

CAMILA MARQUES DE VALOIS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS TENTATIVAS DE
SUICÍDIO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
REGISTRADAS NO CENTRO DE INFORMAÇÕES
TOXICOLÓGICAS DE SANTA CATARINA, NO PERÍODO DE
JANEIRO DE 2003 A DEZEMBRO DE 2007**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2008**

CAMILA MARQUES DE VALOIS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS TENTATIVAS DE
SUICÍDIO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
REGISTRADAS NO CENTRO DE INFORMAÇÕES
TOXICOLÓGICAS DE SANTA CATARINA, NO PERÍODO DE
JANEIRO DE 2003 A DEZEMBRO DE 2007**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício Pereima
Professora Orientadora: Prof^a. Dra. Marlene Zannin
Médica Co-orientadora: Dra. LÍlian Schwanz Lucas**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2008**

À força maior que nos guia

Aos meus pais

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais por todo carinho desde o meu nascimento, pelo empenho na minha educação e passagem de valores como responsabilidade, respeito e dedicação. Agradeço também pelos sacrifícios que fizeram visando sempre o melhor para mim e para meu irmão.

Agradeço aos meus avós, princípio de tudo, por todo carinho e atenção dispensados. Aos meus padrinhos, segundos pais, não só pelo carinho, pelas acolhidas em sua casa, mas também pelo apoio. Às minhas tias que sempre torceram por mim. À Tia Fátima, exemplo de dedicação aos seus pacientes. Aos meus avós e tios de consideração, que exercem papel fundamental em minha vida. À Tia Nízia, que atenciosamente me aconselhou na confecção deste trabalho. À Tia Neida pela preocupação.

Aos meus primos queridos, aos meus amigos cariocas, que apesar da distância, sei e sinto que torcem por mim. Às minhas amigas da escola pelo papel importante que ocuparam e ocupam na minha vida. Ao querido G8, pela paciência, conselhos e companhia, por me auxiliarem na decisão do tema e por estarem presentes ao meu lado todos os dias. À minha dupla de internato, que me apoiou nesse período tão estressante de confecção deste trabalho e me acompanha não somente nos dias felizes, mas nos dias tristes e de mau humor. Ao Leonardo por tantas vezes ouvir pacientemente sobre o trabalho.

À Professora Marlene que gentilmente aceitou meu convite e pacientemente me orientou na confecção desse trabalho, à Dra. Lillian que foi extremamente solícita, cedendo seu tempo em auxílio a elaboração desse trabalho, discutindo pacientemente comigo minhas dúvidas e me esclarecendo conceitos. À Dra. Adriana pelo interesse em meu trabalho e auxílio no seu processo.

A toda equipe de plantonistas e médicos do CIT/SC, aos seus funcionários, Ieda, Dani, Marizete, Guilherme e Vinícius que muito me ajudaram.

A minha prima Djali, que auxiliou na tradução do resumo.

RESUMO

Introdução: Acreditava-se que crianças não fossem capazes de contemplar nem executar atos suicidas; hoje, já se sabe que a tentativa de suicídio é a emergência psiquiátrica mais comum na adolescência, sendo a intoxicação o método mais frequente. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico das tentativas de suicídio por intoxicação em crianças e adolescentes, registradas no Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC). **Método:** Estudo descritivo, retrospectivo, realizado no banco de dados do CIT/SC com casos registrados como “tentativa de suicídio” e idade entre zero e 19 anos, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007. **Resultados:** Foram registrados 1.333 casos, 18% do total de tentativas, com predomínio de registros no sexo feminino (82%), em zona urbana (88%), com a ocorrência de 92% na residência, entre às 18 e 24 horas (43%). Foi observado um aumento do número de casos a partir dos 12 anos com predomínio de 79% da faixa etária de 15 a 19 anos e mediana de 16 anos. Os medicamentos foram utilizados em 70% dos casos e agrotóxicos em 17%. A recorrência foi observada em 11 pacientes. A sintomatologia ocorreu em 73% dos casos e 39% necessitaram de internação. Foram registrados dois óbitos por medicamentos e dois por agrotóxicos. **Conclusões:** Os centros de intoxicação podem servir como fonte de informação ao médico assistente, não só quanto aos aspectos toxicológicos, mas também quanto à gravidade do evento e a necessidade de avaliação psiquiátrica e psicológica, agindo no sentido de prevenir a recorrência das tentativas.

ABSTRACT

Background: It was believed that children were not capable of either contemplating or performing suicidal acts. Nowadays, it's known that suicide attempt is the most common psychiatric emergency in adolescence, being poisoning the most frequent method used.

Objective: To analyze the epidemiological profile of children and adolescents, who attempted suicide, and whose records are registered in the Santa Catarina Poison Center (CIT/SC).

Method: Descriptive and retrospective study within CIT's database regarding cases registered as "suicide attempts" concerning people from zero to 19 years old, which have taken place between January, 2003 and December, 2007.

Results: 1.333 cases have been registered, which represents 18% of the total attempts. Most of the records regards the feminine sex (82%), occurs in urban areas (88%), 92% of the attempts takes place at home, between 6 pm and midnight (43%). An increase in the number of attempts made by people aged 12 and over has been observed, prevailing in 79% of the cases the ages 15 to 19, with a 16 years old median. Medicines have been used in 70% of the occurrences and pesticides in 17%. Recurrence has been noticed in 11 patients. Symptomatology occurred in 73% of the cases and 39% of them needed hospitalization. Two deaths caused by medicines and two deaths caused by pesticides have been registered.

Conclusions: Poison centers may work as sources of information to the doctors, concerning not only toxicological aspects, but also the event harshness as well as the need of psychiatric and psychological assessment, so that it's possible to prevent recurrences.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de desenvolvimento transicional do comportamento suicida em jovens, adaptado de Bridge, 2006.....	8
Figura 2: Total de intoxicações atendidas no período estudado , o número total de tentativas de suicídio e a ocorrência em crianças e adolescentes CIT/SC; 2003-2007.....	22
Figura 3: Tentativas de suicídio com agente tóxico em pacientes com idade compreendida entre zero e 19 anos em relação a todas as tentativas de suicídio atendidas pelo CIT/SC; 2003-2007.....	23
Figura 4: Tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos distribuído por ano. CIT/SC; 2003-2007.....	23
Figura 5: Mês de ocorrência das tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos . CIT/SC; 2003-2007.....	24
Figura 6: Zona de ocorrência das tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.....	24
Figura 7: Local de ocorrência das tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.....	26
Figura 8: Hora de ocorrência das tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.....	26
Figura 9: Idade dos pacientes nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.....	27
Figura 10: Gênero dos pacientes nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos tóxicos. CIT/SC; 2003-2007.....	28
Figura 11: Classe de agentes tóxicos nas tentativas de suicídio em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.....	28
Figura 12: Dez princípios medicamentosos mais freqüentes nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos CIT/SC; 2003-2007.....	29
Figura 13: Presença de manifestações clínicas nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.....	30

Figura 14. Internação nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos de acordo. CIT/SC; 2003-2007.....	32
Figura 15: Realização de triagem toxicológica nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.....	33
Figura 16: Evolução quanto à intoxicação das tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.....	33
Figura 17: Subgrupos dos agentes utilizados nos suicídios consumados com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Município de ocorrência das tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.....	25
Tabela 2. Faixa etária dos pacientes nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos .CIT/SC; 2003-2007.....	27
Tabela 3. Grupo dos 25 principais agentes utilizados na tentativa de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.....	30
Tabela 4. Dez manifestações clínicas mais comuns na admissão do paciente nas tentativas de suicídio com Amitriptilina, Carbamato, Clonazepam, Paracetamol e Carbamazepina em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.....	31
Tabela 5. Dias de internação nas tentativas de suicídio em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.....	32
Tabela 6. Suicídios consumados com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e dezenove anos de acordo com sexo. CIT/SC; 2003-2007.....	34

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AACAP	<i>American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>
ADT	Antidepressivos Tricíclicos
CDC	<i>Centers for Disease Controle Prevention</i>
CIT/SC	Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina
CIT/RS	Centro de Informações Toxicológicas do Rio Grande do Sul
EUA	Estados Unidos
FDA	<i>Food and Drug Administracion</i>
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
OMS	Organização Mundial de Saúde
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxicofarmacológicas
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
YRBS	<i>Youth Risk Behavior Survey</i>

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	x
SUMÁRIO	xi
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	3
2.1 Definições	3
2.1.1 Definições de infância e adolescência.....	3
2.1.2 Definições relacionadas às tentativas de suicídio.....	3
2.1.3 Definições relacionadas à intoxicação.....	4
2.2 Compreensão da morte pela criança	4
2.3 Fatores de risco e fatores protetores para a tentativa de suicídio e suicídio	6
2.3.1 Características pessoais.....	6
2.3.2 Características familiares.....	7
2.3.3 Circunstância de vida adversa e fatores sociais.....	7
2.3.4 Fatores protetores.....	8
2.4 História Natural	8
2.5 Característica das tentativas de suicídio e suicídio em crianças e adolescentes	9
2.5.1 Epidemiologia.....	9
2.5.2 Métodos utilizados para as tentativas de suicídio e suicídio.....	12
2.5.3 Letalidade da tentativa.....	12
2.5.5 Fatores desencadeantes e razões para as tentativas de suicídio.....	13

2.6 Tratamento e Prevenção	14
2.6.1 Atendimento na emergência.....	14
2.6.2 Opções de tratamento.....	15
2.6.3 Prevenção.....	17
3 OBJETIVOS	19
3.1 Geral	19
3.2 Específicos	19
4 MÉTODOS	20
4.1 Desenho do Estudo	20
4.2 Local do Estudo	20
4.3 Amostra	20
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	20
4.5 Instrumento para registro de dados	21
4.6 Protocolo de Investigação	21
4.7 Aspectos Éticos	21
5 RESULTADOS	22
6 DISCUSSÃO	35
7 CONCLUSÕES	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
NORMAS ADOTADAS	45

1 INTRODUÇÃO

O suicídio constitui um problema social, afetando grande parcela da população mundial. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam o suicídio como uma das dez maiores causas de morte em todos os países e uma das três maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 35 anos¹ e estima-se que para cada suicídio há, em média, cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que sofrem conseqüências emocionais, sociais e econômicas.²

Embora o Brasil apresente uma taxa geral de suicídios considerada baixa pela OMS, dados obtidos no período de 1994 a 2004 apontam que alguns estados brasileiros já apresentam taxas comparáveis aos países apontados como de freqüência de média a elevada.² Além disso, estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes, já que os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio.²

Antigamente acreditava-se que crianças não fossem capazes de contemplar nem executar atos suicidas; entretanto, um crescente número de pesquisas tem demonstrado que crianças planejam, tentam e completam suicídios.³ No final da década de 70 e início da década de 80 a ideação suicida foi inicialmente reconhecida nos Estados Unidos como um problema nacional de saúde mental na juventude e muitos avanços foram feitos no entendimento da ideação em crianças e adolescentes.⁴ Hoje, já se sabe que a tentativa de suicídio é a emergência psiquiátrica mais comum na adolescência.⁵

Estimar números verdadeiros em tentativas de suicídio em crianças jovens é difícil.³ Muitas vezes os casos passam despercebidos pela equipe médica como acontecimentos acidentais ou são disfarçados pela família. Um estudo americano grande e representativo chamado *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS) conduzido em 2007 pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) em que foram entrevistados 14.041 estudantes revela que 14,5% dos entrevistados consideraram seriamente a tentativa de suicídio no último ano, 11,3% elaboraram um plano e 6,9% tiveram uma ou mais tentativas, sendo que 2% necessitaram de atendimento médico ou de enfermagem.⁶

A intoxicação exógena é uma das formas de tentativa de suicídio, sendo responsável pela grande maioria dos casos nos Estados Unidos (EUA).⁷⁻⁹ O número real de intoxicações como forma de tentativa de suicídio é desconhecido, já que muitas ocorrências não são

notificadas. A aparente baixa letalidade das intoxicações deve-se a possibilidade de intervenção precoce através do atendimento médico.

Essa busca pelo atendimento médico torna o pediatra um valioso recurso para a avaliação das tentativas de suicídios em crianças e adolescentes. É ele, frequentemente, o primeiro contato desse paciente, portanto o mesmo se torna um dos gatilhos de prevenção do suicídio.¹⁰ A atenção dos profissionais que realizam o atendimento nas emergências deve ser voltada a importância não só do manejo da intoxicação, mas também do acompanhamento desse paciente por equipe multidisciplinar, devendo ser realizada avaliação psiquiátrica e psicológica.

Este trabalho visa auxiliar a atenção prestada às vítimas de tentativas de suicídio por intoxicação exógena, esclarecendo características das tentativas que auxiliem o diagnóstico e tratamento desses pacientes. Além disso, objetiva destacar a ocorrência desse fato nessa faixa etária e evidenciar a necessidade de acompanhamento adequado para evitar a recorrência de tentativas e obtenção de êxito, já que há risco de nova tentativa de 42% em 21 meses, segundo revisão de Bridge *et al.*¹¹

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Definições

2.1.1 Definições de infância e adolescência

A adoção do critério cronológico objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica. Para a definição cronológica de infância e adolescência será utilizado o conceito da OMS, que circunscreve a adolescência à segunda década da vida, ou seja, de dez a 19 anos.¹² A infância constitui-se do período anterior a adolescência.

2.1.2 Definições relacionadas às tentativas de suicídio

Uma definição consistente é necessária para monitorar a incidência do suicídio, auxiliar nas pesquisas para medir risco e fatores protetores e para determinar a magnitude do problema.¹³

O comportamento suicida existe como uma continuidade de pensar sobre acabar com a vida, ideação suicida, de desenvolver um plano e de um desejo suicida não fatal, tentativa de suicídio e de terminar a vida, suicídio.¹³

Podemos definir:

- Ideação suicida: pensamentos de se ferir ou matar. A severidade da ideação suicida pode ser determinada pela frequência, intensidade ou duração desses pensamentos.¹⁴
- Tentativa de suicídio: ato não fatal, autodestrutivo com o intento explícito ou inferido de morrer.¹⁴
- Suicídio: ato fatal, autodestrutivo com o intento explícito ou inferido de morrer.¹⁴

A ideação ou atos suicidas podem ocorrer em pré-escolares, escolares e adolescentes. Sua definição é a mesma para crianças, adolescentes e para adultos: é a preocupação ou o ato que intencionalmente tem como objetivo causar injúria ou morte de si próprio. A ideação suicida é episódica, sendo que um episódio de ideação suicida ou ato pode ser agudo e breve ou durar diversas horas ou dias. Ao longo do tempo, repetidos episódios podem ocorrer.⁴

A ideação suicida não é um diagnóstico psiquiátrico, mas um sintoma psiquiátrico. A sua caracterização é feita pela informação da criança e de outras pessoas. O questionamento direto sobre a presença do fenômeno suicida envolve inquirir sobre pensamentos ou desejo de matar-se e um plano de intento suicida.⁴

Apesar da intenção de causar injúria em si próprio ou de morrer ser um elemento essencial para as definições ligadas ao suicídio, não é necessário que a criança tenha um conceito maduro da finalidade de morte.⁴

2.1.3 Definições relacionadas à intoxicação

Um intoxicante é qualquer substância que pode ser perigosa para o corpo humano quando ingerida, inalada, injetada, ou absorvida pela pele. Qualquer substância pode ser intoxicante. Essa definição não inclui reações adversas a medicações corretamente utilizadas. Intoxicações são intencionais ou não intencionais. Se a pessoa que utilizou a substância queria causar danos, então há uma intoxicação intencional, como ocorre nos suicídios.¹⁵

2.2 Compreensão da morte pela criança

Há muitos anos investiga-se sobre a compreensão da morte pela criança. Diferentes tipos de estudos foram realizados, enfocando não só a idade em que a criança compreende a morte, mas também o nível cognitivo em que isso é alcançado.

