

VANESSA DIAS FOGAÇA

TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES:
ESTUDO RETROSPECTIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lisabelle Mariano Rossato

São Paulo

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Fogaça, Vanessa Dias

Tentativas de suicídio em adolescentes: estudo retrospectivo/
Vanessa Dias Fogaça. São Paulo, 2020.

139p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Lisabelle Mariano Rossato

Área de concentração: Cuidado em Saúde.

1. Saúde do adolescente. 2. Tentativa de Suicídio 3. Emergência.

I. Título.

Nome: Vanessa Dias Fogaça

Título: Tentativas de suicídio em adolescentes: estudo retrospectivo.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca examinadora

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Lisabelle Rossato

Instituição: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Às minhas amadas filhas Maitê, Mariana e Martina, que são a razão do meu viver e minha inspiração para acreditar em um mundo melhor.

Ao meu esposo, Renato, por todo apoio, companheirismo, ajuda e incentivo para que este trabalho tenha sido desenvolvido e nada tenha faltado a nossa família em todos os sentidos. Obrigada por acreditar em mim e participar dos meus sonhos com amor e amizade sempre.

Aos meus pais, Maria Augusta e Antônio, que sempre estiveram ao meu lado me dando apoio e força para que eu conquistasse meus objetivos.

Aos meus irmãos, Adriana, Arthur e Laura, pela amizade e carinho.

Aos meus amigos, por tornarem essa caminhada mais leve e alegre.

AGRADECIMENTOS

*Em tudo dai graças, porque esta é a vontade de Deus em Cristo Jesus para convosco.
1 Tessalonicenses 5:18*

À amada Profa. Dra. Lisabelle Mariano Rossato, pelos ensinamentos, compreensão, amizade e respeito demonstrados. Obrigada Lisa por trilhar comigo esta incrível jornada!

Ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da USP.

À Escola de Enfermagem da USP, pela minha formação como enfermeira.

Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP.

Ao Hospital Universitário da USP, por ter permitido a realização da pesquisa e pela política de apoio aos mestrandos e doutorandos.

Ao Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da USP.

À equipe de Informática do Hospital Universitário da USP, pela prontidão no fornecimento de dados.

À equipe do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do HU-USP, pela solidariedade num momento difícil de acesso aos dados de prontuários em meio às adversidades.

Às Profas. Dras. Lúcia Silva, Camila Borghi e Maria de La Ó Verissimo, pela disponibilidade e importantes contribuições ao longo do processo de construção desta dissertação.

À Profa. Dra. Maria Julia Kovacs, por ter me recebido no Instituto de Psicologia da USP com tanto carinho e pelo incentivo para a realização desta pesquisa.

Aos representantes discentes da Comissão de Pós-Graduação, pelo acolhimento primoroso das demandas dos discentes.

À equipe de trabalho do Pronto Socorro Infantil do Hospital Universitário da USP, pelo incentivo.

Ao estatístico, Ms. Bernardo dos Santos, pelo auxílio estatístico, e à Dra. Erika Giseth León Ramírez e toda equipe da Academic Health Consulting, pelas colaborações nas análises estatísticas, revisão e formatação desta dissertação.

Às crianças e adolescentes e suas famílias, que são minha fonte de inspiração como profissional e pesquisadora.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a elaboração, realização e conclusão desta dissertação.

*"QUALQUER UM QUE VOLUNTARIAMENTE
ENTRA EM CONTATO COM A DOR DE UM
ESTRANHO É REALMENTE UMA PESSOA
EXTRAORDINÁRIA"*

HENRI NOUWEN, 2005

Fogaça VD. Tentativas de suicídio em adolescentes: Estudo retrospectivo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: A adolescência é marcada sobretudo pelo comportamento impulsivo, o que pode favorecer a ocorrência de agravos envolvendo violência interpessoal e autoprovocada. Dentre estas, se destacam as tentativas de suicídio. Alguns atendimentos desta natureza podem permanecer ocultos por dúvidas sobre a intencionalidade de morte sobretudo em crianças e adolescentes. Diante desta problemática, este trabalho tem como pergunta de pesquisa: Como se dá o atendimento aos adolescentes admitidos no Pronto Socorro com história de tentativa de suicídio? **Objetivos:** Identificar a trajetória do atendimento aos adolescentes admitidos no Pronto Socorro adulto e infantil por tentativa de suicídio mediante análise dos registros de atendimento. Descrever o perfil sócio demográfico de adolescentes atendidos por tentativa de suicídio; descrever o percurso de atendimento de adolescentes atendidos por tentativa de suicídio no âmbito hospitalar; identificar os fatores de risco presentes em adolescentes atendidos por tentativa de suicídio; descrever os meios utilizados pelos adolescentes para a tentativa de suicídio; descrever as intervenções realizadas pelos profissionais nos adolescentes atendidos por tentativa de suicídio e descrever o desfecho de atendimento e o destino dado aos adolescentes atendidos por tentativa de suicídio. **Método:** estudo quantitativo e retrospectivo de natureza descritiva e exploratória. Foram utilizados dados de prontuários de adolescentes de 10 a 19 anos atendidos em um hospital de nível secundário no município de São Paulo entre janeiro de 2015 a julho de 2020. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da instituição coparticipante. **Resultados:** Foram coletados dados de 88 atendimentos, sendo 73 (83,0%) do sexo feminino; com idade média de 16,4 anos; o meio mais utilizado para tentativa de suicídio foi a intoxicação exógena medicamentosa 74 (84,1%); o local de maior ocorrência foi a própria moradia 73 (83%). Agravos psiquiátricos foram encontrados em 36 (40,9%) atendimentos. A tentativa de suicídio anterior foi mencionada por 34 (39%) e a automutilação por 22 (25%) dos atendidos. Receberam avaliação psiquiátrica 58 (65,9%). Os métodos violentos e abuso de tóxicos foram associados ao sexo masculino ($p < 0,001$) de maior idade. Os antidepressivos foram os medicamentos mais utilizados de forma abusiva, sendo os mesmos de uso dos próprios adolescentes ($p < 0,001$). Os adolescentes de menor idade reportaram mais conflitos familiares e utilizaram medicamentos desta como meio para a tentativa de suicídio ($p < 0,001$). Receberam alta do próprio setor de emergência 43 (48,9%). Quanto à classificação internacional de doenças, 61 (69,3%) enquadravam-se no grupo das Intoxicações exógenas (CID T.50.9 a T65.9). Foram notificadas 23 (26,1%) das tentativas de suicídio. **Conclusão:** As tentativas de suicídio em adolescentes merecem a visibilidade do real e potencial problema de saúde pública que representam. Para os adolescentes mais jovens e para aqueles que permaneceram internados ou receberam avaliação psiquiátrica no próprio serviço, houve maior detalhamento dos fatores de risco. Nos últimos anos houve melhora no sistema de notificações. Os achados deste trabalho corroboram a literatura apontando para a necessidade de implementação de melhorias, sobretudo na documentação hospitalar no que diz respeito à verdadeira notificação dos casos de tentativa de suicídio.

PALAVRAS-CHAVE: Tentativa de suicídio, Adolescência, Emergência, Enfermagem.

Fogaça VD. Suicide attempts in adolescents: Retrospective study [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: The adolescent period of life is mainly marked by impulsive behavior, which can lead to the occurrence of injuries such as interpersonal and self-harm, among which suicide attempts stand out. However, some care of this nature may remain hidden for questions about the intentionality of death, especially in children and adolescents. In view of this problem, the present study asks the following research question: How is care given to adolescents admitted to the emergency room with a history of attempted suicide? **Objectives:** Identify the trajectory of care for adolescents admitted to the adult and children emergency rooms for attempted suicide by analysing the care records. Describe the socio-demographic profile of adolescents treated for attempted suicide; describe the course of care for adolescents treated for attempted suicide in the hospital; identify the risk factors present in adolescents treated for attempted suicide; describe the means used by adolescents to attempt suicide; describe the interventions performed by professionals in adolescents treated for attempted suicide and describe the outcome of care and the destination given to adolescents treated for attempted suicide. **Method:** it is a quantitative and retrospective study of a descriptive and exploratory nature. Data from medical records of adolescents between the ages of 10 to 19 attended to at a secondary-level hospital in the city of São Paulo between January 2015 and July 2020 were used. The study was approved by the Research Ethics Committee of the University of São Paulo School of Nursing and the co-participant institution. **Results:** Data were collected from 88 cases. The majority of the patients were female 73 (83.0%), the average age was 16.4 years, the most common approach for suicide attempts was exogenous drug intoxication 74 (84.1%), and the most common place for suicide attempts was at home 73 (83%). Psychiatric disorders were found in 36 (40.9%) cases, with depression 28 (31.8%) being the most reported. Previous suicide attempts were mentioned in 34 (39%) and self-mutilation in 22 (25%) of the visits. From the total, 58 (65.9%) had undergone a psychiatric evaluation. The use of violent methods to attempt suicide and the abuse of toxic substances such as alcohol and drugs were associated with male adolescents ($p < 0.001$) and older individuals. Antidepressants were the most abused drugs, being the same ones used by adolescents themselves ($p < 0.001$). The youngest adolescents used family medications as a means of attempting suicide ($p < 0.001$). A total of 43 (48.9%) were discharged from the emergency sector. Regarding the international classification of diseases, 61 (69.3%) of the consultations fell into the group of exogenous intoxications (ICD T.50.9 to T65.9). These were notified 23 (26,1%) of attempting suicide. **Conclusion:** suicide attempts in adolescents deserve the visibility of the true and potential public health problem they represent. For younger adolescents and for those who remained hospitalized or received psychiatric evaluation at the service, there was greater detail of the risk factors. In recent years there has been an improvement in the notification system. The findings reported here corroborate the literature by pointing out the need to implement improvements, especially in hospital documentation regarding the true notification of cases of attempted suicide.

KEY WORDS: Suicide attempt, Adolescence, Emergency, Nursing.

APRESENTAÇÃO

Foi uma longa caminhada desde minha vida estudantil, minha identificação vocacional até me tornar graduanda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

Vivi intensamente a graduação, experimentei diversos campos de estágio, fui representante discente na comissão de graduação, participei de ligas, simpósios, congressos, conheci pessoas incríveis, me inspirei em professores e profissionais talentosos e entusiasmados com a enfermagem.

Logo no início da graduação senti um enorme interesse pela assistência ao parto. Me encantava com o processo de gestação e nascimento. Procurei me inserir em um grupo de estudos e pesquisa coordenado pela Profa. Dra. Maria Luiza Gonzalez Riesco, que me acolheu como aluna pesquisadora e bolsista de iniciação científica.

Realizei desde o terceiro semestre da graduação a construção do meu projeto de pesquisa, que se tornou a minha monografia de conclusão de curso. Trabalhei arduamente nessa pesquisa, que era voltada à humanização da assistência ao parto.

Ter vivenciado esta experiência itinerante como pesquisadora me despertou um imenso prazer pela pesquisa, ainda mais quando meu trabalho, intitulado “Intervenções obstétricas em mulheres submetidas a cesariana”, foi aceito para uma publicação alguns meses após minha formatura.

Desde então, a pesquisa me fascina, e trabalhar em um lugar que valoriza a prática baseada em evidências era tudo que eu mais almejava.

Há catorze anos conquistei meu primeiro emprego como enfermeira, tendo a honra de integrar o Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

Para muitos recém-formados, isso representava a concretização de um sonho, pois se tratava de um campo de estágio durante a graduação que tanto nos encantava com sua excelência em enfermagem.

A alegria e confiança em já estar empregada não me deixaram sentir insegurança no próximo desafio que estava por vir: atuar no Pronto Socorro Infantil, sem experiência em pediatria, a não ser sob os olhares das minhas estimadas professoras durante a graduação na EEUSP.

A pediatria me escolheu e eu aceitei! Tanto, que procurei aperfeiçoamento. Me inscrevi em uma especialização em Cuidados Intensivos Pediátricos, a qual concluí no ano de 2008, no Centro Universitário São Camilo, em São Paulo.

Ao final do curso, tive a grata surpresa: minha família cresceria! Deus nos abençoou com a chegada, no mês de maio de 2009, da nossa primeira menina: Maitê.

Minha vida então se dividia entre os papéis de mãe, esposa e enfermeira! Eram dias de trabalho e algumas noites em claro e a certeza de que meus planos de retomar meus estudos estavam adiados por tempo indeterminado!

A nossa família cresceu ainda mais: em 2012, com a chegada da Mariana, e em 2015, com a chegada da Martina. Minha família é meu porto seguro e sempre tive apoio incondicional de todos para exercer minha profissão que tanto amo.

Desfrutar da oportunidade de vê-las crescendo e construindo suas identidades, vencendo seus medos e lidando com seus sentimentos me faz todos os dias me sentir desafiada a entender como funcionam os mecanismos comportamentais da criança e do adolescente.

Lidando diariamente com crianças, adolescentes e suas famílias, muitas inquietações vem à tona e por muitas vezes me sinto impotente diante de tamanha complexidade de suas demandas.

O setor de emergência pediátrica tem sido meu campo de atuação profissional como enfermeira assistencial há então catorze anos. Neste período atendi, junto à equipe multiprofissional do Pronto Socorro Infantil, a muitas crianças e adolescentes com as mais diversas necessidades de saúde.

Sabendo que a profa. Lisabelle, conhecida por todos da comunidade EEUSP pelas suas excelentes pesquisas na temática de dor, estava interessada em conhecer também este outro tipo de dor, a dor psíquica, então a procurei.

Conversamos bastante e não precisei de muitos relatos para envolvê-la em meu anseio: dar voz a essa dor também. A partir daí ingressei no grupo de pesquisa Grupo de Estudos Sobre a Criança Doente (GECD), voltado para a compreensão da experiência de doença vivida pela criança e sua família.

Participando das reuniões, dividi com outros profissionais que tenho assistido a uma tendência no perfil de atendimentos, sobretudo de adolescentes que vêm exigindo dos profissionais competências e habilidades de comunicação para serem efetivamente compreendidos em suas necessidades.

A partir daí comecei a estruturar o projeto desta pesquisa, com ajuda da Profa. Lisabelle, e ingressei no programa de pós-graduação da EEUSP.

Assim como outros membros da equipe multiprofissional, sinto, como enfermeira pediatra, pouco preparo e amparo da rede de apoio hospitalar para atender a demandas tão amplas dentro do processo saúde-doença.

Dentre os agravos de ordem comportamental, as tentativas de suicídio e sofrimentos de ordem psiquiátrica vêm aumentando nos últimos anos. História clínica ou presença de indícios de automutilação em adolescentes têm sido mais comum no meu cotidiano assistencial.

O ambiente hospitalar, sobretudo de Pronto Socorro, pode ser hostil e não conseguir oferecer acolhimento, escuta e apoio emocional que um adolescente necessita quando chega com hipótese de tentativa de suicídio. Por que não?

Acredito que muitos tabus e julgamentos estão envolvidos dentro do atendimento ao indivíduo que tenta suicídio. Desde a chegada ao serviço de saúde, a entrada, a abertura da ficha de atendimento, onde é preciso relatar o motivo que o levou ali, até a então chegada ao profissional de saúde.

Ao longo desses anos de vivência profissional pude perceber em algumas dessas ocasiões um certo clima de desconforto e até mesmo despreparo por parte dos profissionais, nos quais me incluo certamente, porque nos faltam as palavras e muitas vezes também nos falta tempo para ouvir diante da realidade caótica de um Pronto Socorro.

Em outros momentos, já pude observar o oposto, acolhimento e apoio da equipe multiprofissional. Momentos os quais percebo que é sim possível atender a essa demanda. É preciso parar e ouvir, estar disposto.

Entretanto, já assisti a julgamentos. Os quais acarretam muitas vezes omissão de importantes dados para efetividade do atendimento.

Percebo ainda que para alguns profissionais o hospital é lugar de atender aqueles que estão dispostos a viver e não há “tempo a perder” com quem está querendo “chamar a atenção” ou “querendo morrer”. Colocando assim o sofrimento psíquico num patamar abaixo das demais morbidades.

Isto reitera o fato de que as pessoas que tentam suicídio procuram atendimento apenas quando as lesões físicas justificam o atendimento médico, como cortes ou envenenamento que tragam prejuízo neurológico ou físico. Raramente alguém em sofrimento psíquico encontra o que procura num serviço de saúde.

Alguns desses pacientes não precisam de fato de lavagem gástrica, não precisam de soro, não precisam fazer exames. Porém precisam ser ouvidos, precisam ser encaminhados a um serviço de apoio e atenção psicossocial. Há que se estar atento para perceber isso.

Quantas vezes recebemos em pleno verão adolescentes com blusas de manga comprida, para daí retirarmos a blusa em busca de um acesso venoso e encontramos cicatrizes de automutilação? Então vem a indagação: Questiono? Estou preparada para dar conta de ouvir? Tenho uma rede de apoio para dar andamento a essa questão? Estou bem instrumentalizada para essa abordagem?

Atualmente, as tentativas de suicídio têm abrangido tantos contextos sociais, que mesmo se o profissional não tiver presenciado algum atendimento a alguém no âmbito profissional, ele

já teve alguém próximo que já viveu algum sofrimento do tipo, o que colabora para a sua preocupação.

