent support, bonding, and peer experiences with suicidal behaviors. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2022;1740-9.
24. Ville DC, Whalen D, Breslin FJ, Morris AS, Khalsa SS, Paulus MP, et al. Prevalence and family-related factors associated with suicidal ideation, suicide attempts, and self-injury in children aged 9 to 10 years. *JAMA Netw Open*. 2020;3(2):e1920956.
25. Opperman K, Czyz EK, Gipson PY, King CA. Connectedness and perceived burdensomeness among adolescents at elevated suicide risk: An examination of the interpersonal theory of suicidal behavior. *Arch Suicide Res*. 2015;19:385-400.
26. Huey SJ Jr, Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins CA, Cunningham PB, Pickrel SG. Predictors of treatment response for suicidal youth referred for emergency psychiatric hospitalization. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2005;34:582-589.

27. Babeva KN, Klomhaus AM, Sugar CA, Fitzpatrick O, Asarnow JR. Adolescent suicide attempt prevention: Predictors of response to a cognitive-behavioral family and youth centered intervention. *Suicide Life Threat Behav.* 2020;50(1):56-71.
28. Brewer AG, Doss W, Sheehan KM, Davis MM, Feinglass JM. Trends in suicidal ideation-related emergency department visits for youth in Illinois: 2016-2021. *Pediatrics.* 2022;150(6):e2022056793.
29. Shankar LG, Habich M, Rosenman M, Arzu J, Lales G, Hoffmann JA. Mental health emergency department visits by children before and during the COVID-19 pandemic. *Acad Pediatr.* 2022;22:1127-1132.
30. Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, Sheppard M, Gates A, Stein Z, et al. Emergency department visits for suspected suicide attempts among persons aged 12-25 years before and during the COVID-19 Pandemic - United States, January 2019-May 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70:888-894.