As crianças nas fases iniciais do desenvolvimento freqüentemente pensam sobre a morte como reversível, atribuem funções definidoras da vida às coisas mortas e não acreditam na inevitabilidade da morte.¹⁶

No que se refere à idade, a maioria das pesquisas sugere que a aquisição dos três componentes - irreversibilidade, não-funcionalidade e universalidade - situa-se em torno dos sete anos.¹⁶ A irreversibilidade constitui na impossibilidade de retornar ao estado anterior, morte do corpo; a não funcionalidade na compreensão de que todas as funções definidoras da vida cessam com a morte e a universalidade de que tudo que é vivo morre.

Segundo Vendruscolo¹⁷, a criança que vivencia uma situação relacionada à morte, seja a possibilidade de sua própria morte, ou mesmo a perda de pessoas queridas, mantém impressa em seu psiquismo, registros e emoções a esse respeito. A maneira como ela organiza e expressa sua compreensão e seus sentimentos está relacionada ao seu desenvolvimento afetivo e cognitivo.¹⁷

Alguns aspectos relacionados à temática da morte nas cinco etapas do desenvolvimento merecem destaque. Um primeiro grupo a ser considerado envolve as crianças muito pequenas até os três anos de idade. Por volta dos dois anos, a criança possui representações mentais do mundo, crescendo a possibilidade imaginativa, enfatizando-se os pensamentos mágicos. As crianças que vivenciam uma perda nessa etapa, certamente sofrem o impacto da mesma, porém a comunicação de seu sofrimento pode ser incompreendida. A

criança, nessa fase, já sente falta de quem morreu, mas esse conceito abstrato não é apreendido. Para ela, a pessoa não está mais ali, mas voltará, como outros saem e voltam. Entretanto, com o passar do tempo, a demora do retorno pode suscitar sinais de incômodo. Além desse aspecto, a criança nota a alteração emocional e até do cotidiano dos adultos com quem convive e, pelo processo imaginativo, começa a buscar suas formas de compreender aquela situação.¹⁷

No período compreendido entre três a cinco anos, o pensamento ainda é ilógico e egocêntrico. Os desejos exercem acentuada influência acerca da compreensão dos fenômenos do mundo. Frente à situação relacionada à morte já é possível ocorrer questionamentos sobre a causa, sendo que, devido ao egocentrismo, em muitas situações pode a mesma ser associada, em sua imaginação, a alguma de suas ações. Nessa fase, emerge o conceito de morte como imobilidade em contraposição ao de estar vivo, representado pelo movimento. Ainda há uma associação da morte com separação e sono, e mantém-se a visão de morte como forma não definitiva, permanecendo a noção de reversibilidade.¹⁷

Por volta de cinco ou seis anos, a vida escolar torna-se mais intensa e sua importância aumenta, cognitivamente começa a ocorrer a preocupação com regras, apesar do pensamento ainda ser concreto. A idéia de morte ainda não é universal, ou seja, não acontece a todos. Há uma tendência a personificar a morte e representá-la em figuras. A noção de irreversibilidade começa a se instalar, bem como a concepção de que não pode ser evitada. Há muita associação da morte com o sono, a perda de consciência e é gerado um grande medo frente à separação, à obscuridade e ao vazio.¹⁷

Entre nove e dez anos, em continuidade aos processos descritos anteriormente, as crianças já percebem que a morte envolve a cessação das atividades corpóreas e há diminuição do pensamento mágico. A criança é capaz de incluir-se à idéia de morte, mas atribui o fim da vida à velhice e à doença.¹⁷

Quando relaciona-se a compreensão da morte ao suicídio, Torres¹⁶ cita estudos que se referem ao impacto que a tendência suicida possa ter na aquisição do conceito de morte. Segundo a mesma, alguns pesquisadores, postulam que as crianças que tentam suicídio têm conceitos de morte “distorcidos”, ou “imatuross”, tais como a morte como processo reversível, mais do que as crianças não suicidas ou ainda, consideram que a crença na reversibilidade pode contribuir para o comportamento suicida.¹⁶

2.3 Fatores de risco e fatores protetores para a tentativa de suicídio e suicídio

Apesar de nenhum teste específico ser capaz de reconhecer uma pessoa suicida, estudos tentam identificar fatores de risco para o comportamento suicida em crianças e adolescentes. Não obstante a existência dos fatores de risco específicos, o médico deve ser cuidadoso ao interpretá-los, já que os mesmos são comuns, ao passo que o suicídio é infreqüente. Além do mais, a falta da maioria dos fatores de risco não torna um adolescente a salvo do suicídio.⁷

A avaliação diagnóstica do comportamento suicida consiste na identificação de múltiplos fatores.¹⁸ Para melhor abordagem, os fatores de risco serão divididos em características pessoais, características familiares, circunstância de vida adversa e fatores sociais.

2.3.1 Características pessoais

Em mais de 90% dos adolescentes vítimas de suicídio são encontrados critérios para um distúrbio psiquiátrico anterior a morte. Distúrbios depressivos são os mais prevalentes em adolescentes vítimas de suicídio, variando de 49 a 64%.^{7, 8, 11, 19-21}

A ideação suicida é frequente em uma variedade de transtornos psiquiátricos, incluindo a ansiedade, os desvios de conduta, abuso de substâncias e os transtornos de desenvolvimento ou personalidade. Na verdade, a presença dessas desordens aumenta o risco de ideação suicida.⁴

Ideação suicida ou tentativas prévias podem prever um ato suicida⁴, sendo a história de uma tentativa de suicídio anterior o fator de risco mais potente para o suicídio.^{7, 8, 11, 19, 22}

Impulsividade, neuroticismo, baixa estima, desesperança e perfeccionismo são características associadas com as tentativas de suicídio e suicídio.^{8, 11, 19} Além disso, as crianças que demonstram características suicidas tendem a pensar, falar ou escrever, sonhar, temer e preocupar-se mais com a morte do que crianças que não exibem características suicidas.^{3, 22}

Segundo Haliburn²³, adolescentes envolvidos em suicídio experimentam uma grande culpa inapropriada. Ele descreve que esses jovens demonstram personalidade obsessiva que se apresenta desde a mais tenra idade com características como o perfeccionismo, a obstinação, o receio a mudanças, a incapacidade de aceitar que estão errados e dificuldade em receber críticas.

Quanto à orientação sexual, gays, lésbicas e orientação bissexual apresentam maiores taxas de ideação suicida e tentativas de suicídio^{7, 8, 18}. Porém, quando ajustados, os riscos

desse grupo são substancialmente mediados por depressão, abuso de álcool, história familiar de tentativas e vitimização.^{8, 19}

Além dos fatores risco já citados, levanta-se o fator biológico como atuante no comportamento suicida. Entretanto, há relativamente poucas informações definitivas sobre os aspectos específicos da genética do comportamento suicida e mais estudos são necessários para a neurobiologia envolvida.^{4, 11, 19} Estudos já realizados ligam a anormalidade na função da serotonina ao suicídio, à automutilação, à depressão e aos indivíduos impulsivos e agressivos. Como causa dessa anormalidade, há hipóteses sobre alterações no número e função dos receptores de serotonina. Isso ocorreria devido à alterações genéticas.^{11, 19, 22, 24}

2.3.2 Características familiares

História familiar de comportamento suicida e patologia psiquiátrica nos pais como depressão e abuso de substâncias são fatores de risco para a tentativa de suicídio em crianças e adolescentes^{11, 19}, bem como pais com problemas com a polícia.¹⁸

Conflitos entre pais e filhos aumentam o risco de tentativas¹⁹, assim como comunicação pobre entre os mesmos.¹⁸ Também a morte de familiares e morar longe de um dos pais foram considerados fatores significantes para o suicídio em revisão realizada por Bridge *et al.*¹¹. Vítimas de suicídio tendem a vir de famílias não intactas, contudo a associação entre divórcio dos pais e suicídio diminui quando é levado em conta a patologia psiquiátrica nos pais.^{11, 19}

2.3.3 Circunstância de vida adversa e fatores sociais

Fatores de vida estressantes como perdas interpessoais, problemas legais ou disciplinares, incluindo crise disciplinar recente¹⁸, abuso físico e sexual e problemas na escola são fatores de risco¹⁹, assim como ajustamento social pobre e envolvimento em problemas familiares.¹⁸

Quanto aos fatores sociais, deve-se destacar o impacto da mídia na publicidade sobre o suicídio como fator de aumento de casos em crianças e adolescentes.^{11, 19} Segundo estudo de 1986, após apresentação de suicídio na mídia, foi registrado um aumento 7 a 10% na incidência de suicídio em adolescentes após algumas semanas do evento noticiado.²⁵

A facilidade de acesso a métodos suicidas, como armas de fogo, medicamentos, é fator de risco importante e facilmente pode ser corrigido com campanhas educativas.¹⁸

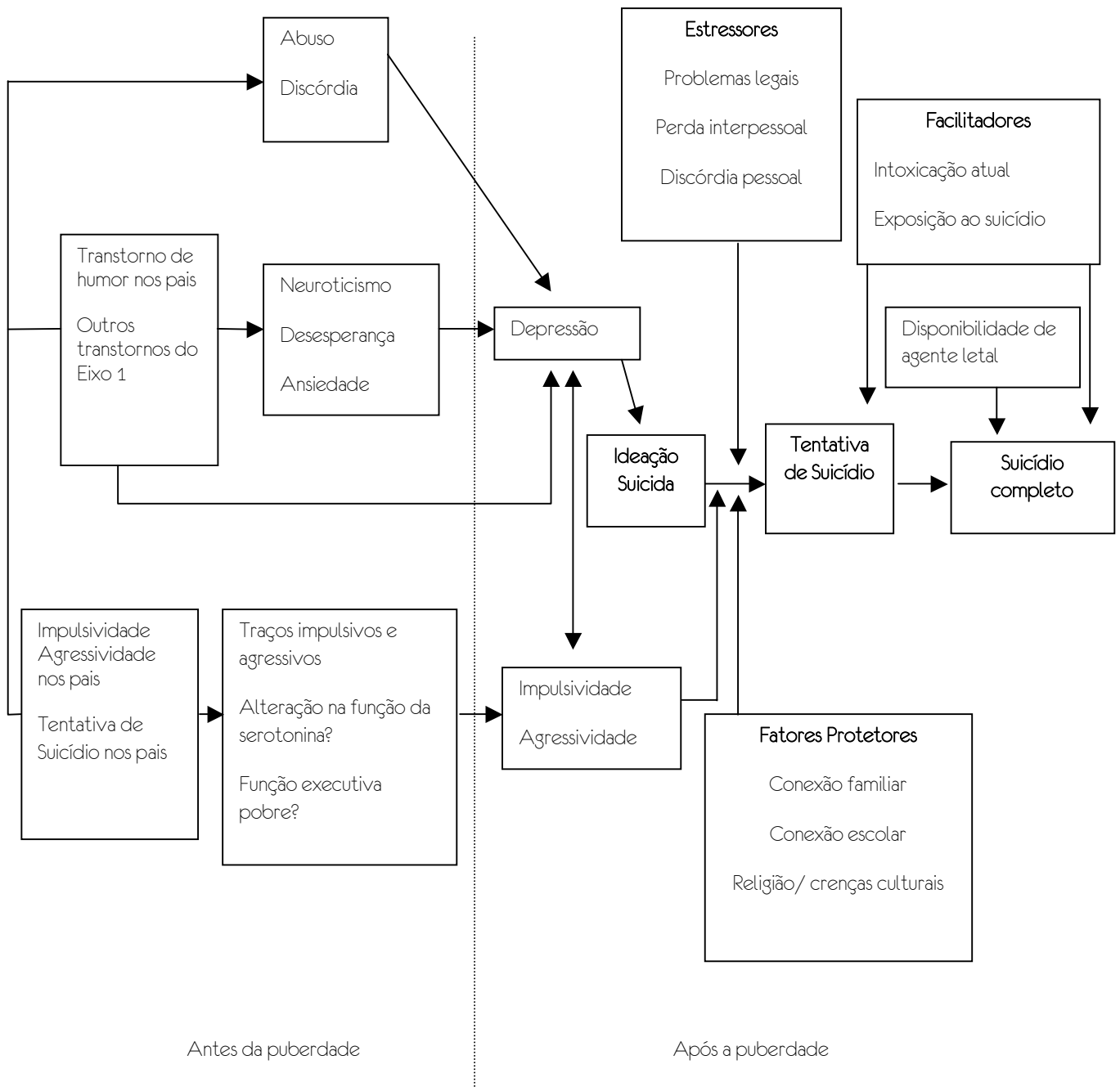


Figura 1. Modelo de desenvolvimento transicional do comportamento suicida em jovens, adaptado de Bridge, 2006.¹¹

2.3.4 Fatores protetores

A capacidade de resiliência, a coesão familiar, conexão com a escola, ausência de comorbidades psiquiátricas e religiosidade são fatores protetores.^{11, 18, 19}

2.4 História Natural

Pouco se sabe sobre a história natural do comportamento suicida, mas o início do comportamento suicida na pré-puberdade prediz o comportamento suicida em adolescentes e

o início do transtorno depressivo maior, também nessa faixa etária, está associado com o aumento do comportamento suicida na adolescência e em adultos. A avaliação pode predizer, no momento da primeira tentativa, quais adolescentes estarão propícios a repetir os atos que não foram bem sucedidos.⁸

2.5 Característica das tentativas de suicídio e suicídio em crianças e adolescentes

2.5.1 Epidemiologia

O número de adolescentes que morreram decorrente do suicídio nos Estados Unidos aumentou dramaticamente durante as décadas recentes até 1990, quando começou a diminuir modestamente.⁷

Durante o período de 1990 a 2003, o combinado de taxas de suicídio por pessoa com idades entre dez e 24 anos declinou 28,5%, de 9,48 para 6,78 a cada 100.000 pessoas. No entanto, de 2003 para 2004, a taxa aumentou 8%, de 6,78 para 7,32, o maior aumento anual considerando o período de 1990 a 2004.²⁶

Os resultados sugerem que o maior aumento nos suicídios e mudanças no comportamento suicida de 2003 para 2004 deve ter ocorrido em jovens em alguns grupos de sexo e idade, especialmente em meninas de dez a 19 anos, mas também em meninos de 15 a 19 anos.²⁶ Segundo estudo realizado pelo CDC, foi demonstrado aumento nos suicídios por enforcamento e intoxicação nesse período em meninas de dez a 14 anos e 15 a 19 anos.²⁶

Em 2004, o suicídio foi a terceira causa de morte em jovens e adultos jovens com idade compreendidas entre dez e 24 anos nos Estados Unidos, somando 4.599 mortes.²⁶ O número real de mortes por suicídio atualmente pode ser maior, já que casos podem ser registrados como acidentais.⁷

Apenas alguns estudos se propõem a examinar as taxas de suicídio em crianças pré-púberes, o que limita os dados a serem estudados. Porém, McIntire *et al.*¹⁰, já em 1977, destacava em seu artigo, que apesar dos pediatras estarem preparados para lidar com a meningite, a frequência de intoxicações intencionais em crianças de cinco a 14 anos era cinco vezes superior a de meningite. Ela revela que, em seu estudo com dados de centros de intoxicação, apenas 13% dos 1.103 casos de auto intoxicação em idades entre seis e 18 anos foram considerados não intencionais.