Em contrapartida, não há como omitir: precisamos nos aperfeiçoar para atender a essa demanda que vem sendo crescente ao longo dos últimos anos. As notificações compulsórias precisam acontecer e colocar o assunto em evidência. Entretanto, precisamos nos sentir preparados para lidar com essa demanda.

Poder realizar algo por esses adolescentes seria algo muito impactante na proteção efetiva de uma vida. Quem são eles? Por que sofrem tanto a ponto de querer tirar suas próprias vidas? Quem faz parte desse cenário? Quantas vezes já tentaram suicídio e o que foi feito por eles?

Percebo que as tentativas de suicídio são uma forma de comunicação dos adolescentes. Um grito mais alto do que eles tentam mostrar no seu cotidiano embotados em seus quartos, *smartphones* e redes sociais.

Penso que a pesquisa pode ser uma aliada na identificação precoce dos fatores de risco dessa população em tempo hábil para intervenções efetivas na prevenção da vida. Se há algo pelo que batalho todos os dias, é pela vida das crianças e adolescentes que tenho a honra de me aproximar e oferecer meu dom: o cuidar.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Marcos das políticas de prevenção do suicídio no Brasil. São Paulo, 2020.	36
Figura 2. Sequência de etapas para obtenção dos documentos relativos aos atendimentos portentativa de suicídio de adolescentes. São Paulo, SP. 2020.	49
Figura 3. Distribuição anual dos atendimentos de adolescentes com tentativas de suicídios entre os anos de 2015 e 2020. São Paulo, SP, 2020.	50
Figura 4. Distribuição dos atendimentos de adolescentes entre os meses dos anos de 2015 a julho de 2020. São Paulo, SP. 2020.	50
Figura 5. Distribuição dos atendimentos de adolescentes com tentativa de suicídio entre dias da semana nos anos de 2015 a julho de 2020. São Paulo, SP. 2020.	51
Figura 6. Distribuição dos atendimentos quanto ao horário da admissão. São Paulo, SP. 2020.	51
Figura 7. Distribuição dos adolescentes quanto à idade. São Paulo, SP. 2020.	52
Figura 8. Distribuição dos adolescentes segundo o sexo. São Paulo, SP. 2020.	54
Figura 9. Distribuição segundo a cor da pele. São Paulo, SP, 2020.	54
Figura 10. Distribuição dos adolescentes admitidos por tentativa de suicídio no Pronto Socorro, segundo o meio de acesso ao serviço. São Paulo, SP. 2020.	55
Figura 11. Distribuição dos atendimentos quanto às condições clínicas na admissão. São Paulo, SP. 2020.	56
Figura 12. Distribuição dos atendimentos segundo o local de ocorrência da tentativa de suicídio. São Paulo, SP. 2020.	57
Figura 13. Distribuição dos atendimentos quanto ao destino. São Paulo, SP. 2020.	57
Figura 14. Distribuição dos atendimentos quanto à unidade de internação de destino. São Paulo, SP. 2020.	59
Figura 15. Distribuição dos atendimentos segundo relato de fatores colaborativos para a tentativa de suicídio. São Paulo, SP. 2020.	62
Figura 16. Distribuição dos atendimentos quanto à associação de eventos relacionados ao comportamento suicida. São Paulo, SP. 2020.	63
Figura 17. Distribuição dos meios de tentativa de suicídio utilizados em relação ao sexo. São Paulo, SP. 2020.	64
Figura 18. Distribuição dos atendimentos segundo o grupo de medicamentos ingeridos para a tentativa de suicídio por intoxicação exógena. São Paulo, SP. 2020.	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos adolescentes atendidos por tentativa de suicídio. São Paulo, SP. 2020-----	53
Tabela 2. Dados da avaliação psiquiátrica dos adolescentes com tentativa de suicídio atendidos no período de 2015 a julho de 2020. São Paulo, SP. 2020. -----	60
Tabela 3. Dados do histórico psiquiátrico dos adolescentes com tentativa de suicídio atendidos no período de 2015 a julho de 2020. São Paulo, SP. 2020. -----	61
Tabela 4. Meio utilizado por adolescentes atendidos por tentativa de suicídio. São Paulo, SP. 2020 -----	64
Tabela 5. Distribuição de medicamentos utilizados por adolescentes em tentativas de suicídio. São Paulo, SP. 2020 -----	66
Tabela 6. Intervenções realizadas nos adolescentes atendidos devido à tentativa de suicídio. São Paulo, SP. 2020 -----	68
Tabela 7. Associação entre sexo e fatores de risco em adolescentes atendidos por tentativa de suicídio. São Paulo, SP, 2020. -----	69
Tabela 8. Associação entre sexo e meios utilizados para tentativa de suicídio por adolescentes. São Paulo, SP. 2020 -----	72
Tabela 9. Associação entre a idade dos adolescentes atendidos por tentativa de suicídio e fatores de risco. São Paulo, SP. 2020.-----	75
Tabela 10. Associação entre idade e os meios utilizados por adolescentes atendidos por tentativa de suicídio. São Paulo, SP, 2020.-----	76
Tabela 11. Associação entre a idade e os tipos de medicamentos utilizados pelos adolescentes que utilizaram a intoxicação medicamentosa como meio para tentativa de suicídio. São Paulo, SP, 2020. -----	77

LISTA DE SIGLAS

AINE	Anti-inflamatório não esteroidal
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CC	Centro Cirúrgico
CCI	Centro de Controle de Intoxicações
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID X60 a X 84	Lesões autoprovocadas intencionalmente
CID Y.09 a Y 34	Sequelas de autoagressão intencional
CLC	Clínica Cirúrgica
CLM	Clínica Médica
CVV	Centro de Valorização da Vida
DP	Desvio Padrão
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECG	Eletrocardiograma
FAB	Ferimento por arma branca
FAF	Ferimento por arma de fogo
NA	Não disponível
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PSA	Pronto Socorro Adulto
PSI	Pronto Socorro Infantil

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial RAPS
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística da instituição
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNG	Sonda nasogástrica
T50.9 a T 65.9	Intoxicação exógena de intenção indeterminada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TS	Tentativa de Suicídio
TTO	Tratamento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIA	Unidade de Terapia Intensiva Adulto
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes do SINAN

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO -----	10
1. INTRODUÇÃO -----	22
1.1 O SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA-----	22
1.2 AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA -----	30
1.3. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL-----	33
1.4 MARCOS DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL-----	36
2. OBJETIVOS -----	40
3. MÉTODO -----	42
3.1 TIPO DE ESTUDO -----	42
3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO-----	42
3.3 LOCAL DO ESTUDO-----	42
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO-----	43
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO-----	43
3.6 COLETA DOS DADOS-----	44
3.6.1 Procedimentos para a coleta dos dados -----	44
3.7 ANÁLISE DOS DADOS-----	46
3.8 ASPECTOS ÉTICOS-----	46
4. RESULTADOS -----	49
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL DOS ATENDIMENTOS DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS POR TENTATIVA DE SUICÍDIO. -----	49
4.5 MEDICAMENTOS MAIS UTILIZADOS PELOS ADOLESCENTES PARA INTOXICAÇÃO EXÓGENA COMO MEIO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO -----	65
4.6 INTERVENÇÕES REALIZADAS NO ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES -----	67
4.7 ASSOCIAÇÃO ENTRE O SEXO E OS FATORES DE RISCO PARA AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO-----	68
4.8 ASSOCIAÇÃO ENTRE O SEXO E OS MÉTODOS UTILIZADOS PARA TENTATIVA DE SUICÍDIO-----	71
4.9 ASSOCIAÇÃO ENTRE A IDADE E OS FATORES DE RISCO PARA AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO-----	73
4.10 ASSOCIAÇÃO ENTRE A IDADE E OS MEIOS UTILIZADOS -----	74
4.12 ASSOCIAÇÃO DO MEDICAMENTO UTILIZADO PELO ADOLESCENTE QUANTO AO PERTENCIMENTO PELO MESMO OU NÃO -----	77
5. DISCUSSÃO -----	80

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	108
REFERÊNCIAS	117
APENDICE	130
APENDICE A	130
APÊNDICE B	131
ANEXOS	133
ANEXO 1	133
ANEXO 2	134
ANEXO 3	138

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 O SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

O suicídio pode ser definido como o ato deliberado de matar a si mesmo. A tentativa de suicídio, por sua vez, se refere a qualquer comportamento suicida não fatal, como intoxicação autoprovocada, lesão ou dano autoprovocado intencionalmente (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2014).

A complexidade desse tema é objeto de estudo de várias áreas do conhecimento, as quais procuram fornecer subsídios teóricos para compreender este fenômeno de caráter também sociocultural e econômico (Bertolote, Mello-Santos, Botega, 2010; Botega et al., 2009; Fukumitsu, 2014; Jaen-Varas et al., 2019).

Segundo Bertolote Mello-Santos e Botega (2010), trata-se de um ato intencional no qual o indivíduo desiste de conviver com o sofrimento, encontrando a morte como alternativa, sendo a tentativa de suicídio caracterizada pelo mesmo anseio, entretanto, sem o desfecho letal.

Meneguel (2004) afirma que a produção científica acerca do suicídio revestiu-se de caráter predominantemente pragmático e técnico, no qual predominam os estudos que buscam identificar fatores de risco, recortando o evento em múltiplas variáveis em nível biológico, psicológico e social.

Em vista disso, considera-se que qualquer definição reducionista acerca do suicídio deva ser descartada, dada a pluralidade de eventos, sejam individuais ou coletivos, que possam estar relacionados a essa decisão.

Durante a 66ª Assembleia Mundial de Saúde foi adotado o Plano de Ação abrangente para a Saúde Mental 2013-2020, que estabeleceu como meta a redução das taxas de suicídio em 10% (OMS, 2013).

Este documento (OMS, 2013) é baseado em dados fornecidos por 177 estados-membros da OMS, os quais mediram em que patamar estão os investimentos na prestação de cuidados de saúde mental e social. Um dos pontos alarmantes se refere à proporção de profissionais de saúde mental nos países de baixa renda: dois para cada 100 mil habitantes, em comparação com setenta trabalhadores para cada 100 mil habitantes em países de alta renda.

Para tanto, este plano se concentrou em quatro principais objetivos: fortalecer liderança e governança eficazes para a saúde mental; fornecer serviços de saúde mental e assistência social abrangentes, integrados e responsivos em ambientes comunitários; implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental; e fortalecer os sistemas de informação, evidências e pesquisas para a saúde mental (OMS, 2013).

Somado a isso, no ano de 2014, a OMS (2014) alertou o mundo a respeito da prevenção do suicídio com a divulgação do Imperativo Global, apontando para a conscientização sobre a importância dos países-membros voltarem seus olhares para a prevenção do suicídio. Este documento visou dar alta prioridade na agenda global quanto ao incentivo e apoio aos países para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção ao suicídio e tentativas de suicídio.

A OMS (2014) declarou ser o suicídio um fenômeno pessoal que atinge não apenas a vida de um indivíduo, ele carrega em si um caráter de sofrimento coletivo na vida de famílias, amigos e comunidade.

Segundo a OMS (2014), a cada 45 segundos alguém encerra sua própria vida em algum lugar no mundo, chegando ao número alarmante anual de mais de 800 mil suicídios em todo o planeta.

Em se tratando de taxas de mortalidade na adolescência e juventude, para a faixa etária de 15 a 29 anos, o suicídio se destaca como a segunda maior causa de morte (OMS, 2014).

Globalmente, o suicídio é responsável por 1,4% do total de mortes no mundo. E para as tentativas de suicídio, as estatísticas existentes apontam que para cada suicídio ocorram em média vinte tentativas de suicídio (OMS, 2014).

No ano de 2017, a OMS reiterou, através do Atlas de Saúde Mental, que embora alguns países tenham feito progressos na formulação e no planejamento de políticas de saúde mental, ainda há uma escassez em todo o mundo de profissionais de saúde especialistas ou capacitados para atuação nessa área, além da falta de investimento em instalações de saúde mental (OMS, 2018).

Compreendendo a magnitude deste desafio, a OMS (2018) se voltou a elaborar uma estratégia considerando diretrizes e revisões sistemáticas voltadas ao atendimento em saúde mental em locais de cuidados não especializados, convertendo-as então em intervenções

claramente práticas para a abordagem de agravos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas, sobretudo onde os profissionais especializados são escassos.

Este plano foi denominado “Plano de Ação para Reduzir as Brechas em Saúde Mental” – em inglês, *Mental Health Gap* (mhGAP).

As condições prioritárias do mhGAP incluíram as orientações sobre intervenções baseadas em evidências para a identificação e o manejo de diversas condições, tais como depressão, psicoses, transtornos bipolares, epilepsia, transtornos de desenvolvimento e os comportamentais em crianças e adolescentes, a demência, os transtornos por uso de álcool e drogas, a autoagressão e o suicídio (OMS, 2018).

Reconhecendo a adolescência enquanto um período peculiar da vida, o relatório de Ação Acelerada Global para a Saúde dos Adolescentes (AA HÁ!) (OMS, 2017), apontou que há diferenças marcantes nas causas de morte ao separar o grupo de adolescentes por idade (adolescentes mais jovens com idades entre 10-14 anos, e mais velhos os de 15 a 19 anos) e por sexo.

O mesmo aponta que (OMS, 2017). para as meninas adolescentes de 15 a 19 anos, as duas principais causas de morte são suicídio e complicações durante a gravidez e o parto.

Adolescentes, como todas as pessoas, têm direitos fundamentais à vida, ao desenvolvimento, ao mais alto padrão de saúde e ao acesso a serviços de saúde. Carecem de ações de melhoria de qualidade de vida e diversos aspectos tanto físicos como mentais (OMS, 2017).

Quanto às condições de vida e sociedade, os adolescentes estão expostos a uma alta carga de morbidade por causas evitáveis, incluindo: lesões não intencionais; violência; saúde sexual e reprodutiva, inclusive o HIV; doenças transmissíveis, como as infecções respiratórias agudas e doenças diarreicas; doenças não transmissíveis; má alimentação e atividade física insuficiente; saúde mental; uso de substâncias e autolesão (OMS, 2017).

O relatório (OMS, 2017) elenca os suicídios como responsáveis pela morte de 67.149 adolescentes de 10 a 19 anos no ano de 2015. Dentre essas, 34.650 meninos se mataram, representando a quinta causa de morte neste grupo.

Para o sexo feminino, tiraram a própria vida 32.499 meninas, configurando-se a segunda maior causa de morte no grupo (OMS, 2017).

O comportamento suicida pode ser dividido em três categorias: ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio e suicídio consumado, sendo a ideação suicida um importante preditor de risco para o suicídio, considerado o primeiro passo para sua efetivação (Werlang, Borges, Fenesterseifer, 2005).

Destaca-se, portanto, que entre o comportamento suicida e a concretização do suicídio estão a ideação suicida e as tentativas de suicídio, que são ações potencialmente autoprovocadas com um desfecho não fatal, para o qual há evidências de que o indivíduo pretendia se matar (Kennebeck, Bonin, 2017).

Embora o comportamento suicida não seja uma doença, tem-se verificado, frequentemente, haver a subjacência de algum transtorno mental associado a este, destacando-se a depressão (Bertolote, Mello-Santos, Botega, 2010).

Em geral, a decisão de cometer suicídio não ocorre de maneira rápida, muitas vezes o indivíduo que comete o suicídio manifestou anteriormente alguma advertência ou sinal com relação à ideia de atentar contra a própria vida (Braga, Dell'Áglio, 2013).

Entretanto, a depender de aspectos individuais, as tentativas de suicídio podem ser impulsivas. Assim como podem emergir diante de sentimento de desesperança ou solidão (OMS, 2018).

Uma pesquisa do tipo *scoping review* se dedicou a explorar os significados do suicídio em adolescentes e foi unânime o fato de os adolescentes associarem uma crítica negativa ao suicídio, traduzida pelas expressões “ato irrefletido”, “ato impulsivo”, “ato de fraqueza e desespero”, “estratégia de fuga”, “ato egoísta e covarde” (Simões, Santos, Martinho, 2020).

Da mesma forma, apareceram como justificativa a necessidade de fuga aos problemas intoleráveis, pelo desespero e sofrimento que causam. Os problemas familiares, escolares e amorosos, mas também a ausência de sentido da vida, assim como o consumo de drogas e fatores biológicos são associados ao comportamento suicida (Simões, Santos, Martinho, 2020).