Tishler *et al.*³, em sua revisão, destaca a ocorrência de suicídio em menores de 12 anos, e relata estudo de 2003 em que 68 suicídios ocorreram nessa faixa etária, sendo a criança mais jovem com cinco anos de idade. Ele acrescenta que as taxas de suicídios em

crianças de cinco a 14 anos obtiveram grande aumento no passado (um aumento de 267% dos anos 70 até 1986 - de 0,3 por 100.000 para 0,8 por 1.000). Essas taxas diminuíram em 1996 para 302 mortes, sendo o suicídio a 12ª causa de morte em crianças menores de 12 anos.

Segundo a *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP)⁸, é estimado, que a cada ano, aproximadamente 2 milhões de adolescentes tentam suicídio nos Estados Unidos e cerca de 700.000 recebem cuidados médicos. O suicídio é mais comum em meninos, enquanto as tentativas de suicídio são mais comuns em meninas. O sexo masculino tende a utilizar mais métodos irreversíveis.²⁷

Spirito *et al.*⁹ em seu estudo de dois anos sobre as 190 tentativas de suicídio em adolescentes presentes em uma emergência em Rhode Island – EUA, identificou que 86% das tentativas foram por intoxicação. Encontrou-se, nessa amostra, uma mediana de idade de 15 anos, com 83% dos casos pertencentes ao sexo feminino. Cerca de 56% dos pacientes já possuíam algum contato com atendimento em saúde mental e 38% já possuíam tentativa de suicídio anterior. O horário com maior ocorrência de atendimentos foi das 18 às 24 horas e houve predomínio de ocorrências na primavera e inverno.

Em estudo realizado também em um serviço de urgência, porém na Espanha, no Hospital Sant Joan de Déu, entre janeiro de 1996 e dezembro de 1997 com 46 adolescentes com intoxicação voluntária como tentativa de suicídio, ocorreu mediana de idade de 15,8 anos e maior ocorrência no sexo feminino (87%). Em 95,6% dos casos o produto utilizado estava na residência do paciente. Em 8% dos casos a ingesta foi múltipla e os agentes mais envolvidos nessas ingestas foram os benzodiazepínicos, antidepressivos e antiinflamatórios. Mais da metade dos casos ocorreu entre às 16 e 04 horas. E cerca de 60% dos pacientes, assim como em Rhode Island, já haviam sido acompanhados por algum serviço de psiquiatria. Não houve nenhum óbito.⁵

Dados brasileiros que caracterizem as tentativas de suicídio em crianças e adolescentes são mais escassos. A maioria das estimativas de prevalência de tentativas e suicídios consumados divulgadas no Brasil se origina de outros países ou de estudos realizados com a população em geral, o que dificulta a interpretação dos resultados. Não obstante, existem disparidades entre as fontes de dados, ausência de critérios para diagnósticos diferenciais e notificações das intoxicações acidentais e intencionais na infância e adolescência. Há também a falta de preparo dos profissionais de saúde para reconhecer comportamentos de risco relacionados às tentativas de suicídio.²⁸

Andrade *et al.*²⁹, em 1979, efetuou investigação sobre a ocorrência de tentativas de suicídio em Ribeirão Preto no ano de 1977, revelando maior coeficiente de tentativas entre a

população feminina no grupo etário de 15 a 19 anos. Pasquali *et al.*³⁰, já em 1981 publicou estudo sobre tentativas de suicídio em que dentre 84 casos, 82% envolviam o sexo feminino, 53,77% dos casos as idades estavam compreendidas entre 12 e 20 anos e em 69,05% os medicamentos apresentavam-se como agente utilizado. Em 2005, Mello-Santos *et al.*³¹ relatou aumento de 21% na taxa global de suicídio no Brasil, no período de 1980 a 2000, sendo o maior aumento, 1.900%, entre jovens com idade de 15 a 24 anos.

Também Cassorla³², em livro “O que é suicídio” relata que as estatísticas, quanto às tentativas de suicídio, são falhas. Segundo ele, os números oficiais têm pouco valor, pois são registrados apenas alguns casos que demandam inquérito policial e são socorridos em hospitais públicos de grandes cidades. Pesquisando hospitais que socorreram os casos de tentativa de suicídio e visitando os indivíduos em domicílio em Campinas, ele chegou a taxas de 150 a 160 por 100.000 mil habitantes, o que equivale a 1,5 tentativas por mil habitantes.

O mesmo autor afirma, ainda, que a população que tenta suicídio sem sucesso é predominantemente jovem (75% jovens e adultos jovens) e são duas a três mulheres para cada homem. O método usado pelos indivíduos que tentam suicídio é predominantemente por substâncias químicas.³²

Ainda Cassorla³², em pesquisa em Campinas, entrevistando jovens normais, em seu domicílio, descobriu que 12 % já haviam tentado suicídio e que também 12% já haviam pensado seriamente em fazê-lo. Mais da metade desses jovens que tentaram suicídio não foi socorrida em hospitais, face a pouca gravidade médica do ato.

Em estudo de 2006 realizado em Porto Alegre com 526 adolescentes entre 15 e 19 anos a presença de ideação suicida ocorreu em 36% da amostra.³³ No entanto, sabe-se que a ideação é mais prevalente que a tentativa de suicídio. Em outro estudo em que foram identificadas as tentativas de suicídio por medicamentos registradas pelo Centro de Informações Toxicológicas de Goiás nos anos de 2003 e 2004, cerca de 30% dos 597 casos corresponderam à faixa etária de dez a 20 anos³⁴

A revista de Toxicovigilância do Centro de Informações Toxicológicas do Rio Grande do Sul (CIT/RS) revela cifras lineares de 3,9% a 6,2% de tentativas de suicídio entre idades de cinco a 14 anos no período entre 1998 e 2005. No entanto, quando se observa o crescimento populacional, segundo anuário do ministério da saúde de 2004 entre os anos de 1980 e 2000, houve um decréscimo de 24,03% na população até 15 anos na região Sul. Contudo, tal diminuição não se traduz em menores níveis de tentativas de suicídio nesta faixa etária, apontando para uma situação que pode ser alarmante pela precocidade de tão grave evento.³⁵

Nos registros do CIT/ RS do ano de 2005, nove crianças entre cinco e dez anos tentaram suicídio através de agentes intoxicantes. Dentre as tentativas de suicídio entre cinco e nove anos, foram utilizados como agentes os medicamentos, seguidos de agrotóxicos. Já entre dez a 19 anos foram utilizados com maior frequência os medicamentos, seguidos de raticidas.³⁵

Bochner³⁶ em estudo utilizando o Sistema Nacional de Informações Tóxicofarmacológicas (SINITOX) realizou o perfil das intoxicações em adolescentes no período de 1999 a 2001, a tentativa de suicídio correspondeu a 20% das circunstâncias dos 33.901 casos intoxicações. Dos 98 óbitos por intoxicação de adolescentes, 72,4% foram resultado de suicídio.

A tentativa de suicídio é comumente repetida. Esse dado é confirmado não só pela literatura nacional com Cassorla³², que revela a possibilidade de repetição em jovens de um terço a 50%, mas também pela literatura internacional com a revisão de Bridge *et al.*¹¹, que relata uma taxa média de recorrência de 5 a 15% ao ano.

2.5.2 Métodos utilizados para as tentativas de suicídio e suicídio

Segundo Tishler *et al.*³, pesquisas sugerem que crianças tendem a usar métodos menos complexos e mais acessíveis. Esses métodos incluem enforcar-se, a auto imolação (atear-se fogo), pular de altura, permanecer em frente de veículo em movimento, afogamento intencional, cortar-se, bater a cabeça com o intento de morte, sufocamento e overdose de medicamentos. Frequentemente essas tentativas parecem acidentais em um atendimento inicial. A revisão ainda demonstra que o enforcamento é o método mais comum de suicídio na criança.

A ingesta de medicações é o método mais comum em tentativas de suicídio em adolescentes nos Estados Unidos.⁷⁻⁹ No Brasil, representa 17% dos óbitos por suicídio de dez a 19 anos.³⁷

Os três métodos de suicídio mais comuns em jovens de dez a 24 anos são, respectivamente, armas de fogo, enforcamento e intoxicação.²⁶ Os métodos utilizados para cometer suicídio variam de acordo com a região, refletindo a disponibilidade dos mesmos.⁸

2.5.3 Letalidade da tentativa

A letalidade da tentativa de suicídio é associada com a intencionalidade da tentativa na maioria dos estudos em adultos. Todavia, isso não é verdadeiro nos adolescentes, por exemplo, um comportamento impulsivo pode resultar em uma tentativa de alta letalidade e

uma intenção relativamente pequena.⁹ A letalidade de uma tentativa impulsiva está mais fortemente associada com a viabilidade de um método suicida letal, como uma arma de fogo. Entretanto, nas tentativas não impulsivas, a letalidade está mais associada ao intento suicida e a psicopatologia de base.⁴

Os adolescentes frequentemente superestimam a letalidade de sua tentativa, portanto uma baixa letalidade na intoxicação não necessariamente implica em baixo risco de tentativas.⁹ Estudo demonstrou que metade dos adolescentes subestimavam significativamente a dose de paracetamol que poderia causar a morte e faltava conhecimento quanto os efeitos colaterais do uso desse medicamento.³⁸

As crianças também não compreendem a extensão ou severidade do método suicida e como resultado não apreciam as conseqüências de suas intenções autodestrutivas. Uma criança que considere um plano suicida para ser letal deve ser considerada de alto risco mesmo se a letalidade da tentativa for baixa.⁴

2.5.5 Fatores desencadeantes e razões para as tentativas de suicídio

Segundo a AACAP⁸, o suicídio é na maioria das vezes precedido de evento estressor como entrar em problemas na escola, ou problemas com a lei, ruptura de relacionamento com namorado ou namorada e briga entre amigos.

Spirito *et al.*⁹ também destaca que os fatores estressores comumente encontrados antes do suicídio são problemas de relacionamento com a família, amigos ou namorados/namoradas. Comparando adolescentes mais velhos que tentaram suicídio com os mais jovens, os últimos referem mais problemas relacionados à família e menos problemas com os pares ou namorados/namoradas.

O mesmo autor, no entanto, relata que o conflito com os pais também é comum em adolescentes que não tentam suicídio. Por conseguinte, esses adolescentes que tentam suicídio encontram uma variedade de eventos estressores, que podem ser unidos a carga emocional e servem como um gatilho suicida para um adolescente vulnerável.⁹ Já a AACAP⁸ relata que esses eventos estressores podem ser produtos de um transtorno psiquiátrico subclínico.

Reforçando o que foi citado anteriormente, quando analisado em estudo espanhol o fator desencadeante das tentativas de suicídio por intoxicação foi algum problema familiar em 34,8% dos casos. Outros motivos para a tentativa foram: problemas sentimentais, problemas escolares e outras causas como gestação indesejada, obesidade e anorexia.

Todavia, ao interpretar os fatores desencadeantes e ver as tentativas de suicídio apenas como forma de chamar atenção, implorar por ajuda ou expressão de raiva contra si ou contra

os outros, em muitos casos minimiza o fato de que qualquer um desses jovens são capazes de tirar suas vidas, desde que estejam em circunstância propícias.²³

2.6 Tratamento e Prevenção

2.6.1 Atendimento na emergência

Trabalhar com adolescentes suicidas tipicamente provoca ansiedade naqueles que estão provendo o tratamento. O risco de suicídio pode apenas ser reduzido e não eliminado e os fatores de risco somente fornecem uma orientação. A ansiedade dos médicos pode ser reduzida com o conhecimento e a experiência, mas é importante que os clínicos estejam atentos a sua própria ansiedade para prevenir interferências no tratamento e reação excessiva ou a falta de reação durante atendimento.⁷

Os pacientes suicidas e seus pais freqüentemente sentem-se marginalizados e culpados no atendimento na emergência. Sabe-se que mais de 50% dos adolescentes que entram em emergências por comportamento suicida não são referenciados para tratamento e quando são referenciados o seguimento é baixo.²⁰

Em intervenção na emergência em que o responsável pelo atendimento recebeu treinamento especializado, os pais e a criança foram educados sobre o suicídio por uma fita de vídeo e uma breve sessão de tratamento foi iniciada com um terapeuta, as famílias retornaram mais ao tratamento que as famílias controle.²⁰ Uma vez que a aliança terapêutica é estabelecida e o adolescente atende a primeira sessão de tratamento, ele estará mais propício a continuá-lo.⁸

De acordo com a AACAP⁸, na emergência deve-se constituir uma relação entre o médico, o indivíduo suicida e a família e estabelecer a importância do tratamento. Apesar de não haverem estudos randomizados controlados para determinar quando a hospitalização em pacientes com alto risco para tentativas de suicídio salvam vidas, os médicos devem estar preparados para admitir pacientes que tentaram suicídio e expressam um desejo persistente de morrer. O tratamento hospitalar deve ser mantido até o estado mental ou o risco de suicídio estarem estabilizados.

Independentemente da aparente brandura do comportamento suicida do paciente, o médico deve obter informações também de uma terceira pessoa. A alta pode ser considerada, caso o médico esteja convencido que o paciente não irá agir em um impulso suicida e que o responsável poderá atuar caso o humor ou o comportamento do paciente deteriorarem. Deve ser certificado que estarão disponíveis adequada supervisão e suporte nos dias a seguir e que um

responsável adulto irá concordar em sanitizar o ambiente através do impedimento de acesso a medicações potencialmente letais e armas de fogo.⁸

A disponibilidade e a presença de armas de fogo e medicações letais na casa do paciente devem ser questionadas no atendimento e os pais devem ser esclarecidos explicitamente para remover esses métodos do seu lar. Também é válido que o médico avise ao adolescente e seus pais sobre o perigoso efeito de desinibição do álcool e outras drogas.⁸

Não há estudos sobre contratos suicidas na abordagem de comportamento suicida na criança e no adolescente. Esses pacientes talvez não tenham o estado mental para aceitar ou entender o contrato e ambos, médico e família, devem saber que não podem relaxar a vigilância só porque um contrato foi firmado.⁸

Idealmente, por causa da necessidade de responder a crise suicida, o tratamento deveria ser provido em um serviço que dispusesse de recursos para pacientes que necessitassem tanto de acompanhamento a curto e longo prazo, quanto de internações e intervenções de emergência. Além disso, o médico responsável pelo tratamento da criança ou adolescentes deveria estar disponível nos dias seguintes a tentativa para o paciente e a sua família, possuir cobertura por outro médico no caso de estar indisponível e ter experiência no manejo das crises suicidas.⁸

2.6.2 Opções de tratamento

O sucesso do tratamento das crianças e adolescentes suicidas depende de vários fatores, com considerações de segurança que são de extrema importância. O tratamento para os transtornos psiquiátricos associados ao comportamento suicida tem como importante componente a psicoterapia, cujo método deve ser escolhido de acordo com a necessidade do paciente.⁸

Também como a psicoterapia, o tratamento farmacológico para o tratamento do comportamento suicida deve ser adequado as necessidades do paciente.⁸

Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) são seguros em crianças e adolescentes, possuem baixa letalidade em intoxicações e são efetivos no tratamento de depressão em criança e adolescentes não suicidas.⁸ Segundo a AACAP⁸, em seus parâmetros práticos publicados em 2001 para o comportamento suicida, há a necessidade de estudos para determinar se haveriam efeitos de desinibição e aumento da ideação suicida em pequeno grupo de pacientes, assim como ocorre nos adultos, principalmente naqueles em que ocorre acatisia. De qualquer forma, a AACAP⁸ orienta que seria prudente monitorizar

cuidadosamente crianças e adolescentes em uso de ISRS para certificar-se que nova ideação suicida ou acatisia serão notados.