Visando a classificar os fatores intervenientes já compilados na literatura no que concerne ao comportamento suicida, Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) os distinguiu em categorias descritas como fatores predisponentes e precipitantes conforme descrito abaixo:

Fatores predisponentes

- Sexo (masculino: suicídio consumado; feminino: tentativas de suicídio)
- História familiar de comportamento suicida, alcoolismo e outros transtornos mentais
- Idade (jovens: tentativas de suicídio; idosos: suicídio)
- Tentativa de suicídio prévia
- Presença de transtornos mentais
- Presença de doenças físicas
- Presença de desesperança
- Estado civil: solteiro, viúvo, divorciado
- Abuso físico, emocional, sexual na infância
- Desempregado ou aposentado
- Isolamento social
- Pertencer a uma minoria sexual (homossexual, transexual)

Fatores precipitantes

- Separação conjugal
- Ruptura amorosa
- Rejeição afetiva e/ou social
- Alta recente de hospitalização psiquiátrica
- Graves perturbações financeiras
- Gravidez indesejada
- Vergonha

Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) destacam ainda a respeito da capacidade de resolver problemas e de habilidades sociais que possam reduzir o impacto de fatores ambientais

adversos ou intrapsíquicos e desta forma contrabalancear o peso de fatores de risco acima descritos, como características protetoras descritas a seguir:

Fatores protetores

- Ausência de transtorno mental
- Gravidez
- Senso de responsabilidade para com a família
- Suporte social positivo
- Religiosidade
- Estar empregado
- Satisfação elevada com a vida
- Presença de crianças na família
- Capacidade de resolução de problema positiva
- Capacidade de adaptação positiva

Salienta-se, entretanto, que nenhum desses fatores isolados possui força suficiente para provocar ou prevenir um comportamento suicida e que na realidade é sua combinação que leva à crise que resulta nesse comportamento (Bertolote, Mello-Santos, Botega, 2010).

Van Orden, et al. (2010), baseados na convicção de que o comportamento suicida não teve ainda uma explicação empírica digna da sua complexidade, propuseram os constructos interpessoais que compõe a Teoria Interpessoal do Suicídio.

Esta teoria apoia-se na combinação simultânea de fatores interpessoais: a sensação de não pertencimento (solidão, isolamento social) aliado à crença de ser um peso para alguém (sensação de onerar as pessoas ao redor), além da coragem e capacidade para o impulso de se matar. A intersecção desses sentimentos representa uma combinação potencialmente de risco para o suicídio. (Van Orden, et al., 2010).

Segundo Van Orden et al. (2010), é suposto, portanto, que as pessoas que atentam contra sua própria vida e morrem, obtêm este resultado, infelizmente, porque podem e querem de fato morrer. Segundo os mesmos autores, o isolamento social é um dos preditores mais fortes e confiáveis de ideação suicida. As variáveis de conectividade social estão associadas ao suicídio

porque são indicadores notórios de uma necessidade psicológica humana fundamental: pertencer a um grupo social.

O suicídio impacta os serviços de saúde, escolas, famílias e comunidades em que os indivíduos estão inseridos, exigindo políticas públicas eficazes para a prevenção do suicídio no país. Estima-se ainda, que a cada suicídio consumado, pelo menos seis pessoas são atingidas negativamente pelo ato fatal (Botega, et al., 2014; Minayo, Meneghel, Cavalcante, 2012).

Apesar de alguns países incluírem a prevenção do suicídio em suas políticas de saúde e relatarem possuir uma estratégia nacional para redução desses eventos, os dados ainda mostram que se faz necessário sensibilizar a comunidade e quebrar o tabu para se alcançar progressos na prevenção do suicídio em termos globais.

O Brasil ocupa no *ranking* das taxas de suicídios no mundo o oitavo lugar em números absolutos. No que se refere ao crescimento desses índices, ocupa o posto de quarto país latino-americano com o maior crescimento dessas taxas no período de 2000 a 2012 (OMS, 2016). Na América Latina, é, infelizmente, o líder, com 11.821 suicídios entre 2010 e 2012. (OMS, 2014).

O suicídio ocorre em todas as regiões do mundo, e segundo revelou a OMS, no ano de 2018, 79% dos suicídios ocorreram em países de baixa e média renda, grupo ao qual pertence o Brasil. Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2018).

Segundo a OMS, dados provenientes do observatório de estatísticas de números absolutos indica que o Brasil permanece entre os 29 países em que há um constante aumento do suicídio. (OMS, 2018).

Um estudo brasileiro relacionando indicadores socioeconômicos a taxas de lesões autoprovocadas, mais especificamente os suicídios, encontraram associação nas taxas de suicídio em cidades onde há maiores coeficientes de desigualdades sociais. Jaen-Varas et al. (2019).

Jean Varas, et al. (2019) verificaram as taxas de suicídio de adolescentes entre os anos de 2006 e 2015, em cinco importantes metrópoles brasileiras, verificando um aumento de 13% na taxa nacional de suicídio de adolescentes de 2006 (2,34 por 100.000 habitantes) a 2015 (2,64 por 100.000 habitantes).

O mesmo estudo dedicou-se a associar a correlação de indicadores socioeconômicos com as taxas de suicídio. A desigualdade social foi significativamente associada às taxas gerais de suicídio de adolescentes, com maior desigualdade sendo associada a taxas de suicídio mais elevadas ($p \leq 0,012$) (Jean-Varas et al., 2019).

Entre mulheres de 10 a 19 anos, todas as três variáveis econômicas incluídas no modelo foram significativamente associadas à taxa de suicídio: um coeficiente de Gini (mede o grau de desigualdade de uma distribuição populacional) mais alto foi associado a taxas de suicídio mais altas ($p \leq 0,001$). (Jean Varas et al., 2019).

O maior produto interno bruto (PIB) per capita foi associado a menores taxas de suicídio ($p \leq 0,001$), e maiores taxas de desemprego foram associadas a maiores taxas de suicídio ($p \leq 0,008$). (Jean Varas et al., 2019).

A taxa geral de suicídio nas seis cidades incluídas neste estudo aumentou 24%. Mais especificamente, em 2006, a taxa geral dessas cidades era de 1,60, variando de 0,44 em Salvador a 2,81 em Porto Alegre. Em 2015, a taxa geral subiu para 1,99, variando de 0,23 em Salvador a 3,13 em Belo Horizonte (Jean Varas et al., 2019).

Conforme o Mapa da Violência, publicação esta fundamentada em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (Brasil, 2011), do Ministério da Saúde, entre 2000 e 2012 o total de suicídios teve um aumento de 33,6%, superando assim o crescimento populacional do país no mesmo período (11,1%). (Waiselfisz, 2014).

No período pesquisado por Waiselfisz (2014), foram notificados 105 óbitos por suicídio entre adolescentes de 10 a 14 anos, sendo desses, 17, no Estado de São Paulo. Para aqueles entre 15 e 19 anos ocorreram 628 óbitos por suicídio, sendo 96 nesta mesma unidade de federação. Para a faixa etária de 15 a 18 anos houve um aumento de 15,3% nas taxas de suicídio, passando de 2.515 casos em 2002 para 2.900 em 2012.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, metade de todas as mortes de adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos nas Américas se deve a homicídios, mortes no trânsito e suicídios, todas estas passíveis de prevenção (OPAS, 2019).

Em 2012, foram registradas 11.821 mortes, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres. Em 2013, houve expressivo acréscimo, cerca de 10 mil casos de suicídio, constando o Sudeste com 36% desse total, ou seja, 3.636 mortes por suicídio (Brasil, 2017a).

Entre os homens, observou-se que no Brasil e nas regiões Nordeste e Sudeste os eventos de intenção indeterminada apareceram entre as cinco principais causas de morte (2,7%, 3,1% e 3,6%, respectivamente), (Brasil, 2017a).

Esses eventos de intenção indeterminada, quando esclarecidos, devem engrossar a proporção de algumas das causas externas que ocupam os primeiros lugares no ranking nesta faixa etária, por exemplo, os suicídios (Brasil, 2017a).

No Brasil, no ano de 2015 a taxa bruta de suicídio foi de 5,5/100mil, e em números absolutos ocorrem cerca de 10 mil mortes por suicídio por ano, com valores estáveis ao longo dos últimos anos (Brasil, 2017a).

Infelizmente, entre os anos de 2007 e 2016 foram registrados 106.375 óbitos por suicídio no Brasil, com taxa geral padronizada de mortalidade de 5,3/100 mil habitantes, variando de 5,1 em 2007 a 5,5 em 2006 (Brasil, 2019a).

Entretanto, no que diz respeito ao aumento das taxas de suicídio, verificou-se aumento das mesmas em ambos os sexos no período de 2007-2016: 1,7/100 mil para o sexo masculino e de 0,4/100 mil para o feminino (Brasil, 2019a).

1.2 AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência representa uma fase de importantes transformações psicológicas e biológicas, em que os contextos social, econômico, político e cultural configuram o exercício de direitos e oportunidades nessa faixa etária (Brasil, 2017b).

Adolescência é uma etapa singular formativa do desenvolvimento humano que exige atenção especial nas políticas, nos programas e nos planos nacionais de desenvolvimento. Nesse período, os indivíduos vivenciam novas experiências, e muitos comportamentos de proteção ou de risco começam ou consolidam-se, com mais exposição aos acidentes e às violências. (OMS, 2017).

Segundo Moeller et al. (2001), adolescência é marcada, sobretudo, pela impulsividade, definida como a tendência para as reações rápidas e não planejadas aos estímulos sem ter em consideração as consequências negativas que daí poderão advir, quer para o próprio, quer para os outros.

O psicólogo suíço Jean Piaget (1976), descreveu a adolescência como o quarto estágio do desenvolvimento cognitivo, chamado operatório-abstrato ou hipotético-dedutivo, caracterizado pela habilidade de pensar nas relações entre acontecimentos ou entre coisas sem precisar experimentá-las de fato.

Para Piaget (1976), essa conquista não está relacionada simplesmente à maturação biológica e à idade cronológica, mas também aos estímulos que o indivíduo recebe. Portanto, pode-se inferir que o alcance dessa maturação dependa do ambiente em que o adolescente está inserido.

As particularidades próprias da idade aumentam o risco de desenvolvimento de comportamento suicida, como: grandes transformações biopsicossociais, comportamento naturalmente mais impulsivo e depressivo, aumento dos transtornos mentais, maior suscetibilidade ao consumo de álcool e drogas, solidão, indagações sobre problemas sociais, sentido da vida e inserção no mundo, aumento de conflitos familiares, a maioria deles decorrente da busca de autonomia, crises ou rupturas amorosas ou com amigos e ousadias nos contatos sociais e sexuais (OMS, 2014; Moreira, Bastos, 2015).

As violências autoprovocadas são aquelas compreendidas pela ideação suicida, automutilação, tentativas de suicídio e suicídios (Brasil, 2019a).

Para Jans et al. (2017), as tentativas de suicídio são ações de autoagressão com intuito de causar a própria morte, entretanto com desfecho não fatal.

O comportamento suicida sob a óptica sequencial, na qual as ideias e planos suicidas são precoces ao ato suicida, pode ser alterado na adolescência, uma vez que uma parcela dessas são resultado de atos impulsivos reativos à frágil condição de adaptação ainda em desenvolvimento na adolescência (Silva, 2019).

Observa-se, entretanto, que nem toda violência autoprovocada caracteriza uma tentativa de suicídio, pois podem ter o intuito de aliviar um sofrimento, sem que haja o objetivo de pôr fim à vida. (Brasil, 2019a).

A psicologia define a automutilação como o ato de se ferir intencionalmente, de forma superficial, moderada ou profunda, sem intenção suicida consciente. São atos lesivos contra o próprio corpo, como cortes, perfurações, mordidas, beliscões e espancamentos, feitos a mão ou com o uso de objetos, alegando-se a intenção de aliviar tensões ou outros sentimentos (Cedaro e Nascimento, 2013).

As estatísticas brasileiras disponíveis apontam que dentro do comportamento suicida as tentativas de suicídio são lideradas pelas mulheres, já o suicídio pelos homens. O risco de suicídio no sexo masculino (8,6/100 mil) foi aproximadamente quatro vezes maior que no feminino (2,3/100 mil) (Brasil, 2019a).

O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos alertou em julho de 2020 que a automutilação, as lesões autoprovocadas e os suicídios, podem decorrer de sérios problemas de cunho emocional, além de poderem ser reflexos de outros tipos de violência, como abuso físico, sexual ou psicológico, sendo notório o crescimento de tais ocorrências no Brasil. (Brasil, 2019c).

O suicídio e a automutilação infantis representam um real e preocupante problema de saúde, uma vez que em 2018 foram reportados quatro casos de suicídio na faixa de 5 a 9 anos, 163 casos de adolescentes de 10 a 14 anos e 886 entre aqueles de 15 a 19 anos (Brasil, 2020).

Quanto às automutilações, no ano de 2017 foram registradas 441 notificações compulsórias entre crianças de 5 e 9 anos, 5.596 casos entre adolescentes de 10 a 14 anos, e 13.443 entre aqueles de 15 a 19 anos. (Brasil, 2020).

Conforme apontou o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2017, das 48.204 pessoas que tentaram tirar a própria vida entre 2011 e 2016, 69% eram mulheres e 31% homens (Brasil, 2017a).

Quanto aos meios utilizados, o mesmo boletim epidemiológico em julho de 2019 dedicou-se a explorar as tentativas de suicídio por intoxicação exógena e revelou que entre os anos de 2007 e 2017 foram notificados ao Sinan 470.913 casos de intoxicação exógena no Brasil, sendo 220.045 (46,7%) caracterizadas como tentativas de suicídio (Brasil, 2019b).

Dentre essas notificações, 153.745 (69,9%) corresponderam a ocorrências no sexo feminino e 66.275 (30,1%) no sexo masculino. Verificou-se ainda que as mulheres iniciam mais

cedo as tentativas de suicídio por intoxicação exógena, correspondendo a 4% aos 16 e 17 anos (Brasil, 2019b).

Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde do Brasil, dados extraídos do componente de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan) compuseram um volume destinado a casos de violência autoprovocada entre 2011 e 2018 (Brasil, 2019a).

No período de 2011 a 2018 foram notificados 339.730 casos de violência autoprovocada, dos quais 154.279 (45,4%) ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 103.881 (67,3%) em mulheres e 50.388 (32,7%) em homens (Brasil, 2019a).

Dentre todas as violências autoprovocadas nesta faixa etária, 52.444 (34%) casos puderam ser classificados como tentativas de suicídio. Isso leva a crer que houve uma melhora no registro das tentativas de suicídio pelo sistema de vigilância, em especial após 2014, quando foi estabelecida a notificação compulsória imediata (Brasil, 2019a).

1.3. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL

As políticas públicas voltadas à melhoria do acesso à saúde mental, especificamente quanto à prevenção do suicídio no Brasil, têm sido construídas ao longo dos últimos anos.

A importância desta temática foi apontada desde 2006 pelo Ministério da Saúde do Brasil, em sua portaria 1.876 (Brasil, 2006b), a qual instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio a serem implantadas em todas as unidades federadas com elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil (Brasil, 2006a).

Os principais pilares dessa estratégia (Brasil, 2006a) consistiram em:

- *“Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos;*
- *Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;*
- *Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;*
- *Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades*

de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.”

Embora a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas integre a lista de doenças e agravos de notificação compulsória no Sinan desde 2010, em serviços chamados sentinelas, esta foi ampliada apenas a partir de 2011, quando então se tornaram universais para todos os serviços de saúde públicos e privados do país (Brasil, 2011).

A notificação abrange as tentativas de suicídio; entretanto, a ideação suicida não constitui objeto de notificação, embora exija ações de atenção integral à saúde, uma vez que integra o comportamento suicida (Brasil, 2019a).

Desde a instauração de obrigatoriedade das notificações de lesões autoprovocadas a partir de 2011, até 2016 foram notificadas 176.226 lesões autoprovocadas; 27,4% delas, ou seja, 48.204, foram tentativas de suicídio (Brasil, 2017a).

Embora se reconheça essa aderência crescente, o que se sabe é que os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio. Estima-se que o número de tentativas supere o número de suicídios em pelo menos dez ou mais vezes (OMS, 2014).

Mediante a notificação das violências autoprovocadas, dada a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), houve garantia da continuidade do atendimento no âmbito ambulatorial de saúde mental, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossociais (Brasil, 2011b).

A melhoria na vigilância e monitoramento do suicídio e das tentativas de suicídio é imprescindível para as efetivas estratégias de prevenção. Diferenças entre os países nos padrões de suicídio e as mudanças nas taxas, características e métodos destacam a necessidade de cada país melhorar a abrangência, a qualidade e a resposta precoce de suas taxas relacionadas ao suicídio (Brasil, 2017a).

Isso inclui o registro vital do suicídio, registros hospitalares de tentativas de suicídio e inquéritos nacionalmente representativos que coletem informações das tentativas de suicídio autorrelatadas (Brasil, 2017a).

Desde 2014, a Portaria do Ministério da Saúde número 1.271/2014 determina que para os casos de tentativa de suicídio a notificação compulsória deve ser imediata, ou seja, dentro de 24 horas, no âmbito municipal, e devem seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2014).

A inclusão das tentativas de suicídio enquanto notificação imediata teve seu amparo respaldado na importância de uma urgente intervenção, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir recorrências de tentativas de suicídios, pois as estatísticas demonstram um risco elevado de tentativas de suicídio subsequentes. (Brasil, 2014).

A proporção de tentativas de suicídio de caráter repetitivo também é maior entre as mulheres. Entre 2011 e 2016, daqueles que tentaram suicídio mais de uma vez, 31,3% são mulheres e 26,4% são homens, (Brasil, 2017a).

As tentativas de suicídio devem ser olhadas com seriedade e respeito, pois indicam um sinal de alerta. Prestar cuidados efetivos a uma pessoa que tentou se suicidar é uma das principais estratégias para se evitar um futuro suicídio, segundo Botega (2013).

Baseados nos dados e nas diretrizes da OMS, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou a portaria 3.479 em dezembro de 2017, que instituiu um comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio no Brasil (Brasil, 2017c).

O Ministério da Saúde do Brasil, como medida de apoio à redução das taxas de suicídio, fez uma aliança com o Centro de Valorização da Vida (CVV), medida esta que visa beneficiar as pessoas em momentos de crise com atendimento telefônico por uma equipe especializada. (Brasil, 2015).

No mês de abril de 2019 foi sancionada a Lei 13.819, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a qual estabelece um pacote de medidas para diminuir as tentativas de suicídio, os suicídios consumados e os atos de automutilação (Brasil, 2019d).

De acordo com a lei supracitada, as escolas públicas e privadas devem notificar aos conselhos tutelares a suspeita ou ocorrência confirmada envolvendo violência autoprovocada. As unidades de saúde, por sua vez, ficam obrigadas a reportar os episódios às autoridades sanitárias.

Entendendo que a notificação de violência não se trata de uma tarefa de fácil execução e julgamento clínico, foi elaborado pela Secretaria de Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada um material instrutivo com a intenção de direcionar os profissionais dos âmbitos diversos no preenchimento da ficha de notificação compulsória.

A mais recente decisão política acerca da prevenção do suicídio no Brasil, é o decreto número 10.225/2020, o qual instituiu o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Destina-se a implementar a política de prevenção da automutilação e do suicídio conforme previsto na lei 13.819/2019. Tem o intuito de articular, planejar e propor estratégias de implementação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019d).

É dada autonomia aos órgãos da administração pública federal responsáveis pela Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, podendo firmar convênios, acordos e parcerias com organizações da sociedade civil e instituições privadas para efetivação da Política, observadas a lei pertinente e a disponibilidade orçamentária.

1.4 MARCOS DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL



Figura 1. Marcos das políticas de prevenção do suicídio no brasil. São Paulo, 2020.

Agosto de 2006: Portaria 1.876: Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Elabora o Plano Nacional para a Prevenção do Suicídio no Brasil.

Janeiro de 2011: Portaria 104: As violências passaram a fazer parte da Lista Nacional das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, sendo a notificação dos casos **suspeitos e confirmados** de violência obrigatória/compulsória a todos os profissionais de saúde de instituições públicas ou privadas (Brasil, 2011a).

Dezembro de 2011: Portaria nº 3.088. Criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo como objetivo principal a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, promovendo a vinculação das pessoas com transtornos mentais e suas famílias aos serviços de Saúde Mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Brasil, 2011b).

Junho de 2014. Portaria GM/MS número 1.271: Estabelece que os casos de tentativa de suicídio e violência sexual são de notificação imediata no âmbito municipal, e devem seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fevereiro de 2016. Portaria número 204: Comunicação pode ser realizada por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo e instituições de pesquisa, bem como serviços da rede de assistência social e conselhos tutelares.

Dezembro de 2017. Portaria 3.479: Institui Comitê para a elaboração e Operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, cabendo a ele coordenar a construção de diagnósticos situacionais sobre o cenário relativo ao suicídio no Brasil, elaborar a proposta do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde, articular a implementação e implantação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil e realizar o monitoramento e avaliação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil (Brasil, 2017c).

Abril de 2019. Lei nº 13.819: Estabelece a “Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio”, incluindo o Centro de Valorização da Vida como um parceiro no atendimento a cidadãos com comportamento suicida, e estabelece a notificação de violência

autoprovocada ao âmbito tanto dos serviços de saúde quanto instituições educacionais (Brasil, 2019d).

Fevereiro de 2020. Decreto 10.225: Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.

Apesar dos esforços recentemente dispendidos, o relato sobre a tentativa de suicídio pode ainda permanecer oculto até o final do atendimento médico-hospitalar, ocasionando a omissão por parte do profissional ou do próprio indivíduo e família sobre a legitimidade dos fatos que desencadearam a procura pelo serviço hospitalar.

A queixa de entrada no serviço de emergência pode ser relatada como “ferimento” ou “intoxicação exógena”, por exemplo. Entretanto, a relação de intencionalidade pode ou não ser explicitada na admissão e nem sempre é apontada ou alterada em alguma etapa do atendimento, trazendo prejuízos na estatística real desses eventos dentro das instituições de saúde.

Diante da magnitude do problema já apontado pela literatura científica mundial na atualidade e pela escassez de estudos brasileiros que se dediquem a explorar a ocorrência de tentativas de suicídio em adolescentes atendidos em Pronto Socorro geral e pediátrico a partir de registros de atendimento hospitalar, faz-se necessária a realização deste trabalho, que tem como pergunta de pesquisa:

Como se dá o atendimento aos adolescentes admitidos no Pronto Socorro com história de tentativa de suicídio?

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Identificar a trajetória do atendimento aos adolescentes admitidos no Pronto Socorro adulto e infantil por tentativa de suicídio mediante análise dos registros de atendimento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever o perfil sociodemográfico de adolescentes atendidos por tentativa de suicídio;
- Descrever o percurso de atendimento de adolescentes atendidos por tentativa de suicídio no âmbito hospitalar;
- Identificar os fatores de risco para suicídio presentes nos adolescentes atendidos;
- Descrever os meios utilizados pelos adolescentes para a tentativa de suicídio;
- Descrever as intervenções realizadas pelos profissionais nos adolescentes atendidos por tentativa de suicídio;
- Descrever o desfecho de atendimento e o destino dado aos adolescentes atendidos por tentativa de suicídio.

MÉTODO

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa do tipo retrospectivo descritivo e exploratório.

3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A Organização Mundial da Saúde estabelece que adolescentes são os indivíduos cuja idade é compreendida entre 10 e 19 anos. (OMS, 1986).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), (Brasil, 1990), considera adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos.

Para a composição da população do presente estudo optou-se pela faixa etária de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital público do município de São Paulo, o qual é uma instituição pública de média complexidade, localizada na Zona Oeste da cidade de São Paulo, e que atende, prioritariamente, moradores da região do Distrito de Saúde do Butantã, funcionários e estudantes da Universidade de São Paulo. Dentre suas finalidades, estão a promoção do ensino e pesquisa.

Possui atualmente um total de 178 leitos ativos, distribuídos entre as unidades de atendimento adulto, pediátrico e neonatal. Os setores de emergência contam com Pronto Socorro adulto e pediátrico e centro obstétrico.

O Pronto Socorro Adulto (PSA) conta com dez leitos de observação, além de dois leitos de sala de emergência, e o Pronto Socorro Infantil (PSI) conta com dez leitos de observação e uma sala de emergência.

Neste serviço, as crianças e adolescentes até 14 anos, 12 meses e 29 dias são atendidos no PSI. Já os adolescentes acima dessa faixa etária, adultos e idosos são atendidos no PSA.

A equipe médica é composta por médicos das especialidades clínica médica, cirurgia e ortopedia no PSA, e por pediatras no PSI. Há equipe de especialidades de apoio, como psiquiatra, por exemplo, porém atendem somente a pacientes ambulatoriais, de forma restrita, ou a pacientes internados, quando solicitados.

As equipes de enfermagem do PSA e PSI são compostas por enfermeiros e técnicos de enfermagem que rodiziam entre os plantões diurno e noturno.

Desde dezembro de 2017 ambos os Pronto Socorros estão referenciados, ou seja, recebem pacientes de outros serviços de saúde da região do Butantã, como Assistência Médica Ambulatorial (AMA) e Prontos Socorros da região. Entretanto, mantêm seu pleno atendimento a demandas espontâneas em situações emergenciais.

Quando o paciente é atendido no PS por tentativa de suicídio, são realizadas as medidas de estabilização clínica, e, quando julgado necessário, posteriormente é solicitada avaliação especializada de psiquiatria. É realizada uma sondagem com a família em relação ao acompanhamento prévio e verificada a efetividade e assiduidade do paciente a este serviço.

A partir deste relato, é decidido juntamente a família um encaminhamento a um serviço de apoio especializado a fim de que o paciente receba um atendimento pontual de um psiquiatra para indicação de algum tratamento e seguimento caso seja verificada esta necessidade.

Caso o paciente já possua um acompanhamento prévio, em geral é indicado à família que retorne o quanto antes para consulta deste profissional que já o acompanha.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos todos os registros de atendimentos de adolescentes de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias com tentativa de suicídio entre os anos de 2015-2019 e de 1º de janeiro a 31 de julho de 2020 disponibilizados para a coleta dos dados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística da instituição (Same).

Em função da procura por atendimento hospitalar devido a este agravo ser pequena em relação aos demais agravos de saúde, optou-se, após orientação estatística, por uso de censo e não amostra para composição da população deste estudo.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critérios de exclusão, estabeleceu-se que os prontuários de adolescentes os quais após acesso aos dados do atendimento não fosse verificada a intenção de suicídio seriam excluídos.

3.6 COLETA DOS DADOS

3.6.1 Procedimentos para a coleta dos dados

Todas as fichas de pronto atendimento ao serem direcionadas ao serviço de arquivo passam por uma codificação realizada por um técnico administrativo. Este verifica os dados do atendimento e verifica a hipótese diagnóstica e julga qual motivo do atendimento.

A partir destes dados é feita a categorização de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão (OMS, 1995) e dado destino à ficha de atendimento.

Após a categorização, os atendimentos são cadastrados no sistema informatizado do Serviço Médico e Estatística, gerando assim um banco de dados onde constam os números de atendimento e o CID de classificação, além de informações de data e hora de atendimento.

Para a identificação dos atendimentos de adolescentes que deram entrada no Pronto Socorro por tentativa de suicídio, foi realizada uma solicitação ao serviço de informática da instituição para localização desses atendimentos a partir do CID próprio de tentativa de suicídio (X60 a X 84: Lesões autoprovocadas intencionalmente) no recorte temporal de interesse.

Após esta prévia consulta, foi obtido um retorno de apenas 28 atendimentos cadastrados pelo Same como tentativa de suicídio neste período. Após verificar alguns destes atendimentos, foi constatado que constava neles também o CID T50 a T 65.9, que correspondem a intoxicação exógena, além do CID Y 09 a Y 34, correspondentes a eventos violentos com intenção indeterminada. Foi decidido então ampliar a busca para estes códigos.

A partir desta informação, foi realizada uma nova sondagem ampliada, recebendo assim a informação de que havia acontecido 219 atendimentos, os quais abrangiam os CIDs X 60 a X 84; T50.9 a T 65.9 (intoxicação exógena de intenção indeterminada) e Y.09 a Y 34 (sequelas de autoagressão intencional) entre pacientes de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias no período estudado.

Devido à dificuldade em termos de espaço físico e de armazenamento das fichas de atendimento e prontuários no Same, os documentos mais antigos, ou seja, dos anos de 2015, 2016, 2017 e 2018, permaneciam arquivados em um local externo e apropriado, o qual é uma empresa terceirizada.

A solicitação dos mesmos a essa empresa ocorreu de forma escalonada, sendo enviados os documentos de forma gradual, assim como a coleta também ocorreu.

A documentação do atendimento foi disponibilizada na forma de ficha de pronto atendimento, para aqueles nos quais o paciente recebeu atendimento por até 24 horas; envelopes de atendimento nos quais permaneciam por mais de 24 horas e prontuários para os sujeitos onde houve internação hospitalar.

No caso deste atendimento se referir a um paciente que já possui um prontuário ativo devido apresentar atendimentos prévios, a ficha permanece arquivada, sendo, portanto, necessário procurar por este registro dentro do prontuário utilizando-se a data do atendimento como norteador desta busca.

A coleta foi realizada pela pesquisadora e ocorreu no próprio setor de Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, em uma sala própria de pesquisa, seguindo todo rigor para manutenção do sigilo das informações documentais no período de novembro de 2019 a julho de 2020.

Devido à pandemia de coronavírus, a referida empresa teve algumas de suas atividades interrompidas, acarretando assim prejuízos no envio das requisições dos pesquisadores, restringindo, portanto, o acesso a todos os possíveis atendimentos a esses agravos.

Os dados dos prontuários foram coletados mediante aprovação do Termo de Compromisso (Apêndice A) pelo responsável da pesquisa e por meio do instrumento de coleta de dados desenvolvido para este estudo (Apêndice B).

Dentre as documentações do atendimento, foram consultados:

- Ficha de atendimento do Pronto Socorro;
- Evoluções clínicas;
- Admissão de enfermagem e anotações de enfermagem;
- Relatórios de consultas;
- Prescrição médica;
- Avaliações de especialistas, incluindo avaliações de assistentes sociais.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados dos prontuários foram armazenados em um banco de dados construído utilizando-se o software Microsoft Excel. Foram posteriormente encaminhados para análise estatística realizada em Microsoft SPSS versão 22.0.

As variáveis contínuas foram analisadas com estatística descritiva e as categóricas por meio de frequência absoluta e relativa. Os resultados foram organizados em gráficos e tabelas, com percentagem e número absoluto.

Foram aplicados testes estatísticos aos resultados do estudo segundo orientação estatística, com objetivo de sumarizar as informações referentes aos dados obtidos.

Para a análise das associações entre as variáveis, foram aplicados os testes estatísticos: *Pearson's Chi-squared*, *Fisher's exact*, *Wilcoxon-Mann Whitney*, *Brunner-Munzel*, *Wilch's t-test*, *Student's test*. O nível de significância estatística adotado foi de 5%.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo fundamenta-se na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme determinação do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 2012). Segundo o documento, as obrigações do pesquisador são: garantir o anonimato, a privacidade e a desistência do participante em qualquer etapa do estudo.

Esta resolução incorpora princípios da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando a assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, do pesquisador e do Estado.

Nesse contexto, este estudo foi encaminhado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, número do parecer 3.081.170, e da instituição coparticipante, número do parecer 3.201.072, conforme documentos anexos (ANEXO 1 e 2).

O projeto também obteve anuência para sua realização conforme documento assinado e anexado a este projeto (ANEXO 3).

Esta pesquisa pode não trazer benefícios diretos e imediatos, mas ajudará os profissionais de saúde a entender melhor como se dá o processo de tentativas de suicídio de adolescentes, visando futuramente um melhor atendimento.

Esclareço que a pesquisa não implicará quaisquer riscos ou danos aos pacientes, sejam biológicos, éticos ou morais, uma vez que os dados serão obtidos de busca em prontuário. No entanto, existem os riscos envolvidos no manuseio dos prontuários, como perda de documentos e garantia do anonimato dos participantes.

Desse modo, justifico a ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), reiterando que não haverá a abordagem aos pacientes ou aos trabalhadores, mas sim a análise dos prontuários sobre tentativas de suicídio de adolescentes.

Visando os propósitos deste estudo, o pesquisador se empenhará em publicar os resultados da presente pesquisa, considerando que o objetivo de toda pesquisa científica é ampliar e disseminar o conhecimento, e não o fazer pode ser considerado antiético.

RESULTADOS

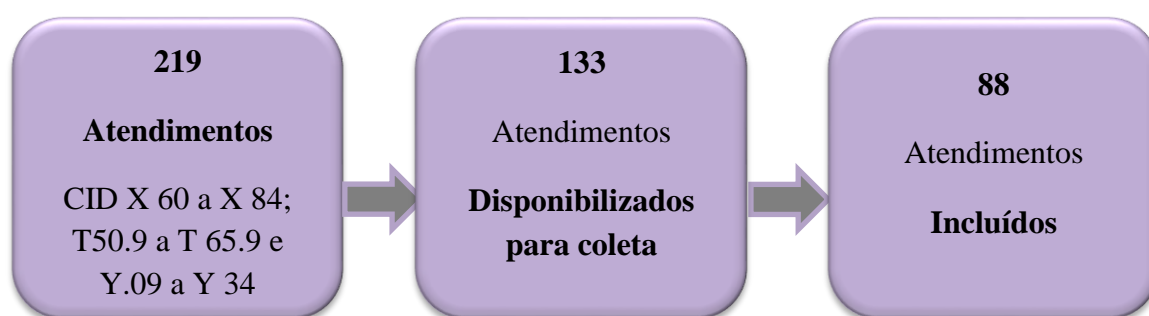
4. RESULTADOS

A seguir estão relacionados os resultados desta investigação sobre as tentativas de suicídio de adolescentes atendidos no referido serviço de urgência e emergência no município de São Paulo, no período de 01/01/2015 a 31/07/2020.

Dentre os 219 atendimentos de adolescentes de 10 a 19 anos entre os anos de 2015 a julho de 2020, com os CIDs X 60 a X 84 (lesões autoprovocadas intencionalmente), T50.9 a T 65.9 (intoxicação exógena de intenção indeterminada) e Y.09 a Y 34 (sequelas de autoagressão intencional), foram disponibilizados para a pesquisa 133 atendimentos.

A representação gráfica deste processo está descrita na figura abaixo:

Figura 2. Sequência de etapas para obtenção dos documentos relativos aos atendimentos por tentativa de suicídio de adolescentes. São Paulo, SP. 2020.



Desses, foram verificados um a um quanto à intencionalidade de suicídio. Atenderam aos critérios de inclusão deste estudo 88 atendimentos. Os atendimentos em que constavam o CID Y.09 a Y 34 continham também o CID X 60, sendo, portanto, localizados a partir deste último.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL DOS ATENDIMENTOS DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS POR TENTATIVA DE SUICÍDIO.