Entretanto, em 2003, o *Food and Drug Administration* (FDA) – órgão que controla medicações nos Estados Unidos, o Reino Unido e após a Agência européia publicaram advertências quanto ao uso de ISRS em crianças e adolescentes.³⁹ Em 2004, o FDA obrigou a indústria farmacêutica a colocar uma faixa preta em todas as medicações antidepressivas distribuídas nos Estado Unidos, contendo a frase: “alerta aos profissionais de saúde a um aumento do risco de ideação e comportamento suicida em crianças e adolescentes em tratamento com esses agentes”. O FDA não proibiu o uso da medicação na juventude, mas orientou os médicos a balancear a necessidade da medicação e o aumento do comportamento e ideação suicida e monitorizar de perto uma piora clínica, ideação e comportamento suicida, além de mudanças no comportamento.⁷

Gibbons *et al.*³⁹ realizou estudo examinando dados norte-americanos e holandeses sobre taxa de prescrição de ISRS de 2003 a 2005 em crianças e adolescentes até 19 anos e também as taxas de suicídio usando dados de 2004 dos Estados Unidos e 2005 nos Países Baixos. Foi verificado diminuição nas prescrições de ISRS de aproximadamente 22% em ambos os países e aumento das taxas de suicídio de 49% entre 2003 e 2005 nos Países Baixos e 14% entre 2003 e 2004 nos Estados Unidos. Outro estudo analisou a proporção de suicídios até 18 anos de 1999 a 2002 na cidade de Nova York em que antidepressivos foram detectados na autópsia. De 36 pacientes analisados, em apenas um a triagem foi positiva.⁴⁰

Antidepressivos tricíclicos (ADT) não devem ser prescritos para crianças e adolescentes suicidas como primeira escolha de tratamento. A efetividade nessa faixa etária não é comprovada. Além disso, é uma medicação potencialmente letal, devido à pequena diferença entre a dose terapêutica e os níveis tóxicos, que são atingidos nas intoxicações.⁸

Toda e qualquer medicação prescrita para crianças e adolescentes suicidas deve ser cuidadosamente controlada por uma terceira parte e qualquer mudança de comportamento ou efeitos colaterais deve ser comunicado ao médico imediatamente.⁸ Os pacientes e seus pais também devem ser orientados a não parar abruptamente o uso dos antidepressivos por causa de efeitos colaterais como agitação e piora da depressão. O pediatra deve esclarecer aos pais a importância de consultar o médico que prescreveu a medicação antes de pará-la ou de modificar a dose.⁷

2.6.3 Prevenção

As abordagens de saúde pública para a prevenção do suicídio de crianças e adolescentes devem ser dirigidas aos adultos que interagem com elas, seus amigos, pediatras e a mídia.⁸

Estudos que abordam a prevenção de suicídio citados na revisão de Gould *et al.*¹⁹ revelam que programas de prevenção nas escolas não obtiveram evidência suficiente para que os mesmos sejam indicados ou contra-indicados. Já em programas de treinamento de habilidades, em que são enfatizados o desenvolvimento da capacidade de resolver problemas, lidar com os mesmos e habilidades cognitivas, áreas em que jovens suicidas tem deficiência, alguns estudos demonstraram resultados promissores. Entretanto, não está claro que aspectos do programa de treinamento de habilidades são responsáveis pela redução de risco. Pesquisas adicionais são necessárias.

Gould *et al.*¹⁹ aborda também em sua revisão que o método de *screening* pode ser útil na prevenção de suicídios. Nesse método auto relatos ou entrevistas individuais são usados para identificar jovens em risco de comportamento suicida. Ainda existem estudos sobre os programas em que os pares auxiliam na identificação de fatores de risco, reportando sinais de alerta, porém, também nesse programa não existem evidências suficientes sobre a sua eficácia e segurança, apesar de seu uso ser generalizado.

A AACAP⁸ destaca ainda que os atendimentos telefônicos às pessoas que ameaçam o suicídio falharam ao se comprovar o seu impacto nas incidências de suicídio. Medidas mais efetivas para prevenção seriam a restrição à obtenção de métodos para o suicídio como armas e medicações, a educação da mídia e o treinamento para os médicos que irão atender pacientes nessa faixa etária para avaliar transtornos de humor e risco de suicídio.^{8, 19}

Programas educacionais e treinamento da equipe de saúde, incluindo o pediatra, são necessários para que as sintomatologias sejam reconhecidas e para que seja realizada rotineiramente uma triagem para o risco de suicídio, já que em muitos dos suicídios em jovens, o paciente esteve em atendimento médico um mês antes da tentativa de suicídio.¹⁹

Após o suicídio, os parentes, amigos e professores da criança ou adolescente que cometeu o ato devem se beneficiar de uma intervenção para lidar com a angústia, diminuir a culpa e lidar com a depressão, além de diminuir os efeitos do trauma. Deveria haver também uma forma de intervenção para minimizar os riscos de imitações do suicídio, mais ainda não há concordância de como isso deve ser feito.⁸

Devido à complexidade dos mecanismos no suicídio de crianças e adolescentes, parece provável que nenhuma estratégia de prevenção ou intervenção, por si só, é suficiente para

combater esse problema crítico. Ao contrário, é necessário uma ação integrada e compreensiva, envolvendo múltiplos domínios – o individual, familiar, escolar, comunitário, a mídia e o serviço de saúde.¹⁹

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o perfil epidemiológico das tentativas de suicídio por agentes tóxicos em crianças e adolescentes com idade compreendida entre zero e 19 anos, registradas no Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC), no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007.

3.2 Específicos

- Demonstrar a ocorrência de tentativas de suicídio por intoxicações exógenas em pacientes com idade compreendida entre zero e 19 anos, ao longo dos anos, no período de 2003 a 2007.
- Analisar a sazonalidade das tentativas de suicídio.
- Caracterizar o perfil das tentativas de suicídio registradas no CIT/SC segundo:
 - ✓ Município da ocorrência;
 - ✓ Zona da ocorrência;
 - ✓ Local da ocorrência;
 - ✓ Hora da ocorrência;
 - ✓ Idade;
 - ✓ Sexo;
 - ✓ Agente tóxico;
 - ✓ Ocorrência de manifestações clínicas;
 - ✓ Internação hospitalar;
 - ✓ Duração das internações;
 - ✓ Realização de análises toxicológicas;
 - ✓ Recorrência;
 - ✓ Evolução do quadro.
- Correlacionar os princípios dos agentes mais utilizados e suas sintomatologias mais frequentes.
- Confrontar resultados obtidos com a literatura nacional e internacional.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, transversal.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina. O CIT/SC é o único Centro de Informações de Intoxicações de Santa Catarina e faz parte da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica, que é composta por 37 Centros localizados em 17 estados brasileiros. Localizado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, o CIT/SC atende em regime de plantão permanente, 24 horas, durante todos os dias do ano, prestando informações específicas em caráter de emergência aos profissionais de saúde, principalmente médicos em emergências hospitalares e à população em geral, de todo o Brasil através do atendimento direto e por telefone 0800 643 5252. A ligação ao Centro é voluntária.

4.3 Amostra

Casos registrados no banco de dados do CIT/SC, que é de domínio público, em que a circunstância registrada seja “tentativa de suicídio” e a idade esteja compreendida entre zero e 19 anos, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007. A idade foi selecionada de acordo com a definição da OMS de infância e adolescência.

É importante ressaltar que os plantonistas são treinados para não usar somente um questionário fechado para obtenção de dados, mas sim, também, coletar dados subjetivos dos informantes. Os plantonistas são treinados durante seu estágio no CIT/SC a evitar o uso de questões que possam induzir respostas assim como não deixar de obter informações importantes. Desta forma, pode-se inferir que os dados coletados pelos plantonistas e inseridos no banco de dados do CIT/SC são confiáveis.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Todos os casos de tentativa de suicídio registrados no CIT/SC no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2007 com idades compreendidas entre zero e 19 anos foram incluídos nesta pesquisa. Foram excluídos casos com idade registrada pelo sistema de zero ano, uma vez que quando a idade é desconhecida, o sistema a preenche automaticamente como zero.

4.5 Instrumento para registro de dados

O instrumento utilizado para registro de dados foi o programa de computador SACIT versão 2.0, criado e utilizado exclusivamente para o armazenamento de dados dos atendimentos realizados pelo CIT/SC, contendo todas as informações dos registros do banco de dados do CIT/SC.

4.6 Protocolo de Investigação

Serão analisadas as seguintes variáveis presentes no banco de dados do CIT/SC:

- ✓ Ano de atendimento;
- ✓ Município da ocorrência;
- ✓ Zona da ocorrência;
- ✓ Local da ocorrência;
- ✓ Hora da ocorrência;
- ✓ Idade;
- ✓ Sexo;
- ✓ Agente tóxico;
- ✓ Ocorrência de manifestações clínicas;
- ✓ Principais manifestações de acordo com os agentes mais comuns;
- ✓ Internação hospitalar;
- ✓ Tempo de internação hospitalar;
- ✓ Realização de análises toxicológicas;
- ✓ Recorrência;
- ✓ Evolução do quadro.

4.7 Aspectos Éticos

Foram utilizados dados secundários, através do banco de dados do CIT/SC, não havendo risco para os sujeitos do estudo. O sigilo da fonte foi mantido. Este trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 137/2008.

5 RESULTADOS

No período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007 foram atendidos pelo CIT/SC 43.593 casos de intoxicação, destes 7.287, 17% dos registros, foram classificados como tentativa de suicídio e em 1.333 destas tentativas, o paciente possuía idade compreendida entre zero e 19 anos, correspondendo a 3% do total de casos atendidos e 18% das tentativas de suicídio. A figura 2 demonstra o total de intoxicações atendidas no período estudado, o número total de tentativas de suicídio e a ocorrência em crianças e adolescentes. A figura 3 demonstra somente as tentativas de suicídio em pacientes com idade compreendida entre zero e 19 anos em relação a todas as tentativas de suicídio atendidas no período.

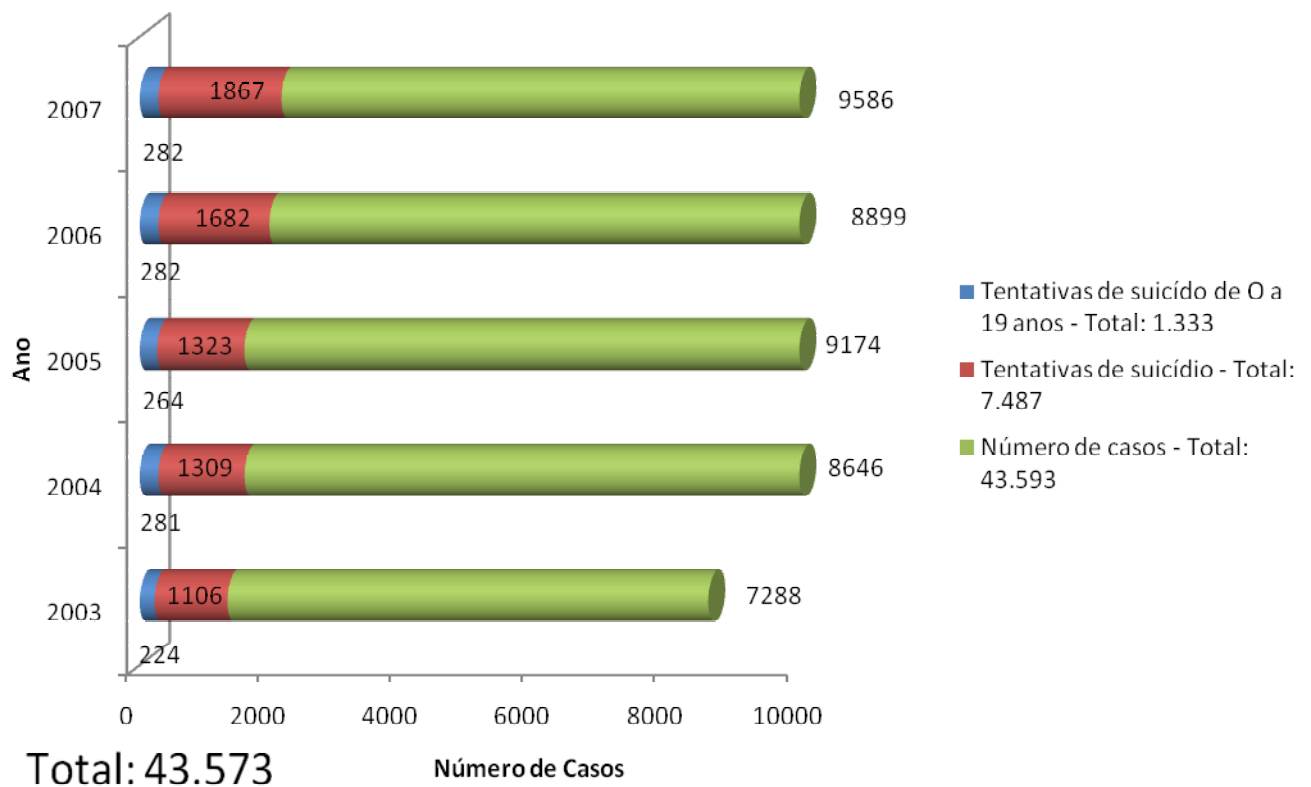


Figura 2. Total de intoxicações atendidas no período estudado ■, o número total de tentativas de suicídio ■ e a ocorrência em crianças e adolescentes ■ CIT/SC; 2003-2007.

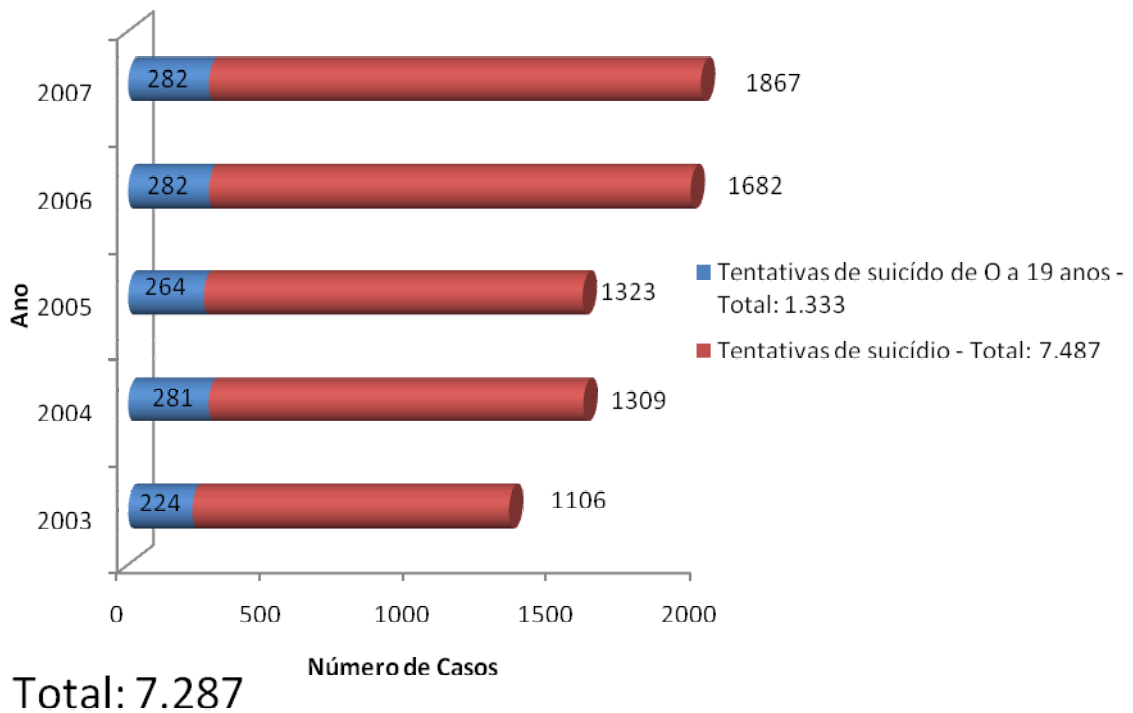


Figura 3. Tentativas de suicídio com agente tóxico em pacientes com idade compreendida entre zero e 19 anos ■ em relação a todas as tentativas de suicídio ■ atendidas pelo CIT/SC; 2003-2007.

A figura 4 registra a tendência da freqüência dos casos de suicídio na faixa etária estudada de zero a dezenove anos. Foi registrado um aumento de aproximadamente 20% no número de casos de 2003 para 2004, uma pequena queda de 6% em 2005 e o retorno aos patamares de 2004 em 2006 e 2007.

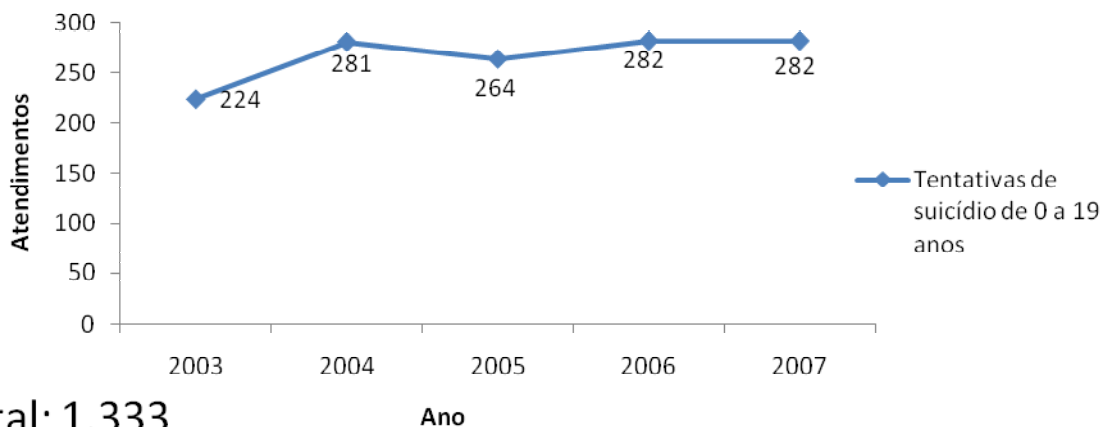
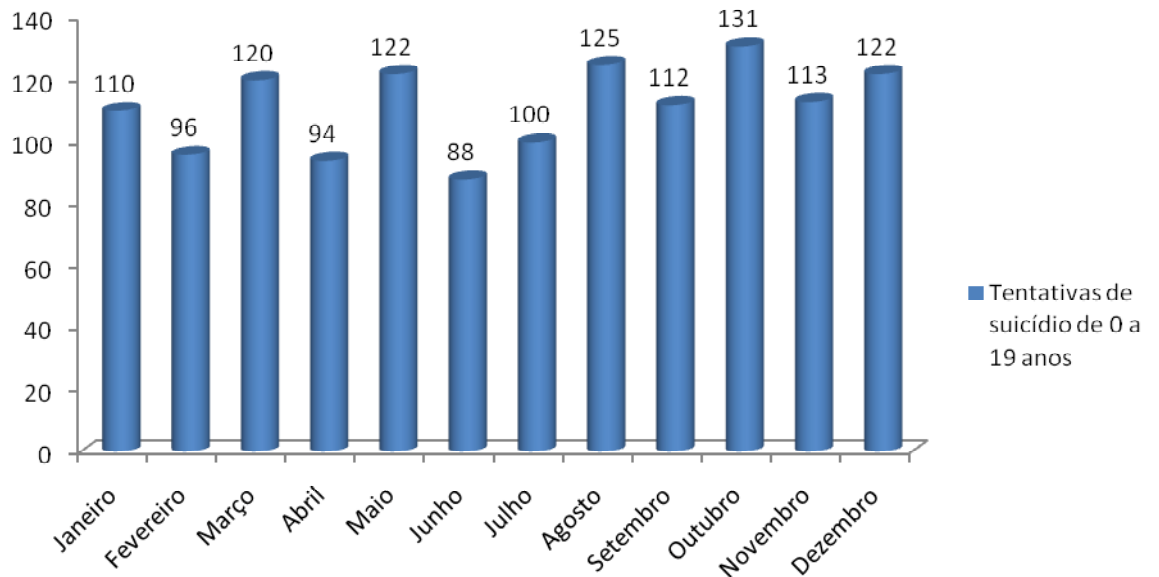


Figura 4. Tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19e anos distribuído por ano. CIT/SC; 2003-2007.

Para analisar o fator sazonal foi utilizada a data do atendimento no CIT/SC. A figura 5 demonstra a distribuição das tentativas de suicídio por intoxicação com pacientes com idade entre zero e 19 anos registradas por meses do ano. Quanto às estações do ano, 26,7% dos casos ocorreram na primavera (Setembro a Novembro), 24,6% no verão (Dezembro a Fevereiro), 25,2% no outono (Março a Maio) e 23,4% no inverno (Julho a Agosto).

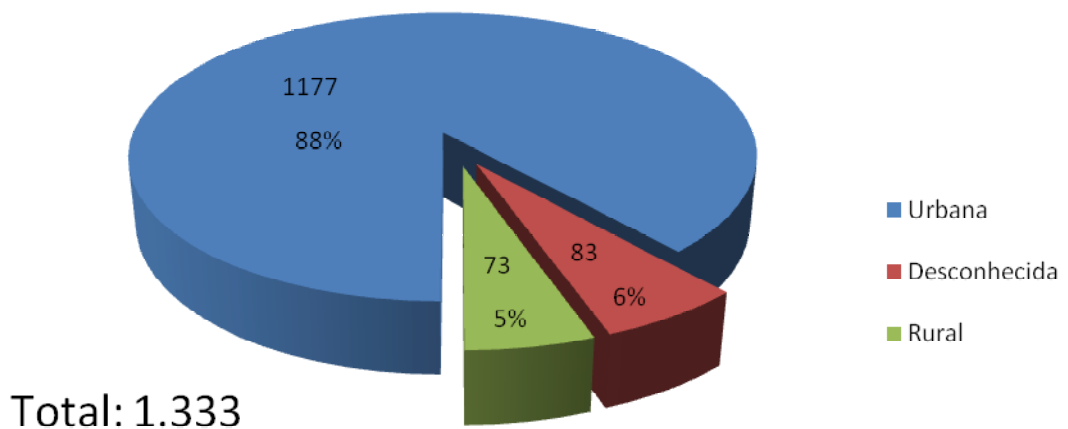


Total: 1.333

Fonte: CIT/SC 2008.

Figura 5. Mês de ocorrência das tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos . CIT/SC; 2003-2007.

Em relação à zona de ocorrência, 88% dos casos ocorreram em zona urbana, de acordo com figura 6.



Total: 1.333

Fonte: CIT/SC 2008.

Figura 6. Zona de ocorrência das tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.

Na tabela 1, estão listados os 35 municípios de maior ocorrência de casos de tentativas de suicídio em crianças e adolescentes registrados pelo CIT em Santa Catarina. Esses municípios corresponderam a 78% dos atendimentos estudados. Florianópolis, Joinville e Blumenau concentram 33% dos casos. Os dez municípios com maior número de casos representaram 56% dos atendimentos registrados.

Tabela 1 . Município de ocorrência das tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.

Município de Ocorrência	Atendimentos
Florianópolis	199
Joinville	166
Blumenau	78
São José	63
Chapecó	49
Itajaí	43
Lages	41
Criciúma	32
Tubarão	28
Concórdia	24
Jaraguá do Sul	23
Balneário Camboriú	18
Brusque	18
Indaial	17
Gaspar	16
Porto União	16
São Bento do Sul	15
Joaçaba	13
Videira	13
Xanxerê	13
Araranguá	12
Campos Novos	11
Içara	11
Navegantes	11
Tijucas	11
Caçador	10
Curitibanos	10
Fraiburgo	10
Monte Carlo	10
Palhoça	10
Rio do Sul	10
São Miguel d'Oeste	10
Biguaçu	9
Braço do Norte	8
Guaramirim	8
Laguna	8
Total	1044

Fonte: CIT/SC 2008.

Quanto ao local de ocorrência das tentativas de suicídio em crianças e adolescentes registradas no CIT/SC no período estudado, a maioria dos casos (92%) ocorreu na residência do paciente, conforme a figura 7.

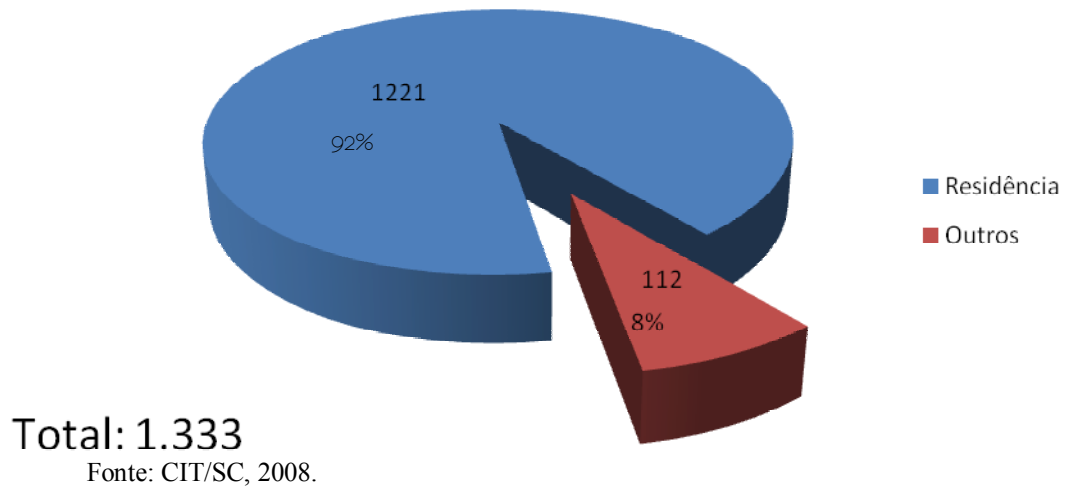


Figura 7. Local de ocorrência das tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.

Quando analisado a hora de ocorrência dos casos registrados, verifica-se na figura 8 que 76% deles ocorreram no período entre meio dia e meia noite.

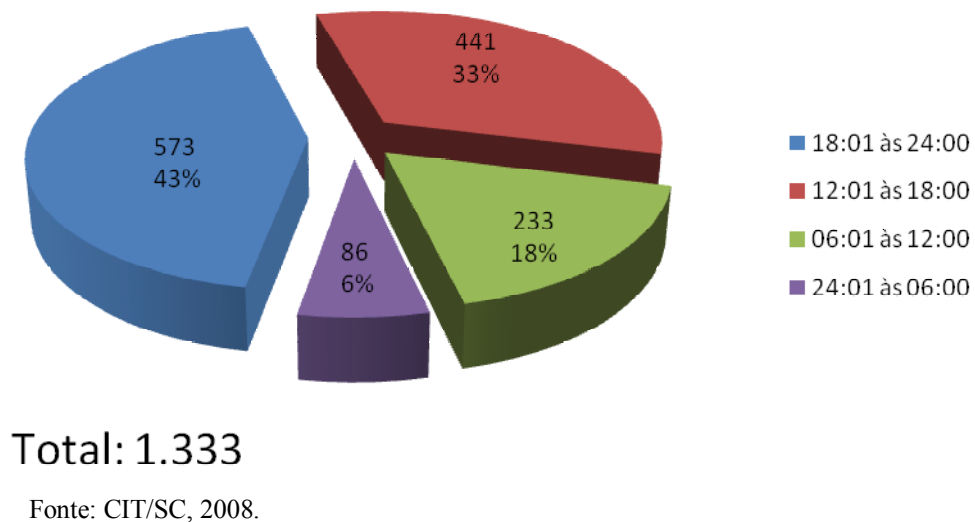


Figura 8. Hora de ocorrência das tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.

A idade dos pacientes estudados variou de oito a 19 anos, sendo o predomínio dos casos na faixa etária de 15 a 19 anos, conforme tabela 2. A mediana foi de 16 anos. As idades com maior número de casos registrados foram respectivamente 16, 17 e 19 anos, como ilustrado na figura 9.