Os prontuários dos anos de 2015 a 2018 encontravam-se arquivados externamente ao local do estudo, sendo, portanto, menos acessíveis a essa investigação em função de problemas logísticos ocasionados pela pandemia do novo coronavírus no período da coleta dos dados.

Os documentos do ano de 2019 até julho de 2020 foram integralmente disponibilizados para a coleta dos dados, pois encontravam-se ainda arquivados no próprio serviço.

No período total de investigação, quanto à distribuição dos atendimentos de adolescentes com tentativa de suicídio, o mês de novembro teve maior ocorrência desses eventos em relação aos demais meses do ano.

Figura 3. Distribuição anual dos atendimentos de adolescentes com tentativas de suicídios entre os anos de 2015 e 2020. São Paulo, SP, 2020.

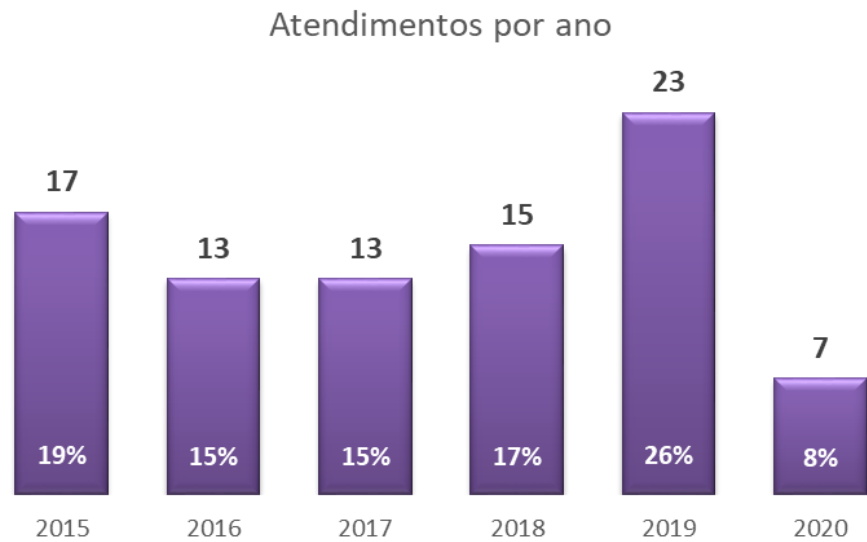
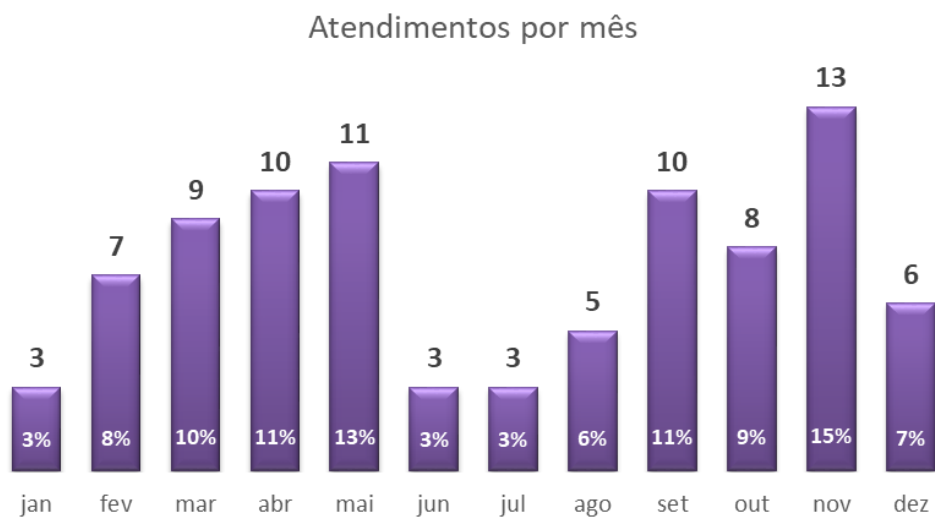
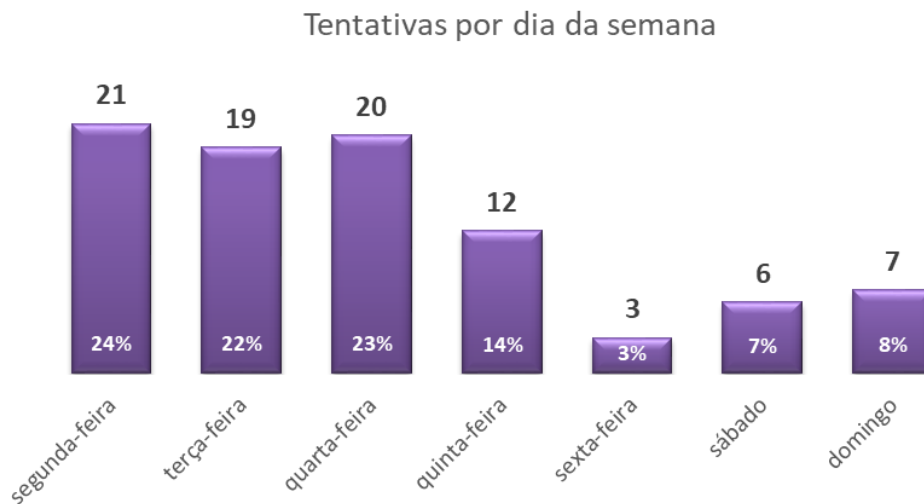


Figura 4. Distribuição dos atendimentos de adolescentes entre os meses dos anos de 2015 a julho de 2020. São Paulo, SP, 2020.



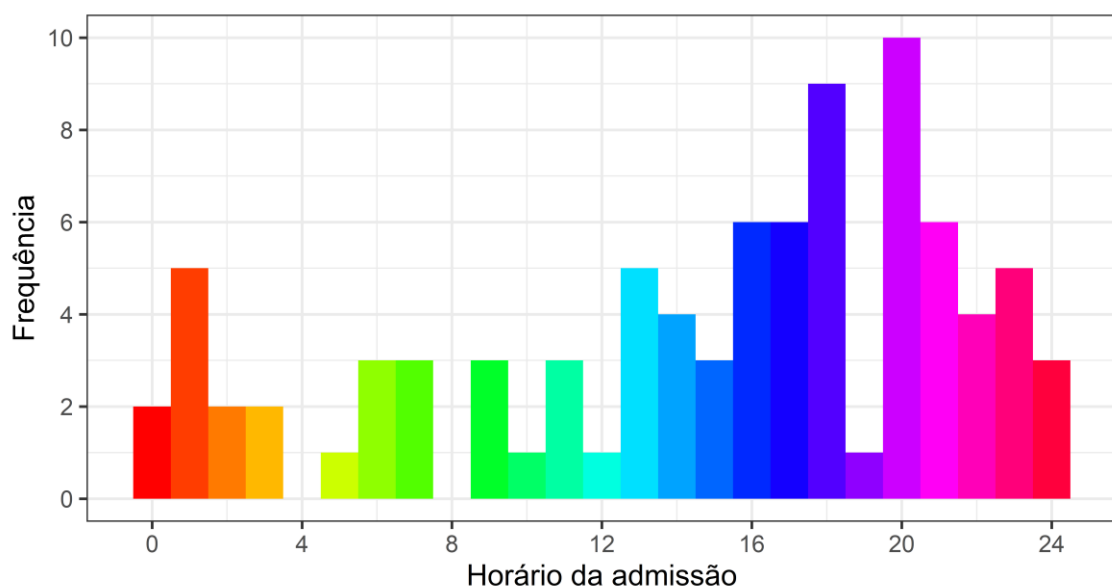
Quanto ao dia da semana em que a tentativa de suicídio ocorreu, houve predominância de ocorrências em dias úteis da semana, e em menor número nas sextas-feiras e nos finais de semana.

Figura 5. Distribuição dos atendimentos de adolescentes com tentativa de suicídio entre dias da semana nos anos de 2015 a julho de 2020. São Paulo, SP. 2020.



No local do estudo os Prontos Socorros adulto e infantil funcionam de forma ininterrupta, ou seja, todos os dias durante 24 horas. Os horários de admissão em que os atendimentos ocorreram apresentam-se conforme a distribuição abaixo.

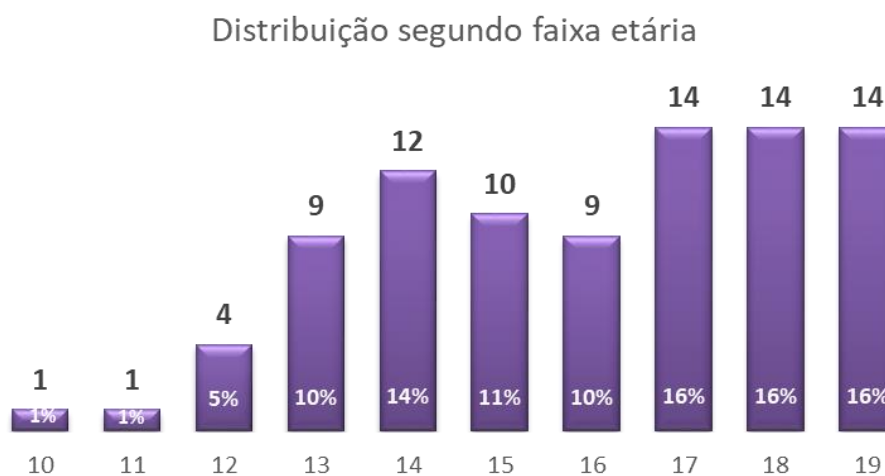
Figura 6. Distribuição dos atendimentos quanto ao horário da admissão. São Paulo, SP. 2020.



No período estudado houve recorrências de pacientes. Dois adolescentes procuraram atendimento devido tentativa de suicídio por duas vezes e outros dois foram ao Pronto Socorro três vezes pelo mesmo motivo.

A média de idade dos adolescentes atendidos foi de 16,4 anos (DP 2,29), sendo a idade mínima 10,42 anos e a máxima 19,92 anos de idade. A distribuição dos atendimentos quanto à idade encontra-se na figura 7.

Figura 7. Distribuição dos adolescentes quanto à idade. São Paulo, SP. 2020.



Em relação ao sexo dos pacientes, 73 (83%) eram do sexo feminino e 15 (17%) eram do sexo masculino.

A maioria dos adolescentes, 72, declarou possuir cor da pele branca (81,8%), o estado civil solteiro foi de 87 (98,8%), e 70 (79,5%) tinham como ocupação estudante.

No que diz respeito à habitação, 77 adolescentes (87,5%) viviam com seus familiares, sendo mais prevalente a região do Butantã, 81 (92,1%).

A instituição categoriza os alunos do campus universitário, funcionários e dependentes de funcionários como “comunidade universitária”, sendo classificados 12 atendimentos desta natureza. Dentre estes, oito (9%) dos adolescentes estudavam na própria universidade onde se localiza a instituição hospitalar.

Em apenas sete registros (8%) foi encontrado menção a religiosidade, sendo a católica e espírita as mais frequentemente relatadas.

As características sociodemográficas encontram-se sumarizadas na Tabela 2 apresentada a seguir.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos adolescentes atendidos por tentativa de suicídio. São Paulo, SP. 2020

Variável	Categoria	N	%
Gênero	Feminino	73	83,0
	Masculino	15	17,0
Cor	Branca	72	81,8
	Parda	13	14,8
	Preta	2	2,3
	Amarela	1	1,1
Estado civil	Solteiro	87	98,8
	Casado	1	1,2
Vivia com	Familiares	77	87,5
	Amigos	5	5,7
	Cônjuge	1	1,1
	NA	5	5,7
SUS Butantã	Sim	81	92,1
	Não	7	7,9
Ocupação	Estudante	70	79,5
	Desempregado	4	4,5
	Trabalho informal	2	2,4
	NA	12	13,6

Comunidade universitária	Não	76	86,3
	Sim	12	13,7
Religião	Católica	3	3,5
	Evangélica	3	3,5
	Espírita	1	1,0
	NA	81	92,0

Figura 8. Distribuição dos adolescentes segundo o sexo. São Paulo, SP, 2020.

Distribuição segundo sexo

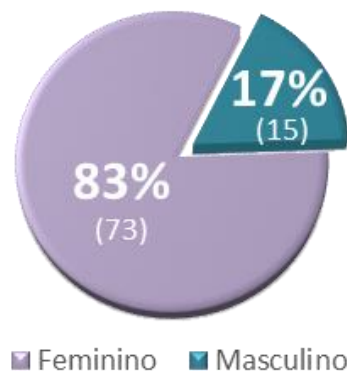
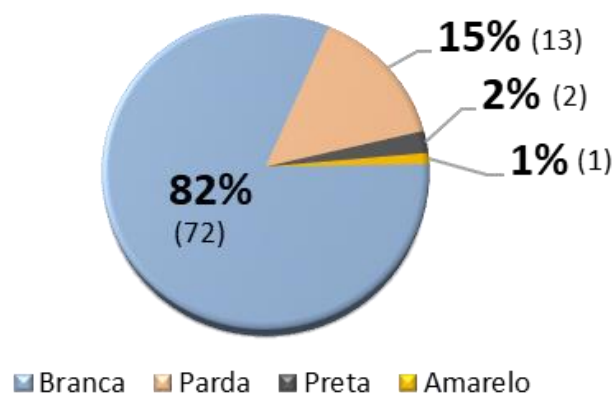


Figura 9. Distribuição segundo a cor da pele. São Paulo, SP, 2020.

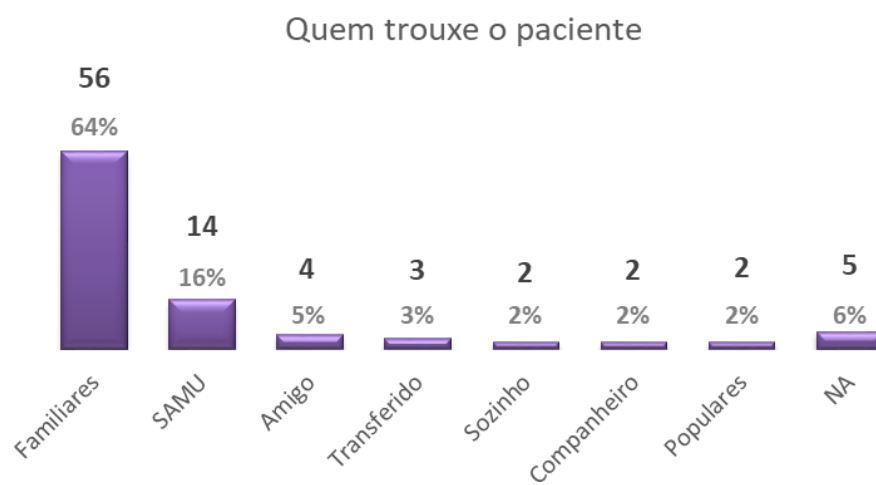
Distribuição por etnia



4.2 DADOS, DESFECHO E DESTINO DOS ATENDIMENTOS DO ADOLESCENTE COM TENTATIVA DE SUICÍDIO ATENDIDO NO PRONTO SOCORRO

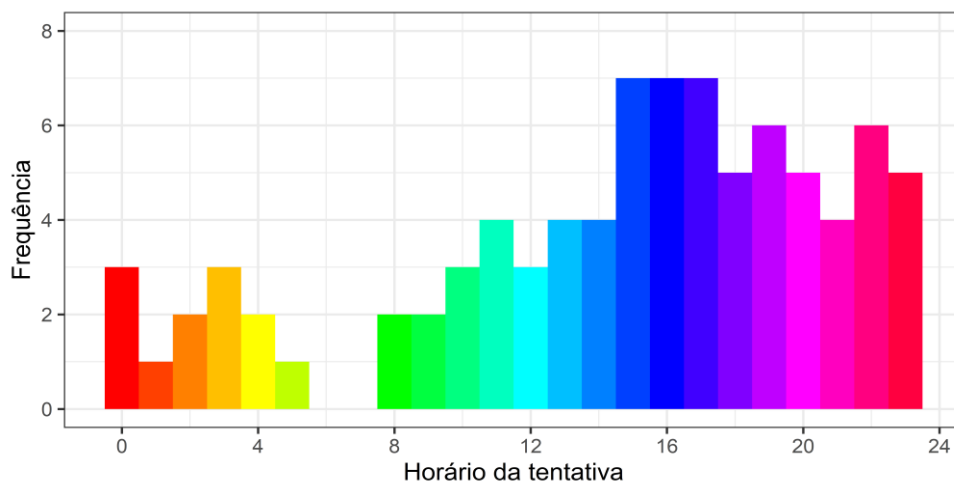
Em relação aos dados de admissão, a maioria dos pacientes, 56 (64%), foi trazida por familiares, seguido de 14 (16%) trazidos pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência conhecido como Samu (Fig.10).

Figura 10. Distribuição dos adolescentes admitidos por tentativa de suicídio no Pronto Socorro, segundo o meio de acesso ao serviço. São Paulo, SP. 2020.



No que diz respeito ao horário em que a tentativa de autoextermínio aconteceu, predominaram os horários vespertino e noturno, conforme o histograma abaixo.

Figura 11. Distribuição dos atendimentos quanto ao horário relatado da tentativa de Suicídio. São Paulo, SP. 2020.



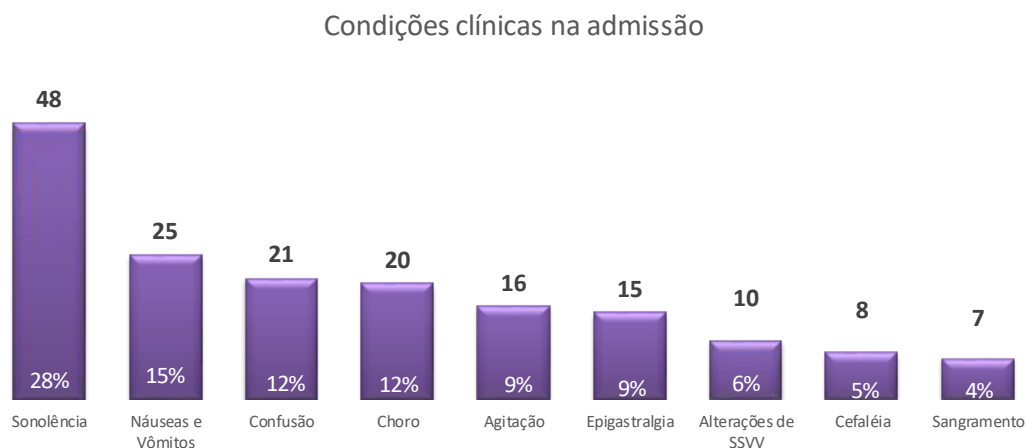
Quanto às condições clínicas na admissão, 48 (54,5%) adolescentes, mais da metade dos casos, apresentavam-se sonolentos. Dos adolescentes que relataram dor, 15 referiram epigastralgia (17%), e oito (9%) relataram cefaleia.

Náuseas e vômitos foram observados em 25 (28,4%) dos atendimentos. Conforme consignado nos prontuários, 16 (18%) indivíduos apresentavam agitação psicomotora, enquanto a confusão mental foi observada em 21 (23,8%) casos. Poderia haver mais de uma condição de alteração clínica na ocasião da admissão.

Os adolescentes que foram atendidos apresentavam, no que diz respeito ao estado neurológico, um escore médio da Escala de Glasgow de 14,25 (DP=1,84).

A distribuição dos atendimentos quanto às condições clínicas na admissão estão representadas no gráfico abaixo.

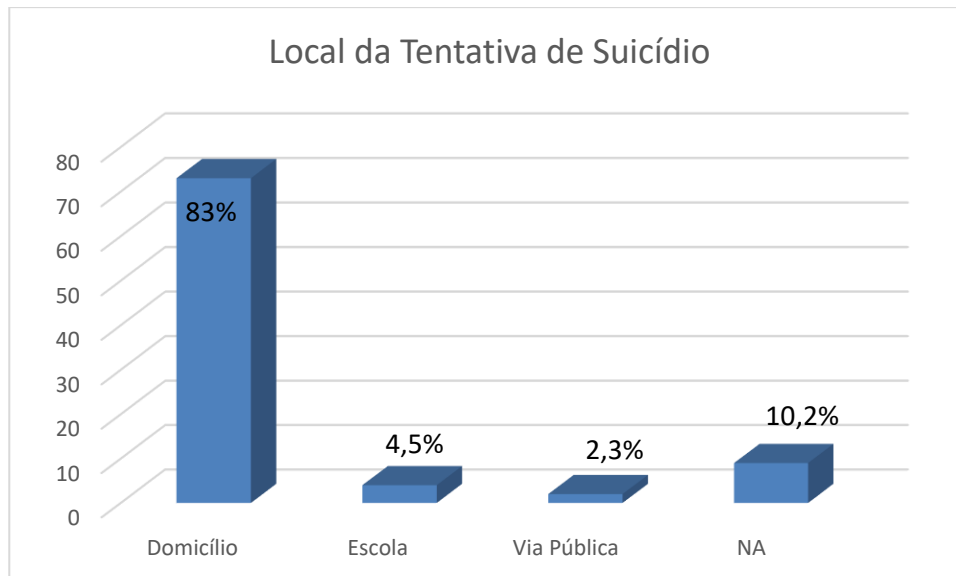
Figura 12. Distribuição dos atendimentos quanto às condições clínicas na admissão. São Paulo, SP. 2020.



Quanto ao local onde a tentativa de autoextermínio foi realizada, a própria residência foi o lugar de maior prevalência, 73 (83%), seguido da escola com quatro (4,5%), e via pública com dois (2,3%). Em nove casos (10,2%) não havia menção do local nos registros de atendimento.

A distribuição dos atendimentos encontra-se descrita na figura abaixo.

Figura 13. Distribuição dos atendimentos segundo o local de ocorrência da tentativa de suicídio. São Paulo, SP. 2020.



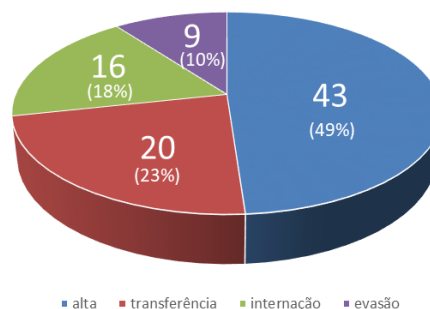
Mais da metade dos casos, 58 (65,9%), foram avaliados por serviço especializado de psiquiatria. O local que mais frequentemente absorveu essa demanda foi o Pronto Socorro da Lapa, o qual realizou 37 (63,8%) atendimentos de psiquiatria.

A maioria dos atendimentos, 43 (48,9%), teve como destino a alta hospitalar, seguidos das transferências para outro serviço para avaliação e conduta, 20 (22,7%). Permaneceram internados no local de atendimento 16 (18,2%) adolescentes (Fig.14).

Houve nove registros (10,2%) de evasão do Pronto Socorro, dentre os quais não foi localizado registro de reconvocação. Estes atendimentos tiveram 11,29 horas (DP=20,60) como tempo médio de permanência no Pronto Socorro.

Figura 14. Distribuição dos atendimentos quanto ao destino. São Paulo, SP. 2020.

Distribuição dos atendimentos quanto ao destino



Como desfecho desta avaliação especializada, para 18 adolescentes (31,1%) foi indicado psicoterapia, e em 16 (27,6%) registros constatou-se a introdução medicamentosa para o agravo identificado.

Foi verificado em seis (10,3%) registros de avaliação psiquiátrica a conduta de manutenção do tratamento que o adolescente relatou já estar indicado na ocasião da tentativa de suicídio. A internação psiquiátrica foi indicada para um adolescente.

O acesso à conduta desta avaliação psiquiátrica não pôde ser consultado em 17 (29,3%) atendimentos, em função do não retorno ao serviço de atendimento primário.

Nestas situações, o destino do paciente fica a critério do psiquiatra do serviço de apoio, ou seja, não havia nenhuma outra demanda clínica a ser resolvida no Pronto Socorro de origem.

Para os adolescentes que foram admitidos no setor de pronto socorro e foram liberados de alta hospitalar, o tempo médio de permanência foi de 13,07 horas (DP=10,58).

Dentre os atendimentos nos quais o adolescente foi transferido para outro serviço, o tempo médio de permanência no Pronto Socorro foi de 14,92 horas (DP=16,89).

Dentre os 16 atendimentos onde o destino foi a internação, a média de permanência foi de 142,19 horas de hospitalização.

O tempo decorrido entre admissão no PS e admissão na unidade de internação foi de 10,28 horas. Entre a primeira e a segunda internação, decorreram 61,55 horas em média. Entre a segunda internação e a alta, o tempo médio de permanência foi de 85,17 horas.

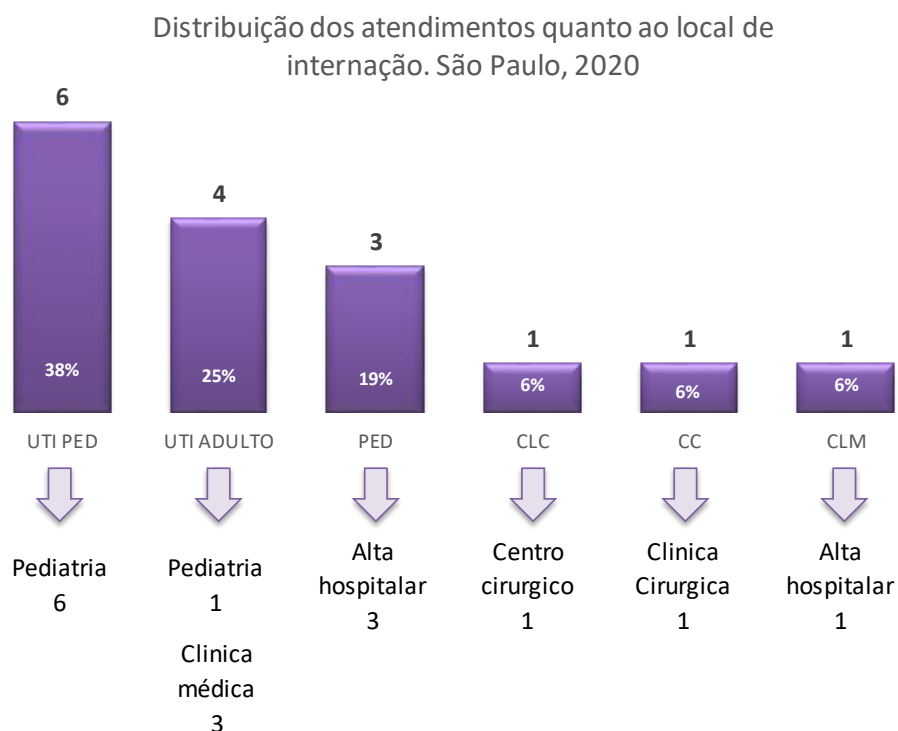
Dentre os 16 pacientes que permaneceram internados no próprio local, 10 necessitaram de internação em UTI. O tempo médio de permanência em UTI foi de 55,51 horas.

O tempo de hospitalização médio em geral entre todos os atendimentos foi de 36,79 horas (DP=63,87). O tempo médio decorrido entre a tentativa de suicídio e a admissão no Pronto Socorro foi de 6,11 horas (DP=11,15).

Dentre os 88 atendimentos de adolescentes com tentativa de suicídio no Pronto Socorro, 16 (18,2%) permaneceram internados na própria instituição. Houve predominância de internações de pacientes provenientes do Pronto Socorro Infantil, inclusive em se tratando de internações em unidades de terapia intensiva.

A unidade de destino desses pacientes e seu destino posterior estão representados na figura abaixo.

Figura 15. Distribuição dos atendimentos quanto à unidade de internação de destino. São Paulo, SP. 2020.



Dentre os 28 atendimentos cujo acompanhamento psiquiátrico prévio foi relatado, 18 (20,4%) foram encaminhados a uma nova avaliação psiquiátrica por ocasião da tentativa de suicídio.

No que diz respeito ao desfecho desses atendimentos, em seis (33,3%) foi mantido o tratamento, em outros seis (33,3%) foram introduzidos novos medicamentos, em dois (11,1%) a psicoterapia foi indicada, e em quatro (22,3%) não foi possível acessar o desfecho devido ao não retorno do paciente ao serviço de origem.

Foram identificados 33 (37,5%) atendimentos nos quais não havia menção à presença de diagnóstico anterior de agravo psiquiátrico, sendo indicada então uma consulta ao especialista. Em oito (24,2%) desses casos houve indicação de medicamento, e em 15 (45,5%) psicoterapia. Em 10 (30,3%) atendimentos não houve acesso ao desfecho devido ao não retorno do paciente ao serviço de origem.

Os dados do atendimento, seu desfecho e o destino dado ao adolescente com tentativa de suicídio atendido no Pronto Socorro encontram-se sumarizados abaixo na Tabela 2.

Tabela 2. Dados da avaliação psiquiátrica dos adolescentes com tentativa de suicídio atendidos no período de 2015 a julho de 2020. São Paulo, SP. 2020.

Variável	Categoria	N	%
Avaliação psiquiátrica	Sim	58	65,9
	Não	30	34,1
Local de avaliação (n=58)	PS Lapa	37	63,8
	HU	20	34,5
	Outros	1	1,7
Conduta da avaliação (n=58)	Terapia	18	31,1
	Medicação	16	27,6
	Manter TTO	6	10,3
	Internação	1	1,7
	NA	17	29,3

4.3 FATORES DE RISCO E MOTIVAÇÕES PARA A TENTATIVA DE SUICÍDIO DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS NO PRONTO SOCORRO.

Os atendimentos que possuíam alguma patologia prévia foram 36 (40,9% do total), sendo a depressão reportada em 28 (77,8%) deles. A ansiedade foi relatada por seis (6,8%) dos adolescentes com patologias prévias. Bipolaridade e Distúrbio *Borderline* foram relatados por dois adolescentes respectivamente.

Do total de registros, 36 (40,9%) relataram ter um diagnóstico de agravo que exigia acompanhamento psicoterápico, e 28 (31,8%) faziam acompanhamento psiquiátrico. O uso de medicamentos para estes agravos foi relatado em 26 (29,5%) atendimentos.

Tabela 3. Dados do histórico psiquiátrico dos adolescentes com tentativa de suicídio atendidos no período de 2015 a julho de 2020. São Paulo, SP. 2020.

Variável	Categoria	N	%
Agravos psiquiátricos anteriores (n=88)	Não	52	59,1
	Sim	36	40,9
Patologia (n=36)	Depressão	28	77,8
	Ansiedade	6	16,6
	Bipolar	1	2,8
	Borderline	1	2,8
Psicoterapia (n=88)	Não	58	65,9
	Sim	30	34,1
Acompanhamento Psiquiátrico (n=88)	Não	60	68,2
	Sim	28	31,8
Usa medicamento (n=88)	Não	62	70,5
	Sim	26	29,5

Dentre as questões já vivenciadas ou atualmente relatadas pelos adolescentes, que colaboraram para a tentativa de suicídio, foram encontrados registros tanto de uma quanto de múltiplas situações. Entretanto, em oito atendimentos (4%) não foram descritos eventos precipitantes de sofrimento pelo adolescente, seja atual ou passado.

Dentre as lesões autoprovocadas intencionalmente, foi verificada automutilação em 22 (10%) e tentativa de suicídio anterior em 34 registros (15%).

Aconteceram 34 tentativas de suicídio (15%) cujos adolescentes referiram relações familiares descritas como conflituosas, e 18 (8%) foram motivadas por conflitos amorosos.

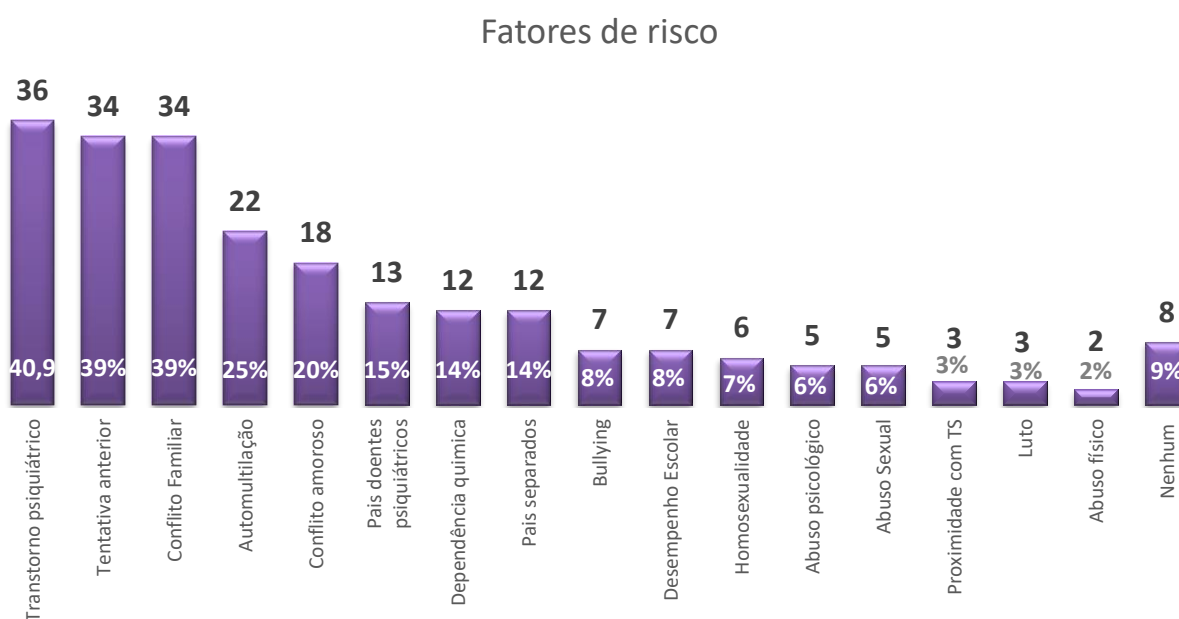
Nos registros hospitalares dos adolescentes foi possível verificar relatos de sofrimento por *bullying*, o qual foi relatado em sete (3%) documentos, abuso físico em dois (1%), abuso psicológico em cinco (2%), abuso sexual também em cinco (2%), homossexualidade em seis (3%) e dependência química em 12 (5%).