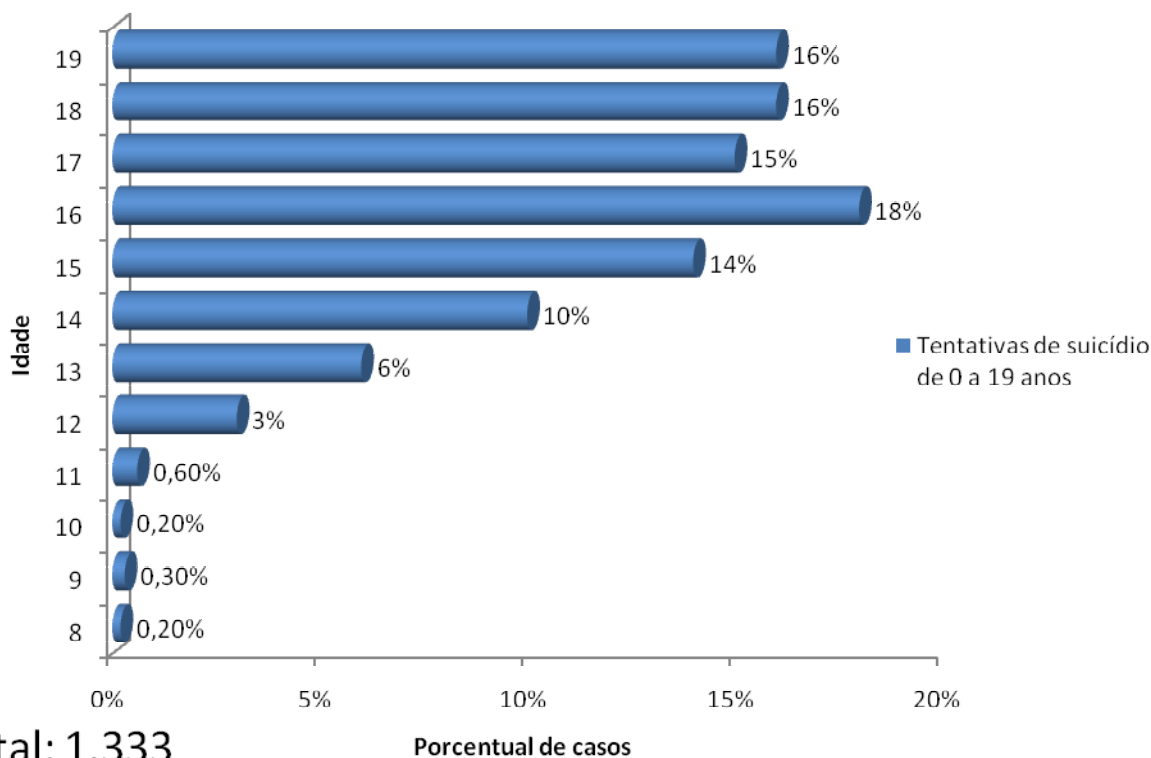


Figura 9. Idade dos pacientes nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.

Tabela 2 . Faixa etária dos pacientes nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos .CIT/SC; 2003-2007.

Faixa etária	Atendimentos	Porcentagem
8-9	7	0,50%
10-12	53	4,0%
13-14	218	17%
15-19	1057	79,0%
Total	1333	100,00%

Fonte: CIT/SC, 2008.

Em relação ao gênero das crianças e adolescentes que cometeram tentativa de suicídio registrada no CIT/SC foi observado predomínio feminino, conforme figura 10.

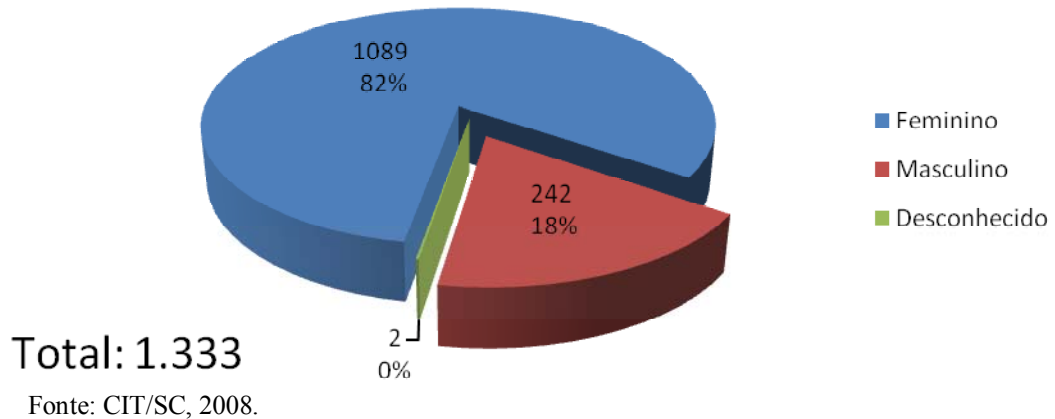


Figura 10. Gênero dos pacientes nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos tóxicos. CIT/SC; 2003-2007.

Quanto à identificação dos agentes envolvidos, ao total foram utilizados 4.131 agentes, portanto grande parte das tentativas envolveu múltiplos agentes. Primeiramente analisaremos a classe do produto utilizado (figura 11). Predominou a classe dos medicamentos, com 70% dos casos, seguida pelos agrotóxicos com 17% .

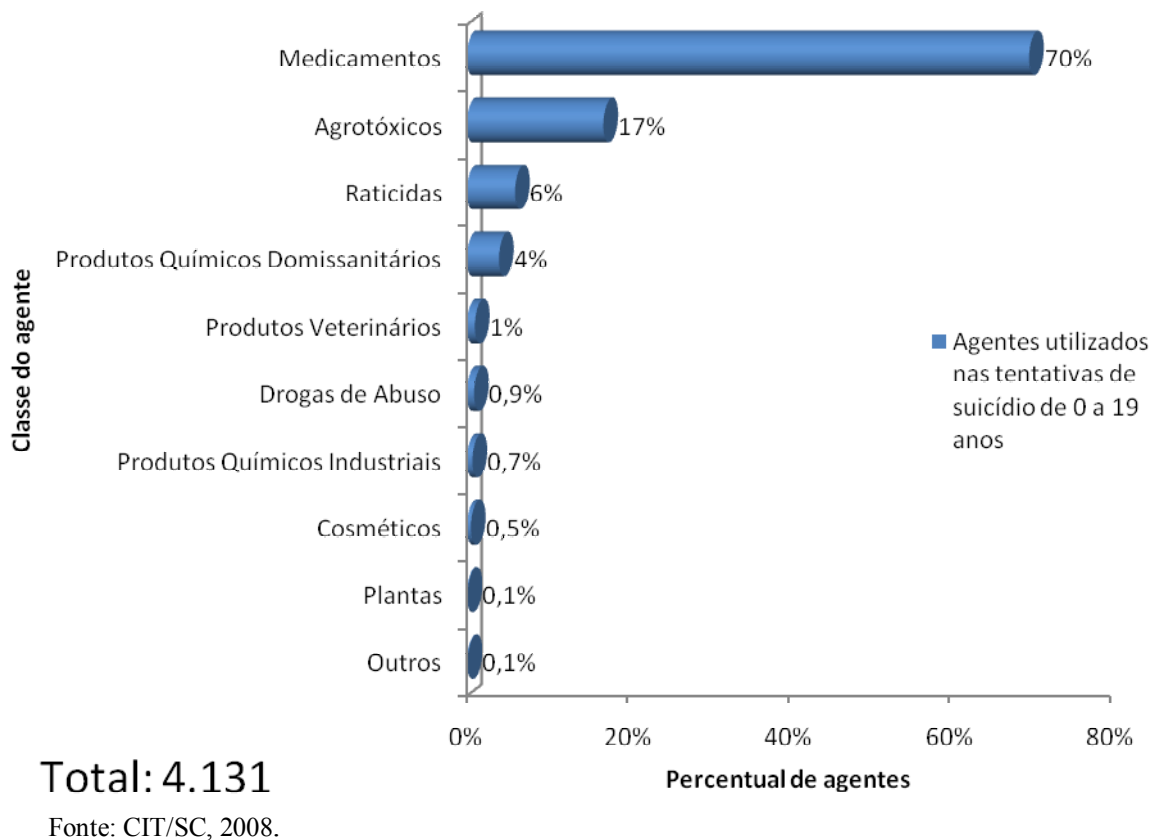
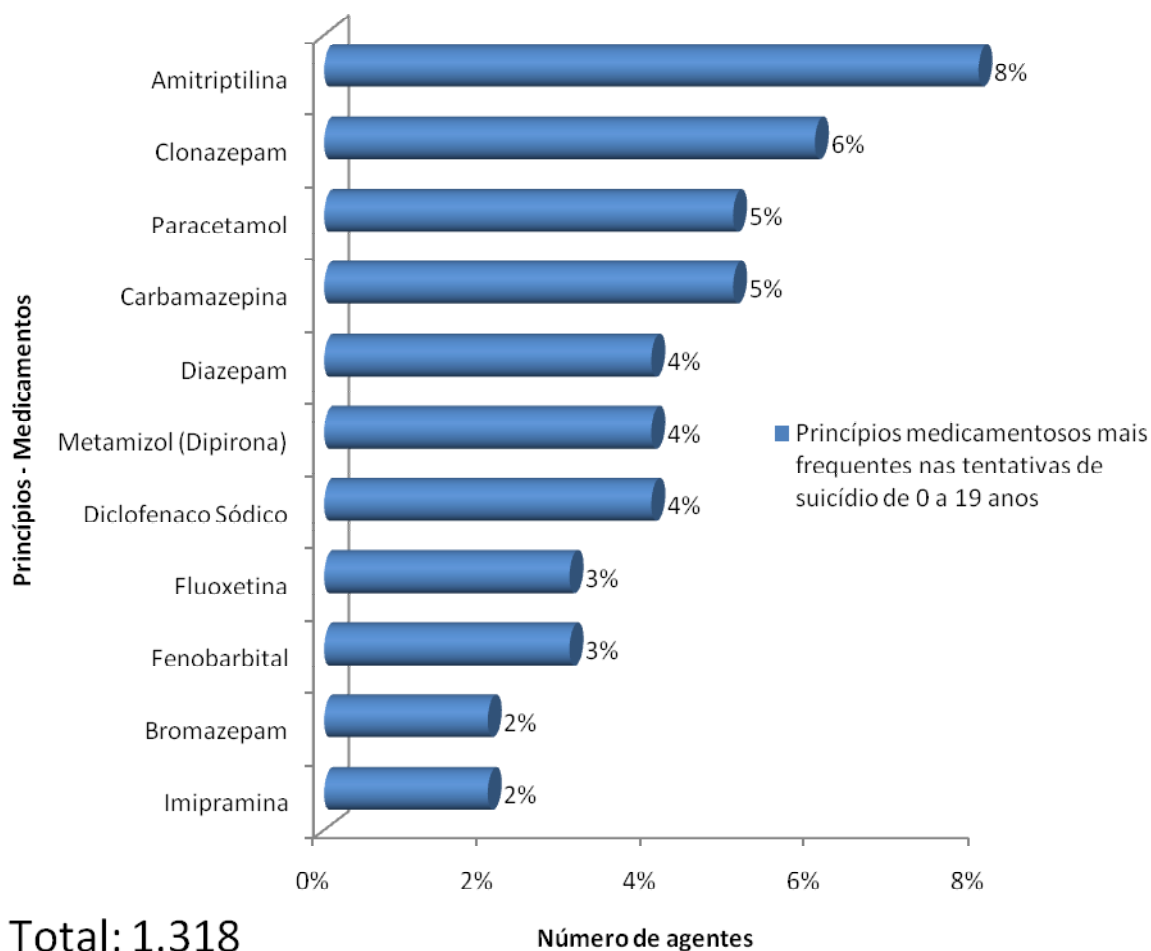


Figura 11. Classe de agentes tóxicos nas tentativas de suicídio em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.

A figura 12 demonstra os medicamentos com maior frequência de utilização nos registros estudados. A amitriptilina foi o medicamento com maior número de registros, representa 8% dos 2.879 agentes medicamentosos utilizados e os antidepressivos correspondem a 18% das agentes.



Fonte: CIT/SC, 2008.

Figura 12. Dez princípios medicamentosos mais frequentes nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos CIT/SC; 2003-2007.

Na tabela 3, estão representados os vinte e cinco principais grupos de agentes utilizados nas tentativas de suicídio estudadas, eles corresponderam a 89% dos 4.131 agentes utilizados. Segundo o subgrupo, foram ingeridos com maior frequência os benzodiazepínicos (10%), seguido dos tricíclicos (7%) e então raticidas cumarínicos (5%). Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina representaram 4% dos agentes utilizados e 6% dos agentes medicamentosos ingeridos – 181 registros.

Tabela 3 . Grupo dos 25 principais agentes utilizados nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.

Grupo do Agente utilizado	No. Agentes
Anticonvulsivante/Hipnótico/Ansiolítico/Sedativo	716
Antidepressivos	536
Inseticida	524
Analgésicos/Antipiréticos	316
Raticidas Anticoagulantes	223
Antiinflamatórios Não-Esteroidais	171
Herbicidas	146
Antibacterianos	116
Antipsicóticos	98
Alvejantes/ Desinfetantes liberadores de cloro	74
Anti-hipertensivos	74
Anorexígenos	70
Antieméticos	70
Miorrelaxantes	67
Hormônios Sexuais	58
Vitaminas/Minerais/Aminoácidos	53
Diuréticos	51
Antialérgicos	48
Antiespasmódicos	46
Antiasmáticos/Broncodilatadores	41
Antiulcerosos	41
Estimulantes do Sistema Nervoso Central (cafeína)	39
Adjuvantes/ Aditivos/ Diluentes e Complementares	38
Antiarrítmicos	33
Estimulantes do SNC (cocaína)	32
Total	3.681

Fonte: CIT/SC, 2008.

Ao verificarmos a presença de manifestações clínicas nos pacientes estudados, 73% apresentaram alguma sintomatologia, como se observa na figura 13.

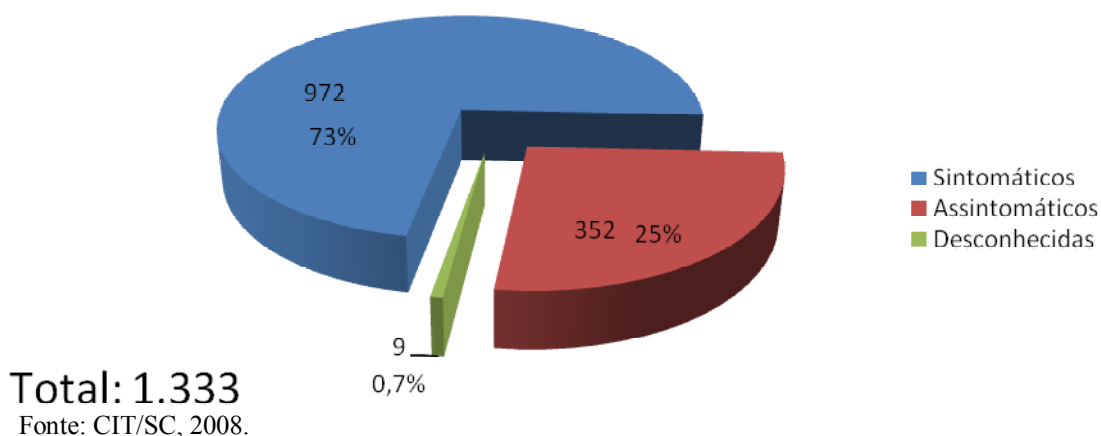


Figura 13. Presença de manifestações clínicas nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.

A tabela 4 representa as dez sintomatologias mais comuns na admissão do paciente, de acordo, respectivamente, com os cinco princípios mais utilizados nas tentativas de suicídio por crianças e adolescentes registradas no CIT/SC. Predominaram vômitos, torpor, sonolência e agitação.

Tabela 4 . Dez manifestações clínicas mais comuns na admissão do paciente nas tentativas de suicídio com Amitriptilina, Carbamato, Clonazepam, Paracetamol e Carbamazepina em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.