Em relação à dinâmica familiar, foram identificados 12 adolescentes (5%) cujos pais eram separados. Identificou-se também 13 adolescentes (6%) dos registros cujos pais tinham diagnóstico de problemas psiquiátricos.

Referiram ter alguém próximo que tentou suicídio recentemente três adolescentes (1%), encontrando-se a mesma frequência de relato de estar em sofrimento devido a luto pela perda de alguém próximo. O baixo desempenho escolar foi relatado em sete (3%) atendimentos de adolescentes.

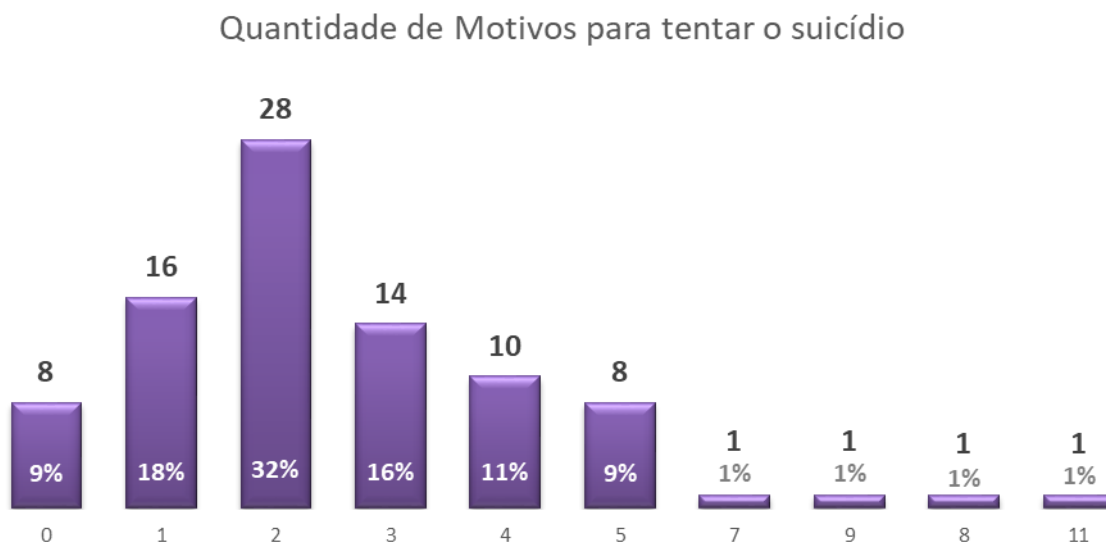
No que concerne ao comportamento suicida, mais especificamente a tentativa de suicídio propriamente dita, sabe-se que se trata de um fenômeno multideterminado, portanto poderiam ser relatados mais de um fator de risco ou motivações pelos adolescentes, os quais estão apresentados na figura a seguir.

Figura 16. Distribuição dos atendimentos segundo relato de fatores colaborativos para a tentativa de suicídio. São Paulo, SP. 2020.



Estar vivenciando ou ter vivenciado duas condições adversas associadas foram identificadas em 28 (32%) atendimentos, e três condições em 14 atendimentos (16%). Em 10 atendimentos, (11%) foram encontradas quatro situações mencionadas reconhecidas como fatores de risco para suicídio.

Figura 17. Distribuição dos atendimentos quanto à associação de eventos relacionados ao comportamento suicida. São Paulo, SP. 2020.



4.4 MEIOS UTILIZADOS POR ADOLESCENTES ATENDIDOS POR TENTATIVA DE SUICÍDIO E CONDIÇÕES CLÍNICAS

Foram verificadas 74 (84,1%) tentativas de suicídio por meio de intoxicação exógena, especificamente devido ao uso abusivo de medicamentos.

O uso de venenos do tipo pesticida foi relatado em oito (9,1%) atendimentos. Os meios violentos de tentativa de suicídio aconteceram em menor frequência, correspondendo a duas precipitações (2,3%) e dois ferimentos por arma branca (FAB) (2,3%).

Intoxicações por uso abusivo de drogas ilícitas foram verificadas em quatro registros (4,5%), enquanto a intoxicação alcoólica foi registrada em cinco atendimentos (5,7%).

Sete adolescentes (7,9%) combinaram o uso de dois métodos para atentar contra sua própria vida. Foram eles: intoxicação medicamentosa e abuso de drogas, intoxicação por veneno e abuso de drogas, abuso de drogas e álcool, intoxicação medicamentosa e precipitação, intoxicação alcoólica e ferimento por arma branca, e dois registros nos quais houve relato de

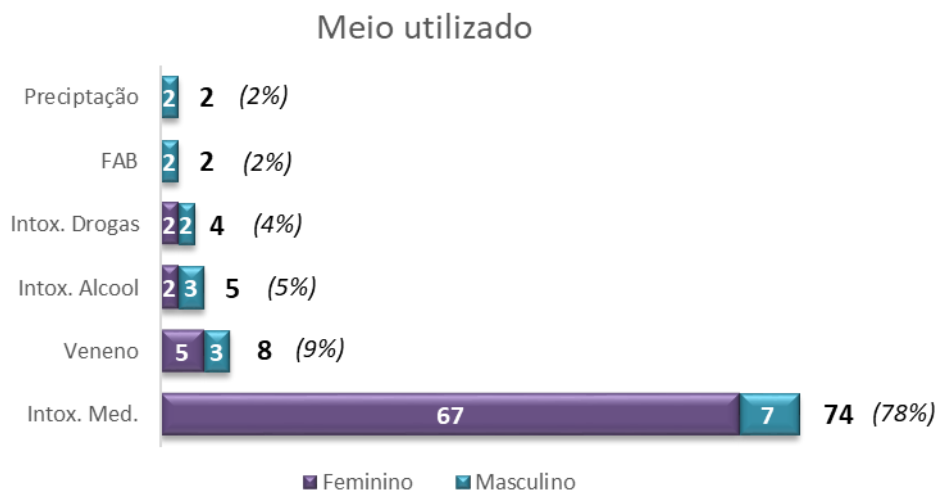
intoxicação medicamentosa e alcoólica. A distribuição dos meios utilizados encontra-se abaixo, conforme relacionado na Tabela 4.

Tabela 4. Meio utilizado por adolescentes atendidos por tentativa de suicídio. São Paulo, SP. 2020

Variável	Categoria	N	%
Intoxicação medicamentosa	Sim	74	84,1
	Não	14	15,9
Intoxicação por álcool	Não	83	94,3
	Sim	5	5,7
Intoxicação por drogas	Não	84	95,5
	Sim	4	4,5
Veneno	Não	80	90,9
	Sim	8	9,1
Precipitação	Não	86	97,7
	Sim	2	2,3
FAB	Não	86	97,7
	Sim	2	2,3

As tentativas de suicídio apresentaram-se de forma distinta em relação ao sexo na figura 18.

Figura 18. Distribuição dos meios de tentativa de suicídio utilizados em relação ao sexo. São Paulo, SP. 2020.



4.5 MEDICAMENTOS MAIS UTILIZADOS PELOS ADOLESCENTES PARA INTOXICAÇÃO EXÓGENA COMO MEIO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO

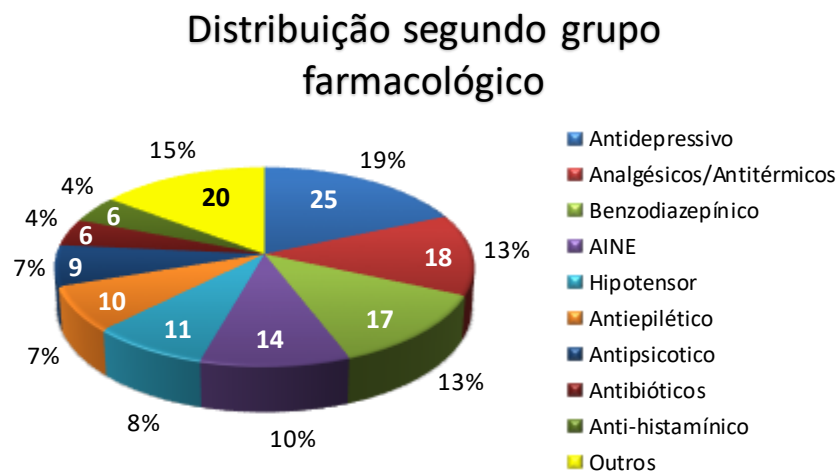
Em função do número expressivo de tentativas de suicídio utilizando-se como meio as intoxicações exógenas medicamentosas, fez-se necessário um detalhamento quanto à natureza do tóxico utilizado para tanto.

A fim de categorizá-los optou-se pelo agrupamento considerando-se o princípio farmacológico do medicamento (Tabela 4).

A distribuição quanto à categoria de medicamento utilizado apresentou o seguinte quadro: 25 (28,4%) utilizaram antidepressivos; 18 (20,5%), analgésicos e antitérmicos; 17 (19,3%), benzodiazepínicos; 14 (15,9%) anti-inflamatórios não esteroidais; 11 (12,5%), hipotensor arterial sistêmico; 10 (11,3%) ingeriram medicamentos antiepiléticos; nove (10,2%), antipsicóticos; e seis (6,8%), anti-histamínicos.

Na Tabela 6 e na figura 19 a seguir são apresentadas as distribuições dos adolescentes quanto ao tipo de medicamento utilizado para a tentativa de suicídio.

Figura 19. Distribuição dos atendimentos segundo o grupo de medicamentos ingeridos para a tentativa de suicídio por intoxicação exógena. São Paulo, SP. 2020.



A categoria outros medicamentos incluiu a ingestão proposital dos medicamentos a seguir: quatro (20%) usaram Levotiroxina; quatro (20%), Dimenidrinato; dois (10%), simpatomiméticos; um (5%), sulfato ferroso; um (5%), Metformina; um (5%), Omeprazol; um (5%), Pyridium; um (5%), Roacutan; um (5%), Carbonato de Cálcio; um (5%), Corticosteroide; um (5%), Passiflora; um (5%), diuréticos; e um (5%) não soube informar.

Tabela 5. Distribuição de medicamentos utilizados por adolescentes em tentativas de suicídio. São Paulo, SP. 2020

Variável	Categoria	N	%
Anti-inflamatório não esteroidal	Não	74	84,1
	Sim	14	15,9
Analgésicos/Antitérmicos	Não	70	79,5
	Sim	18	20,5
Hipotensor	Não	77	87,5
	Sim	11	12,5
Benzodiazepínico	Não	71	80,7
	Sim	17	19,3
Antidepressivo	Não	63	71,6
	Sim	25	28,4
Antipsicótico	Não	79	89,8
	Sim	9	10,2
Antiepilético	Não	78	88,6
	Sim	10	11,4
Antibióticos	Não	82	93,2
	Sim	6	6,8
Anti-histamínicos	Não	82	93,2
	Sim	6	6,8
Outros medicamentos	Não	68	77,3
	Sim	20	22,7

Foram identificadas 38 (43,2%) situações em que houve mistura de medicamentos. Foram eles: 20 (52,6%) relatos de uso de dois tipos de medicamentos; 11 (29%) relatos de uso de três tipos medicamentos; e em sete (18,4%) situações houve mistura de quatro medicamentos para tentar o suicídio através da intoxicação exógena medicamentosa.

Quanto ao pertencimento dos medicamentos utilizados de forma abusiva, os antidepressivos, em 16 (64%) das situações, pertenciam ao próprio adolescente. Em 8 (89%) das ingestões de antipsicóticos, os mesmos eram de uso próprio. Para os benzodiazepínicos, verificou-se que em 7 (41,2%) casos o medicamento também pertencia ao próprio adolescente.

Já para medicamentos do tipo analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos, hipotensor arterial sistêmico e os outros diversos fármacos relatados, eram em sua grande maioria utilizados por outros membros da família.

Quando se admite qualquer paciente com quadro de intoxicação exógena em algum serviço de saúde é habitual a consulta à Central de Controle de Intoxicações (CCI). Esta atividade foi registrada em 31 (35,2%) atendimentos.

4.6 INTERVENÇÕES REALIZADAS NO ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES

A inserção de sonda nasogástrica (SNG) ocorreu 31 (35,2%) vezes, ou seja, foi a intervenção mais frequentemente realizada nos atendimentos. Foi utilizada para realização de lavagem gástrica com soro fisiológico 0,9% posteriormente.

O carvão ativado como medida adsorvente nas intoxicações exógenas foi indicado em 21 (23,9%) atendimentos.

Já para reversão de sintomas de intoxicação exógena, em 13 (14,8%) atendimentos fez-se necessária a administração de medicamentos específicos do tipo antagonistas; por exemplo, Naloxone uma vez (1,1%), Flumazenil em seis (6,8%) atendimentos, N-Acetil cisteína em três (3,4%) e Atropina em três (3,4%) atendimentos (Tabela 6).

Foram solicitados exames laboratoriais em 43 (48,8%) dos atendimentos, ou seja, quase metade dos pacientes. O eletrocardiograma foi indicado para a maioria, em 51 (57,9%) dos atendimentos.

O arrependimento pela tentativa de suicídio foi registrado na documentação em 19 (21,59%) atendimentos.

A avaliação pelo serviço social foi realizada em 31 (35,2%) adolescentes e suas famílias. Para os demais atendimentos não foi encontrado nenhuma documentação destes atendimentos descrita.

Quanto à classificação das fichas de atendimento, foram classificadas pelo CID X60-84 (lesão autoprovocada intencionalmente) 28 (30,7%) delas, e como CID T50 a T 65.9 (intoxicações exógenas) em 60 (69,3%) adolescentes atendidos por tentativa de suicídio no período.

O preenchimento da ficha de notificação compulsória foi realizado em 23 (26,1%) dos 88 atendimentos por tentativa de suicídio.

Tabela 6. Intervenções realizadas nos adolescentes atendidos devido à tentativa de suicídio. São Paulo, SP. 2020

Variável	Categoria	N	%
Sonda nasogástrica	Não	57	64,8
	Sim	31	35,2
Lavagem Gástrica	Não	58	65,9
	Sim	30	34,1
Hidratação intravenosa	Não	58	65,9
	Sim	30	34,1
Carvão ativado	Não	67	76,1
	Sim	21	23,9
Antídoto	Não	75	85,3
	Flumazenil	6	6,8
	Atropina	3	3,4
	N-Acetil-cisteína	3	3,4
	Naloxone	1	1,1

4.7 ASSOCIAÇÃO ENTRE O SEXO E OS FATORES DE RISCO PARA AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Foram analisados os eventos que podem possivelmente estar associados às motivações que levaram o adolescente a atentar contra a própria vida em relação ao sexo. Pretendeu-se verificar se o sexo masculino ou feminino esteve relacionado ao sofrimento por esses eventos na ocasião da tentativa de suicídio.

Os níveis de significância estatística atribuídos para essas correlações encontram-se descritos na Tabela 6.

Com relação ao *bullying*, uma pequena parcela das meninas relatou ter sofrido ou estar sofrendo esse tipo de assédio nas circunstâncias que a levaram a tentar suicídio, porém não houve diferença estatisticamente significativa.

Foi identificada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre sexo e dependência química, sugerindo que os adolescentes homens atendidos devido à tentativa de

suicídio apresentavam um diagnóstico de dependência química em uma porcentagem maior, 10 (33,3%), quando comparados às adolescentes do sexo feminino, 7 (9,6%).

Com relação às categorias transtorno psiquiátrico e conflito familiar, observou-se uma maior porcentagem de ocorrência no sexo feminino, porém não foi identificada diferença estatisticamente significativa ($p > 0,050$) entre estas variáveis e o sexo.

O sofrimento promovido por conflito amoroso foi identificado mais frequentemente no sexo feminino, porém não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p > 0,050$).

Possuir pais separados ou com transtorno psiquiátrico não se mostrou como um fator associado ao sexo, uma vez que não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,050$), entretanto foi um fator mais relatado por adolescentes do sexo feminino.

Tentativa anterior de suicídio teve uma prevalência maior entre a população masculina, 7 (46,7%), porém não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p > 0,050$), da mesma maneira que a variável automutilação, que também foi mais prevalente em adolescente de sexo masculino (26,7%).

A Tabela 7 sumariza as informações relativas aos fatores de risco para suicídio em relação ao gênero.

Tabela 7. Associação entre sexo e fatores de risco em adolescentes atendidos por tentativa de suicídio. São Paulo, SP, 2020.