Sintomatologia	Princípios dos Agentes				
	Amitriptilina	Carbamato	Clonazepam	Paracetamol	Carbamazepina
Agitação					
Ansiedade					
Ataxia					
Bradycardia					
Coma					
Confusão Mental					
Distúrbio da Fala					
Epigastria					
Fasciculação					
Hipertensão					
Hipotensão					
Mal-Estar					
Midríase					
Miose					
Náuseas					
Palidez					
Secreção Brônquica					
Sialorréia					
Sonolência					
Sudorese					
Taquicardia					
Tontura					
Torpor					
Vômitos					

Fonte: CIT/SC, 2008

De acordo com a figura 14, em 39% dos casos registrados o paciente foi internado. As internações variaram de um a 33 dias de hospitalização, conforme tabela 5.

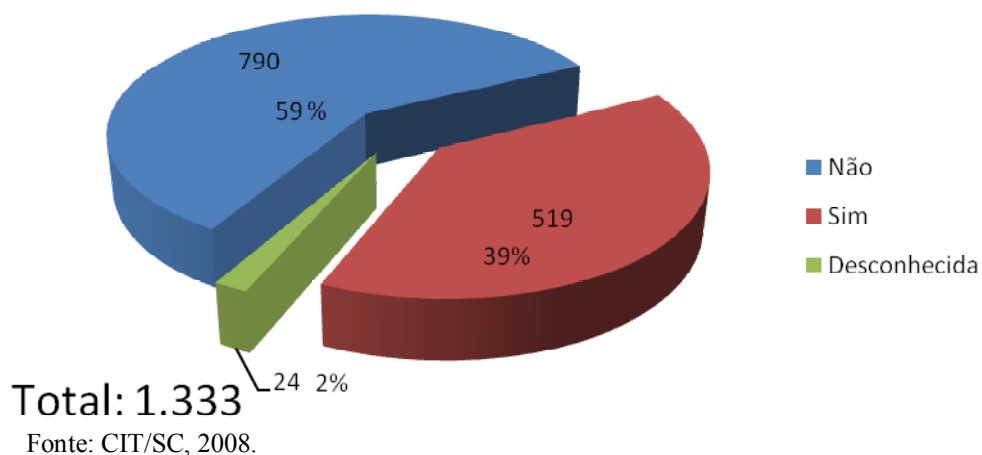


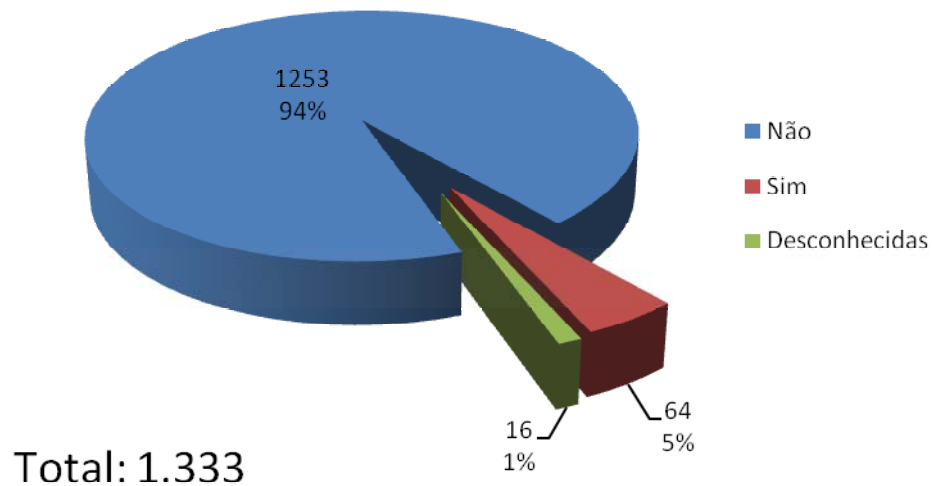
Figura 14. Internação nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos de acordo. CIT/SC; 2003-2007.

Tabela 5 . Dias de internação nas tentativas de suicídio em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.

Dias de internação	Número de casos
1	184
2	119
3	89
4	47
5	30
6	13
7	11
8	6
9	4
10	2
11	6
12	3
18	2
20	1
22	1
33	1
Total	519

Fonte: CIT/SC, 2008.

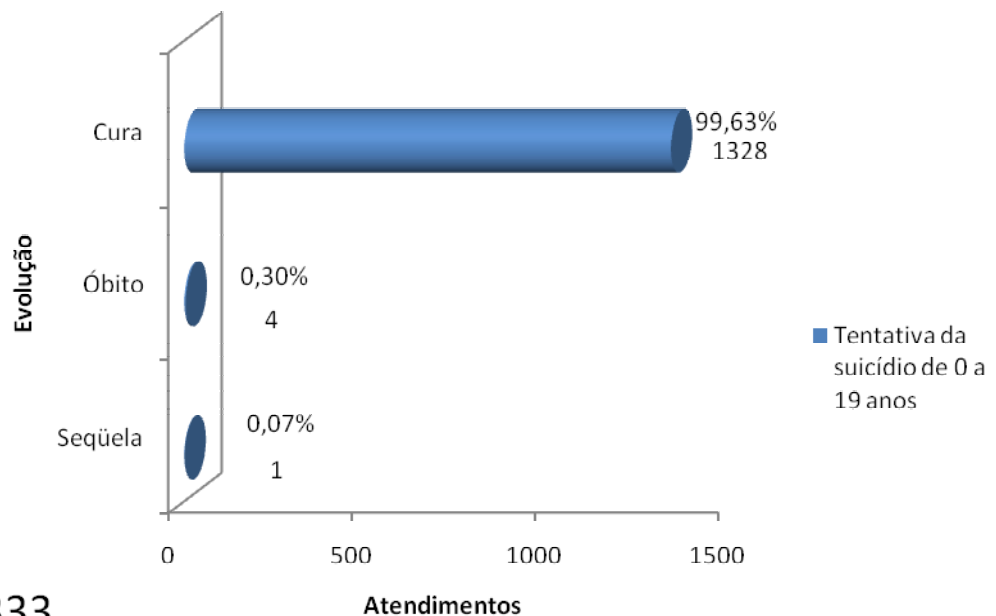
A figura 15 demonstra a realização de triagem toxicológica com objetivo de auxiliar no diagnóstico e confirmar a ingestão. Em 5% dos casos foi realizado o exame.



Fonte: CIT/SC, 2008

Figura 15. Realização de triagem toxicológica nas tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.

A recorrência foi observada nesse estudo, em 11 pacientes, sendo que um paciente apresentou três tentativas e dez apresentaram duas tentativas com intervalo mínimo de nove dias e máximo de dois anos entre os eventos. Em 73% dos casos a recorrência ocorreu entre um e quatro meses.



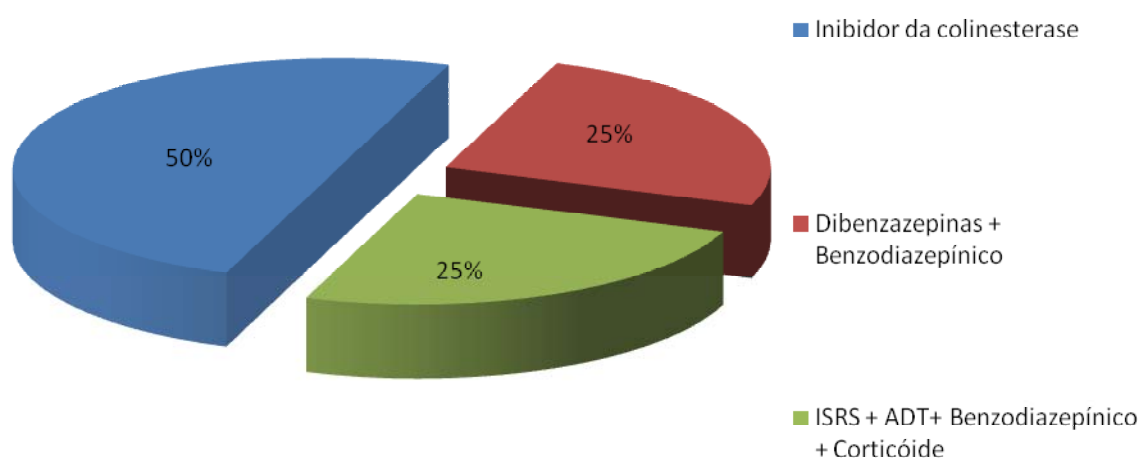
Fonte: CIT/SC, 2008.

Figura 16. Evolução quanto à intoxicação das tentativas de suicídio com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.

Tabela 6. Suicídios consumados com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos de acordo com sexo. CIT/SC; 2003-2007.

Sexo paciente	Óbito
Feminino	2
Masculino	2
Total	4

Fonte: CIT/SC, 2008



Total: 4

Fonte: CIT/SC, 2008.

Figura 17. Subgrupos dos agentes utilizados nos suicídios consumados com agentes tóxicos em pacientes com idades compreendidas entre zero e 19 anos. CIT/SC; 2003-2007.

Dentre as 1.333 tentativas de suicídio estudadas, 4 pacientes obtiveram êxito, evoluindo para óbito. A cura do ponto de vista toxicológico ocorreu em 99% dos atendimentos como é observado na figura 16. Houve seqüela com lesão caustica no esôfago com produto químico domissanitário. No suicídio consumado não houve predominância de sexo, de acordo com tabela 6. Dos pacientes que completaram suicídio, dois ingeriram mais de um agente, enquanto na ingesta única dos outros dois pacientes em que ocorreu o óbito foi utilizado o inibidor da colinesterase. As idades dos pacientes cuja a evolução foi óbito foram 16, 17 e 19 anos. Os agentes utilizados nos óbitos estão citados na figura 17.

6 DISCUSSÃO

As tentativas de suicídio, ao contrário do que se acreditava anteriormente, são um fato presente na infância e adolescência, que necessita ser bem estudado quanto as suas características, fatores de risco e protetores para que medidas de reconhecimento de crianças e adolescentes em risco sejam estabelecidas e permitam a prevenção de tão grave atitude.

A notificação dos casos ao CIT/SC é voluntária, portanto o número registros não reflete o total de casos no estado. Grando *et al.*⁴¹ relata em seu estudo uma média de subnotificação em dois grandes hospitais de Joinville de 77% no período de outubro de 2003 a setembro de 2004, com predomínio de medicamentos como agente envolvido na intoxicação. Uma vez que, neste estudo, os medicamentos predominaram como agente, a ocorrência de tentativas de suicídio em crianças e adolescentes pode ser ainda maior no estado de Santa Catarina.

O fenômeno do aumento no número de suicídios entre 2003 e 2004 observado neste estudo corrobora com estudo do CDC, que notificou aumento de 8% nos suicídios na faixa etária de dez a 24 anos no mesmo período. O aumento das tentativas de suicídio em 2004 e a manutenção do mesmo patamar nos anos seguintes, após pequena queda em 2005, têm como causa menos provável o aumento populacional nessa faixa etária, já que a região Sul apresentou redução populacional de 24% no grupo de menores de 15 anos entre os registros de 1980 e 2000.³⁷ São causas prováveis o aumento do número de notificações ao CIT/SC e um aumento real no número de casos.

Quanto à sazonalidade, não houve diferença significativa entre às estações do ano, ao contrário de estudo realizado por Spirito *et al.*⁹, em que a maior ocorrência concentra-se na primavera e inverno. Quiçá, isso ocorra pelo clima brasileiro, em que não há uma diferença tão acentuada entre as estações do ano, como nos EUA com neve e longos períodos de ausência de sol.

O predomínio das ocorrências em zona urbana, encontrado no presente estudo, deve-se possivelmente a urbanização do Estado. Os municípios com maior número de casos correspondem também aos municípios com maior população. Florianópolis, apesar de concentrar menor população que Joinville, lidera o número de casos, possivelmente pelo CIT/SC localizar-se na cidade e com isso possibilitar um conhecimento maior do serviço e um maior número de notificações.

A grande maioria dos casos na amostra estudada (92%) ocorreu em residências, o que demonstra o livre acesso as substâncias utilizadas nas tentativas. O mesmo ocorreu em estudo espanhol em que 95,6% dos casos o produto que originou a intoxicação estava na casa do paciente.⁵ O horário em que predominaram as ocorrências encontrado nesse estudo, foi igual a estudo americano, em que 42% dos casos ocorreram entre às 18 e 24 horas.⁹ Salienta-se aqui, que nesse horário, possivelmente, os pais estariam presentes na residência.

Quanto à idade, observou-se nesse estudo mediana de 16 anos, próximo ao encontrado por Romero *et al.*⁵, na Espanha, em que a mediana foi de 15,6 anos. O aumento de casos foi observado aos 12 anos, com um crescimento de 500% em relação às tentativas de suicídio aos 11 anos. Dos 12 para os 13 anos o número de casos dobrou enquanto de 13 para 14 anos ocorreu aumento de aproximadamente 65%. Aumento de 40% incidiu dos 14 para os 15 anos. Dos 15 aos 16 o aumento diminuiu para 22% e então aos 16 anos concentraram-se o maior número de casos. A partir deste pico ocorreu leve decréscimo, com um número de casos semelhante nos 17, 18 e 19 anos. Observou-se a maior concentração de casos na faixa etária de 15 a 19 anos.

Segundo Gould *et al.*¹⁹ o suicídio seria incomum na infância e início da adolescência, sendo que entre a faixa etária de 10 a 14 anos, a maioria dos suicídios estaria com idade compreendida entre 12 e 14 anos. O aumento da incidência de suicídio ocorreria no final da adolescência. Em concordância com o autor citado foi encontrado um maior número de casos entre 12 a 14 anos quando analisada a faixa etária de 10 a 14 anos. Contudo, no presente estudo, a ocorrência de tentativas de suicídio apresentou aumento a partir dos 12 anos de idade, enquanto no final da adolescência ocorreu manutenção no número de casos.

Já Bridge *et al.*¹¹ em sua revisão relata aumento consistente nos índices de suicídio da infância para a adolescência, o que é ilustrado pelos dados desse estudo. Tishler *et al.*³ destaca a ocorrência de comportamento suicida em menores de 12 anos de idade. Nesta amostra, crianças abaixo de 12 anos representam 4,5% dos casos.

O predomínio feminino nas tentativas de suicídio, representando 82% dos casos condiz com os dados encontrados na literatura. Porém, quanto aos suicídios completos não houve predomínio do sexo masculino, conforme relata a literatura^{5, 8, 9, 42-44}, provavelmente pelo estudo se restringir aos registros de intoxicações, sem analisar outros métodos que são preferidos pelo sexo masculino.

Romero *et al.*⁵ relata que em todos os casos de tentativa de suicídio por intoxicações registrados em seu estudo foram por medicamentos. Também Spirito *et al.*⁹ revela taxa de 86% dos casos de tentativa de suicídio tendo como agente os medicamentos. Ainda, a

AACAP⁸ relata que a forma de tentativa de suicídio mais comum nos Estados Unidos é a ingestão de medicamentos.

Neste estudo, os medicamentos corresponderam a 70% das ingestas, seguido então pelos agrotóxicos e raticidas. Os medicamentos também foram a principal classe de agente ingerido nas tentativas de suicídio em estudo do CIT/RS na faixa etária de zero a 19 anos³⁵. Porém, ocorreu inversão em relação ao presente estudo quanto a segunda e terceira colocações. O mesmo ocorreu em estudo de Bochner³⁶, em que os medicamentos respondem por 54,8% das tentativas de suicídio, seguidos pelos raticidas com 15,6% e agrotóxicos de uso agrícola 12,9%. No presente estudo foram agrupados as classes agrotóxicos e agrotóxico de uso doméstico, porém mesmo isoladamente os agrotóxicos superaram os raticidas em número de tentativas.

O predomínio de medicamentos demonstra que os mesmos estão presentes nas residências e são de livre acesso para as crianças e adolescentes. Sugere-se que medidas sejam tomadas para que o controle da compra de medicações seja efetivo e que campanhas sejam organizadas para orientações quanto ao armazenamento de medicações em locais não acessíveis não só a crianças quanto aos adolescentes. O pediatra, durante consultas de rotina, deve orientar aos pais quanto à restrição das medicações, principalmente quando são identificados fatores de risco.

Quanto ao princípio do medicamento utilizado, no presente estudo a amitriptilina foi o medicamento mais comum, seguido do clonazepam, paracetamol e carbamazepina. A fluoxetina ocupa a oitava posição entre os princípios medicamentosos mais utilizados. No trabalho espanhol de tentativas de suicídio por intoxicações, os medicamentos mais utilizados foram respectivamente benzodiazepínicos, paracetamol, antidepressivos e ácido acético salicílico.⁵

Segundo a Revista Brasileira de Psiquiatria, em seu suplemento de 2000 sobre infância e adolescência é relatado que os ISRS vêm substituindo os ADTS por não oferecerem risco de cardiotoxicidade e de letalidade por superdosagem.⁴⁵ Portanto, pode-se questionar que a medicação utilizada nessas tentativas de suicídio possivelmente não pertence à criança ou está prescrita de forma não condizente com últimas diretrizes.

Quanto à presença de sintomatologia, ao contrário de estudo de espanhol, em que 52,2% dos pacientes estavam assintomáticos, na amostra estudada a sintomatologia estava presente em 73% dos casos. Romero *et al.*⁵ relata ainda predomínio de manifestações neurológicas seguidas de respiratórias e então gastrointestinais. Dentre as sintomatologias presentes nas intoxicações pelos cinco princípios mais utilizados nas tentativas de suicídio

neste estudo, predominaram vômitos, torpor, sonolência e agitação.⁵ A caracterização da sintomatologia deve despertar o profissional de saúde que realiza atendimentos em emergências para questionar perante tais sintomas com história não esclarecida, quanto à ideação suicida e ingesta de agentes tóxicos.

Ainda em relação ao estudo espanhol de Romero *et al.*⁵, os 46 pacientes estudados foram internados e avaliados pela psiquiatria, 13% necessitaram de internação em unidade de terapia intensiva e 15,2% de internação psiquiátrica. A mediana de permanência foi de três dias. No presente estudo não foi possível analisar o local de internação e se houve avaliação psiquiátrica de todos os pacientes. A prática do CIT/SC revela que nem todos os pacientes passam por avaliação psiquiátrica antes da liberação, porém não há estudos que analisem essa variável. Os números expuseram que em 59% dos casos não houve internação. As internações variaram de um a 33 dias.

A análise toxicológica foi realizada em apenas 5% dos casos presentes na amostra, já no estudo espanhol, em 78,3% dos casos foram solicitados exames complementares, sendo que a triagem toxicológica representou 83,4% dos exames solicitados.⁵

No estudo espanhol não ocorreram óbitos⁵, enquanto na amostra estudada foram registrados quatro óbitos, sendo dois por ingestas múltiplas envolvendo medicamentos e dois por ingesta de inibidor da colinesterase. Em outro estudo com a utilização de dados do SINITOX 72,4% dos 98 óbitos por intoxicação em adolescentes foram por tentativa de suicídio. Os agentes mais utilizados nos óbitos na faixa etária de dez a 19 anos foram agrotóxicos de uso agrícola, seguidos de raticidas e então medicamentos.³⁶

A recorrência, no presente estudo, foi registrada em 11 casos, com intervalo mínimo de nove dias e máximo de dois anos, com maior número de registros com intervalo de um a quatro meses entre os episódios. Segundo a literatura, o risco de recorrência seria de 10% nos primeiros seis meses, 42% em vinte e um meses, com uma média de recorrência de 5 a 15% ao ano.¹¹ Estudo que analisou a recorrência de intoxicações em adolescentes revelou recorrência de 12,4% em cinco anos.⁴⁴ Já estudo que acompanhou pacientes com ideação suicida e pacientes com tentativas prévias registrou trinta e três ocorrências durante seguimento de seis anos, sendo dezoito desses em pacientes com tentativa anterior.⁴¹

O baixo número de óbitos e a alta taxa de recorrência das tentativas de suicídio como relatado na literatura^{11, 43, 46} demonstram como a avaliação psiquiátrica e as posteriores medidas de tratamento de patologias psiquiátricas de base, além de medidas preventivas podem prevenir óbitos e novas tentativas. Essas medidas não só poupam vidas, mas também economizam dinheiro dos cofres públicos, uma vez que as intoxicações, seus tratamentos, os

óbitos precoces e prejuízos trazidos a todos que se relacionam com as crianças e os adolescentes suicidas serão mais onerosas do que as medidas acima citadas.

O treinamento do médico para o atendimento do paciente que tentou suicídio e de sua família é fundamental para que o mesmo possa evitar que sua ansiedade perante o ato de seu paciente prejudique o atendimento e a posterior adesão a tratamento. Além disso, é necessária a criação de serviços, dentro de hospitais gerais, que possibilitem a avaliação psiquiátrica e psicológica do paciente, sem a qual ele não será liberado, e que ofereçam acompanhamento desse paciente a curto e longo prazo, assim como internação, caso a mesma se faça necessária. Em adição, o serviço deve disponibilizar o atendimento, de forma que o paciente seja acompanhado pelo médico que realizou sua avaliação no primeiro dia de atendimento para o aumento da adesão ao acompanhamento.

Em concordância com conceitos de McIntire *et al.*⁴⁷, nos quais os centros de intoxicação poderiam ser uma fonte de atendimento para as crianças e adolescentes que manifestam comportamento autodestrutivo, sugere-se que os mesmos possam servir como fonte de informação ao médico assistente, não só quanto aos aspectos toxicológicos dos casos, mas também quanto à gravidade do evento e à necessidade de avaliação psiquiátrica e psicológica. Os centros poderiam, ainda, questionar sob quais circunstâncias ocorreu a intoxicação, inquirindo de forma direta ao médico quanto a possibilidade de suicídio e solicitando que ele investigue perante o paciente a presença de ideação suicida. Além disso, psicólogos poderiam ser acrescidos a equipe de forma a auxiliar no atendimento a esses casos. Dessa modo, seria promovido o aumento na identificação de tentativas de suicídio e orientação quanto ao manejo inicial necessário perante tal ocorrência.

7 CONCLUSÕES

1. Foram registrados 1.333 casos de tentativas de suicídio envolvendo crianças e adolescentes no período de cinco anos, que representam 18% do total de tentativas de suicídio.
2. Não houve diferença significativa entre as ocorrências dos casos quanto à estação do ano, sendo os meses de maior ocorrência, respectivamente, outubro, agosto, dezembro e maio.
3. Os municípios com maior número de casos corresponderam aos de maiores populações, como Florianópolis, Joinville e Blumenau.
4. Predomínio de tentativas em zona urbana.
5. Predomínio de ocorrências na residência.
6. Horário de maior ocorrência de 18 às 24 horas.
7. Mediana de idade de 16 anos, com maior acometimento na faixa etária de 15 a 19 anos. Crescimento do número de casos a partir dos 12 anos
8. Predomínio do sexo feminino quanto às tentativas.
9. Os medicamentos, seguidos pelos agrotóxicos, foram a classe de agente tóxico mais utilizada, entre eles a amitriptilina.
10. Na maioria dos casos ocorreram manifestações clínicas.
11. As internações estiveram presentes em 39% dos casos, variando de um a 33 dias.
12. A triagem toxicológica foi realizada em amostra de 5% dos casos.
13. A recorrência esteve presente em 11 casos.
14. Como sintomatologia nas intoxicações pelos cinco princípios mais prevalentes predominaram vômitos, torpor, sonolência e agitação.
15. A cura ocorreu em 99% dos casos, sendo registrados 4 óbitos, dois do sexo feminino e dois do sexo masculino. Os agentes envolvidos nos óbitos foram medicamentos e agrotóxico.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Suicide Prevention Program. Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais. Genebra, 2000. p. 1-18.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações pragmáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. p.76 : il.
3. Tishler CL, Reiss NS, Rhodes AR. Suicidal behavior in children younger than twelve: a diagnostic challenge for emergency department personnel. *Acad Emerg Med*. 2007 Sep;14(9):810-8.
4. Pfeffer CR. Suicide and suicidality. In: Wiener JM, Dulcan MK, editors. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. 3a. ed. Washington DC: London, England: American Psychiatric Publishing inc; 2004. p. 891-901.
5. Romero RG, García JJG, Ruano EC. Intoxicaciones voluntarias como intento de suicidio. *An Esp Pediatr*. 2000;53:213-6.
6. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. *MMWR Surveill Summ*. 2008 Jun 6;57(4):1-131.
7. Shain BN. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2007 Sep;120(3):669-76.
8. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Jul;40(7 Suppl):24S-51S.
9. Spirito A, Lewander W. Assessment and disposition planning for adolescent suicide attempters treated in the emergency department. *Clin Ped Emerg Med*. 2004;5:154-63.
10. McIntire MS, Angle CR, Schlicht ML. Suicide and self-poisoning in pediatrics. *Adv Pediatr*. 1977;24:291-309.
11. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 Mar-Apr;47(3-4):372-94.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. p.60 : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
13. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide Prevention Scientific information: definitions [atualizado em 2008 Aug 20; acesso em 2008 Sept 14]; Disponível em: http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/Suicide/suicide_def.htm.

14. Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, & Bunney WE. Reducing suicide: A national imperative. Washington, DC: National Academy Press; 2002.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Poisoning in the United States: Fact Sheet. Atlanta; [atualizado em 2008 March 13; acesso em 2008 Sept 14]; Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/poisoning.htm>.
16. Torres W. O conceito de morte em crianças portadoras de doenças crônicas. *Psic: Teor e Pesq.* 2002;18(2):221-9.
17. Vendruscolo J. Visão da Criança sobre a Morte. *Morte: valores e dimensões - Capítulo III*; 2005; Ribeirão Preto. 2005. p. 26-33.
18. Pfeffer CR. Diagnosis of childhood and adolescent suicidal behavior: unmet needs for suicide prevention. *Biol Psychiatry.* 2001 Jun 15;49(12):1055-61.
19. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003 Apr;42(4):386-405.
20. Grupp-Phelan J. The suicidal pediatric patient: an emergency medicine focus. *Clin Ped Emerg Med* 2003;4:141-7.
21. Pfeffer CR. Youth suicide: prevention through risk management. *Clinical Neuroscience Resarch.* 2001;1:362-5.
22. Zametkin AJ, Alter MR, Yemini T. Suicide in teenagers: assessment, management, and prevention. *JAMA.* 2001 Dec 26;286(24):3120-5.
23. Haliburn J. Reasons for adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000 Jan;39(1):13-4.
24. Brent DA, Mann JJ. Familial pathways to suicidal behavior--understanding and preventing suicide among adolescents. *N Engl J Med.* 2006 Dec 28;355(26):2719-21.
25. Phillips DP, Carstensen LL. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *N Engl J Med.* 1986 Sep 11;315(11):685-9.
26. Suicide trends among youths and young adults aged 10-24 years--United States, 1990-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2007 Sep 7;56(35):905-8.
27. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999 Dec;38(12):1497-505.
28. Filho WM, Mezzaroba L, Turini CA, Koike A, Junior AM, Shibayama EEM, et al. Tentativas de suicídio por substância químicas na adolescência e juventude. *Adolesc Latinoam* 2002;3(2).
29. Andrade JJB. Epidemiologia da tentativa de suicídio em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1979.

30. Pasquali L, Bucher RE. Tentativas de suicídio segundo sexo e idade. *Acta psiquiát psicol Amér lat.* 1981;27:39-43.
31. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005 Jun;27(2):131-4.
32. Cassorla RMS. O que é suicídio. 5 ed. São Paulo: Brasiliense; 2005.
33. Borges V, Werlang B. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia.* 2006;11(3):345-51.
34. Rios DP, Bastos FM, Cunha LC, Valadares MC. Tentativas de suicídio com o uso de medicamentos registrados pelo CIT-GO nos anos de 2003 a 2004. *Rev. Elet Fram.* 2005; 2(1): Available from: www.farmacia.ufg.br/revista/_pdf/vol2_1/artigos/ref_v2_1-2005_p6-14.pdf
35. Gavioli I, Nicoletta A. Suicídio e parassuicídio: um alerta sobre a infância e adolescência. *Toxicovigilância - Toxicologia clínica: dados e indicadores selecionados.* 2006:41-6.
36. Bochner R. Perfil das intoxicações em adolescentes no Brasil no período de 1999 a 2001. *Cad de Saúde Pública.* 2006;22(3):587-95.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Uma análise da situação de saúde no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise da Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. p.622 : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
38. Harris HE, Myers WC. Adolescents' misperceptions of the dangerousness of acetaminophen in overdose. *Suicide Life Threat Behav.* 1997 Fall;27(3):274-7.
39. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Erkens JA, et al. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry.* 2007 Sep;164(9):1356-63.
40. Leon AC, Marzuk PM, Tardiff K, Bucciarelli A, Markham Piper T, Galea S. Antidepressants and youth suicide in New York City, 1999-2002. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006 Sep;45(9):1054-8.
41. Grando M, Longo F, Fanta AC, Oliveira IA, Linhares EJ, Westphal GE, et al., editors. Toxicovigilância e farmacovigilância no município de Joinville, Santa Catarina. In: XVI Congresso Brasileiro de Toxicologia, 2005, Recife. *Revista Brasileira de Toxicologia,* 2005. v. 18. p. 468.
42. Toero K, Nagy A, Sawaguchi T, Sawaguchi A, Sotonyi P. Characteristics of suicide among children and adolescents in Budapest. *Pediatr Int.* 2001 Aug;43(4):368-71.
43. Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox HC, Harris Munfakh JL, Shaffer D. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008 Jan;47(1):32-40.

44. McIntire MS, Angle CR. "Suicide" as seen in poison control centers. *Pediatrics*. 1971 Dec;48(6):914-22.
45. Brasil HH, Filho JFB. Psicofarmacoterapia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(II):42-7.
46. Reith DM, Whyte I, Carter G. Repetition risk for adolescent self-poisoning: a multiple event survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003 Apr;37(2):212-8.
47. McIntire MS, Angle CR. The taxonomy of suicide as seen in poison control centers. *Pediatr Clin North Am*. 1970 Aug;17(3):697-706.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005 .