Variável	Categoria	Feminino		Masculino		p-valor
		N	%	N	%	
Bullying	Não	66	90,4	15	100,0	0,597*
	Sim	7	9,6	0	0,0	
Abuso físico	Não	71	97,3	15	100,0	1,000*
	Sim	2	2,7	0	0,0	
Abuso psicológico	Não	68	93,2	15	100,0	0,583*
	Sim	5	6,9	0	0,0	

Abuso sexual	Não	70	95,9	13	86,7	0,199*
	Sim	3	4,1	2	13,3	
Homossexualidade	Não	71	97,3	11	73,3	< 0,001**
	Sim	2	2,7	4	26,7	
Transtorno psiquiátrico	Não	43	58,9	9	60,0	0,937**
	Sim	30	41,1	6	40,0	
Conflito familiar	Não	45	61,6	9	60,0	0,905**
	Sim	28	38,4	6	40,0	
Dependência química	Não	66	90,4	10	66,7	0,015**
	Sim	7	9,6	5	33,3	
Conflito amoroso	Não	60	82,2	10	66,7	0,177**
	Sim	13	17,8	5	33,3	
Pais separados	Não	63	86,3	13	86,7	0,970**
	Sim	10	13,7	2	13,3	
Pais com agravos psiquiátricos	Não	61	83,6	14	93,3	0,334**
	Sim	12	16,4	1	6,7	
Alguém próximo com comportamento suicida	Não	71	97,3	14	93,3	0,433*
	Sim	2	2,7	1	6,7	
Luto	Não	71	97,3	14	93,3	0,433*

	Sim	2	2,7	1	6,7	
Baixo desempenho escolar	Não	68	93,2	13	86,7	0,400**
	Sim	5	6,9	2	13,3	
Diagnóstico anterior	Não	44	60,3	8	53,3	0,620**
	Sim	29	39,7	7	46,7	
Acompanhamento psiquiátrico	Não	50	68,5	10	66,7	0,890**
	Sim	23	31,5	5	33,3	
Usa medicamentos psiquiátricos	Não	52	71,2	10	66,7	0,725**
	Sim	21	28,8	5	33,3	
Tentativa de suicídio anterior	Não	46	63,0	8	53,3	0,485**
	Sim	27	37,0	7	46,7	
Automutilação	Não	55	75,3	11	73,3	0,870**
	Sim	18	24,7	4	26,7	

*Fisher's Exact Test - **Pearson's Chi-squared test

4.8 ASSOCIAÇÃO ENTRE O SEXO E OS MÉTODOS UTILIZADOS PARA TENTATIVA DE SUICÍDIO

Os meios utilizados para tentativa de suicídio pelos adolescentes de ambos os sexos foram analisados a fim de se verificar a predisposição de uso de algum meio a depender do gênero.

Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a intoxicação medicamentosa, a intoxicação por álcool e o sexo. Observa-se que a intoxicação

medicamentosa foi mais prevalente no sexo feminino, 67 (91,8%), enquanto a intoxicação por álcool esteve mais presente nos indivíduos de sexo masculino, 3 (20,0%).

Entre os meios violentos de tentativa de suicídio, os ferimentos por arma branca corresponderam a 2 (13,3%), mesma proporção encontrada para a precipitação, 2 (13,3%). Foram meios utilizados unicamente pelos adolescentes de sexo masculino; além disso, ambas as categorias apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,050$).

A Tabela 8 indica a comparação dos meios utilizados por adolescentes atendidos devido à tentativa de suicídio e o sexo nas categorias feminino e masculino.

Tabela 8. Associação entre sexo e meios utilizados para tentativa de suicídio por adolescentes. São Paulo, SP. 2020

Variável	Categoria	Feminino		Masculino		p-valor
		N	%	N	%	
Intoxicação medicamentosa	Não	6	8,2	8	53,3	< 0,001*
	Sim	67	91,8	7	46,7	
Intoxicação por álcool	Não	71	97,3	12	80,0	0,033**
	Sim	2	2,7	3	20,0	
Intoxicação por drogas	Não	71	97,3	13	86,7	0,133**
	Sim	2	2,7	2	13,3	
Veneno	Não	68	93,2	12	80,0	0,108*
	Sim	5	6,9	3	20,0	
Enforcamento	Não	73	100,0	15	100,0	1,000*
	Sim	0	0,0	0	0,0	
FAB	Não	73	100,0	13	86,7	0,027**

	Sim	0	0,0	2	13,3	
FAF	Não	73	100,0	15	100,0	1,000*
	Sim	0	0,0	0	0,0	
Precipitação	Não	73	100,0	13	86,7	0,027*
	Sim	0	0,0	2	13,3	

**Pearson's Chi-squared test*

***Fisher's Exact Test*

4.9 ASSOCIAÇÃO ENTRE A IDADE E OS FATORES DE RISCO PARA AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Os eventos descritos nos registros dos atendimentos dos adolescentes, os quais já foram descritos na literatura como fatores de risco para o suicídio, foram assim correlacionados à idade.

Houve diferença estatisticamente significativa na categoria automutilação ($p < 0,020$), sugerindo que aqueles adolescentes que reportaram automutilação possuíam menor média de idade (15,43 anos; DP 2,05) quando comparados aos que não relataram este fator. Este comportamento também foi observado com os adolescentes que relataram ter sofrido *bullying* ($p < 0,011$) e abuso físico ($p < 0,025$).

Os indivíduos que reportaram tentativas de suicídio anteriores possuíam em média 16,43 (DP 2,22) anos de idade. No entanto, essa categoria não indicou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,005$) conforme a idade.

As categorias abuso psicológico, abuso sexual e homossexualidade não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,005$) com relação à idade.

A menção a conflitos familiares esteve presente nos registros de adolescentes com média de idade de 15,38 (DP 2,16); além disso, essa categoria mostrou-se estatisticamente diferente ($p < 0,001$), ou seja, adolescentes de menor idade reportaram conviver em realidades com mais conflitos familiares em relação aos mais velhos.

As categorias dependência química e conflito amoroso não mostraram evidência de relação com a idade, ou seja, não teve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,005$). Mas

pode-se destacar que adolescentes de maior idade (17,23 anos DP 2,13) reportaram conflito amoroso em meio à motivação para a tentativa de suicídio.

Em relação à conjuntura familiar, adolescentes cuja variável foi ter pais separados, foi encontrada relação com adolescentes mais jovens ($p < 0,001$; 14,29 anos; DP 1,92).

O relato de ter convivido com alguém próximo que já tentou suicídio ($p < 0,001$) foi um fator que se mostrou estatisticamente diferente em comparação à idade, sendo também um fator mais prevalente nos adolescentes como menor idade (14,56 anos; DP 0,48).

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,005$) entre as categorias luto, baixo desempenho escolar e idade.

A Tabela 9 indica os resultados da comparação dos fatores de risco com a idade.

4.10 ASSOCIAÇÃO ENTRE A IDADE E OS MEIOS UTILIZADOS

Foram verificadas as associações entre os meios utilizados pelos adolescentes para a tentativa de suicídio e a sua idade.

A intoxicação por drogas esteve mais presente naqueles adolescentes com maior idade, em média 19,33 anos (DP 0,35). Para essa categoria encontrou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,005$) para idade quando comparada nas categorias intoxicação medicamentosa e por álcool.

Os demais meios utilizados na tentativa de suicídio (veneno, ferimento por arma branca e precipitação) também não indicaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,050$).

A Tabela 10 aponta a associação entre idade e os meios utilizados por adolescentes atendidos por tentativa de suicídio.

Tabela 9. Associação entre a idade dos adolescentes atendidos por tentativa de suicídio e fatores de risco. São Paulo, SP. 2020.

Variável	Fator de risco	N	Média	DP	p-Valor
Idade	Tentativa anterior				
	Não	54	16,3	2,5	0,693*
	Sim	34	16,6	2	
	Automutilação				
	Não	66	16,7	2,3	0,020**
	Sim	22	15,4	2,1	
	Bullying				
	Não	81	16,6	2,2	0,011*
	Sim	7	14,2	1,8	
	Abuso físico				
	Não	86	16,5	2,2	0,025*
	Sim	2	12,1	1,4	
	Abuso psicológico				
	Não	83	16,5	2,2	0,083**
	Sim	5	14,7	2,8	
	Abuso sexual				
	Não	83	16,4	2,3	0,593**
	Sim	5	15,9	3,2	
	Homossexualidade				
	Não	82	16,4	2,3	0,584*
	Sim	6	17	2,2	
	Conflito familiar				
	Não	54	17,1	2,2	< 0.001**
	Sim	34	15,4	2,2	
	Dependência química				
	Não	76	16,3	2,3	0,124**
	Sim	12	17,4	2	
	Conflito amoroso				
Não	70	16,2	2,3	0,084**	
Sim	18	17,2	2,1		
Pais separados					
Não	76	16,7	2,2	< 0.001**	
Sim	12	14,3	1,9		
Prox TS					
Não	85	16,5	2,3	< 0.001**	
Sim	3	14,6	0,5		
Luto					
Não	85	16,4	2,3	0,464**	
Sim	3	15,4	3,3		
Baixo desempenho escolar					
Não	81	16,5	2,2	0,472**	
Sim	7	15	3		

*Wilcoxon-Mann-Whitney test **Student's test

Tabela 10. Associação entre idade e os meios utilizados por adolescentes atendidos por tentativa de suicídio. São Paulo, SP, 2020.

Variável	Meio Utilizado	N	Média	DP	p-Valor
Idade	Intoxicação medicamentosa				
	Sim	74	16,3	2,1	0,113*
	Não	14	17,0	3,0	
	Intoxicação por álcool				
	Não	83	16,3	2,2	0,107*
	Sim	5	17,7	3,1	
	Intoxicação por drogas				
	Não	84	16,3	2,3	< 0.001**
	Sim	4	19,3	0,4	
	Veneno				
	Não	80	16,4	2,2	0,717*
	Sim	8	16,4	3,1	
	FAB				
	Não	86	16,3	2,3	0,089***
Sim	2	19,1	1,1		
Precipitação					
Não	86	16,4	2,3	0,157*	
Sim	2	18,5	1,7		

*Wilcoxon-Mann-Whitney test

**Welch's t-test

***Student's t-test

4.11 ASSOCIAÇÃO ENTRE A IDADE E OS TIPOS DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELOS ADOLESCENTES ATENDIDOS POR TENTATIVA DE SUICÍDIO

Foram verificadas as associações do fármaco utilizado nas intoxicações em relação à idade do adolescente que tentou suicídio através da intoxicação exógena medicamentosa.

Em relação aos tipos de medicamentos utilizados pelos adolescentes para realizar as tentativas de suicídio, houve diferença estatisticamente significativa entre os adolescentes que utilizaram anti-inflamatórios não esteroidais ($p < 0,011$), analgésicos ($p < 0,032$), antibióticos ($p < 0,009$) e a idade, sendo que para todos os casos os adolescentes possuíam menor idade quando comparados com aqueles que não usaram.

Para as demais categorias de medicamentos não houve evidência de associação, ou seja, não apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p > 0,050$).

A Tabela 12 ilustra o resultado da associação entre a idade e os tipos de medicamentos utilizados.

Tabela 11. Associação entre a idade e os tipos de medicamentos utilizados pelos adolescentes que utilizaram a intoxicação medicamentosa como meio para tentativa de suicídio. São Paulo, SP, 2020.

Variável	Medicamentos utilizados	N	Média	DP	p-Valor
Idade	AINE				
	Não	74	16,7	2,3	0,011*
	Sim	14	15,1	1,8	
	Analgésicos				
	Não	70	16,7	2,3	0,032**
	Sim	18	15,4	2,1	
	Hipotensor				
	Não	77	16,6	2,3	0,089**
	Sim	11	15,3	2,2	
	Benzodiazepínicos				
	Não	71	16,3	2,3	0,374**
	Sim	17	16,9	2,1	
	Antidepressivos				
	Não	63	16,3	2,4	0,650*
	Sim	25	16,6	2,0	
	Antipsicótico				
	Não	79	16,5	2,3	0,473**
	Sim	9	15,9	2,4	
Antiepiléptico					
Não	78	16,5	2,3	0,382*	
Sim	10	15,8	2,1		
Antibióticos					
Não	82	16,6	2,3	0,009*	
Sim	6	14,2	1,4		

*Wilcoxon-Mann-Whitney test

**Student's t-test

4.12 ASSOCIAÇÃO DO MEDICAMENTO UTILIZADO PELO ADOLESCENTE QUANTO AO PERTENCIMENTO PELO MESMO OU NÃO

A intoxicação medicamentosa do adolescente foi verificada quanto ao pertencimento do mesmo ou a algum familiar. Houve relato de uso anterior de alguns medicamentos, os quais foram também considerados separadamente.

Houve diferenças estatisticamente significativas entre algumas variáveis, dentre elas o abuso de anti-inflamatórios não esteroidais, observando que esses adolescentes que os usaram para a tentativa de suicídio acessaram esses medicamentos, pois os mesmos eram de uso coletivo de seus familiares 12 (33,3%).

Já os analgésicos, hipotensores, antiepiléticos, antibióticos, simpaticomiméticos e benzodiazepínicos não demonstraram ter evidência de associação com quem usa ($p < 0,050$).

Em relação às intoxicações promovidas por uso abusivo de antidepressivos e antipsicóticos, foram encontradas associações estatisticamente significantes ($p < 0,001$).

Para ambos os fármacos foi encontrada correlação com o abuso desses medicamentos pelos próprios usuários, apontando que a maioria fazia uso próprio dessa categoria de droga. No caso dos antidepressivos, 16 (47,1% $p = 0,001$), e dos antipsicóticos, 8 (23,5% $p = 0,018$).

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Este estudo buscou identificar a trajetória do atendimento ao adolescente admitido no setor de Pronto Socorro de um hospital público de ensino situado na região do Butantã, município de São Paulo.

Foram acessados 133 registros entre fichas de pronto atendimento e prontuários, sendo selecionados 88, os quais atendiam aos critérios de inclusão desta pesquisa. A obtenção dos dados ocorreu majoritariamente a partir das fichas de pronto socorro, uma vez que a maioria dos atendimentos teve sua conclusão neste setor.

Foram localizados os documentos de 28 (31,8%) adolescentes de 10 a 14 anos, 11 meses e 29 dias que foram atendidos no setor de Pronto Socorro infantil, e 60 (68,2%) atendidos no setor de Pronto Socorro adulto, aqueles com idade até 19 anos, 11 meses e 29 dias.

Quanto à descrição do atendimento, percebeu-se que os atendimentos realizados no pronto socorro infantil forneciam um detalhamento maior no que diz respeito às variáveis de interesse deste estudo.

Atendimentos de pronto socorro, em geral, são objetivos, pautando-se pontualmente na queixa principal e indicação na conduta para resolução dos sintomas físicos apresentados ou relatados, incluindo assim a reavaliação após medidas de suporte iniciais e decisão clínica acerca do destino.

As dificuldades para a localização dos atendimentos relativos às tentativas de suicídio concentraram-se no fato de a variedade de códigos de classificação internacional de doenças utilizados serem imprecisas quanto à intencionalidade de suicídio, o que foi verificado após a leitura dos documentos cadastrados como intoxicações exógenas.

Alves e Cadete (2015) realizaram uma pesquisa mediante documentações hospitalares e encontraram dificuldades na localização dos casos referentes às tentativas de suicídio em função da intencionalidade das lesões autoprovocadas.

Dentre os 88 atendimentos, 43 (48,9%) pacientes tiveram como destino a alta hospitalar, e 20 (22,8%) a transferência; não havendo, portanto, composição de um prontuário hospitalar completo, ao contrário dos 16 (18,2%) atendimentos com indicação de internação hospitalar.

Nos atendimentos nos quais foi julgada a necessidade de internação hospitalar, foi verificado maior detalhamento de dados, sobretudo em relação a situações e circunstâncias que levaram o adolescente a atentar contra sua própria vida.

Na ficha de pronto atendimento, as informações relativas à necessidade de procura por atendimento são registradas em geral com objetividade. O motivo da procura registrado baseava-se nas consequências da tentativa de suicídio, e não propriamente no evento de violência autoprovocada.

Em alguns registros, inclusive, a hipótese diagnóstica tentativa de suicídio era descrita como interrogada. Após leitura cuidadosa dos registros e da história clínica que fomentou a busca por atendimento, era possível identificar indícios de violência autoprovocada.

O uso de categorias “intoxicação exógena” e “acidente”, ao invés de “tentativa de suicídio”, nos casos em que há omissão de informações pela família ou paciente e casos onde não se investigue a história que trouxe o paciente ao serviço, pode causar a não inclusão desses casos nos registros hospitalares, influenciando assim nos resultados de estudos epidemiológicos.

Reconhecendo esta fragilidade, dados do Boletim Epidemiológico de 2019, da Secretaria de Vigilância em Saúde (Brasil, 2019a), verificaram os registros de notificações compulsórias de intoxicações exógenas, constatando, assim, que 46,7% das intoxicações que aconteceram entre os anos de 2007 e 2017 tinham como intenção o suicídio.

Quanto à procura por atendimento, estima-se que nem todas as tentativas de suicídio cheguem ao conhecimento dos serviços de saúde. (Botega, 2014).

Em um estudo realizado por Botega et al. (2009), na cidade de Campinas, 515 pessoas foram sorteadas a partir de dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a fim de se investigar o comportamento suicida na população acima de 14 anos que residia no local (Botega, et al., 2009).

Apurou-se que, ao longo da vida, 17,1% (88) das pessoas “pensaram seriamente em dar fim à vida”, 4,8% (25) chegaram a elaborar um plano para tanto, e 2,8% (14) efetivamente tentaram o suicídio (Botega, et al., 2009).

De cada três pessoas que tentaram suicídio, apenas uma foi logo depois atendida em um Pronto Socorro (Botega, et al., 2009).

Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Entretanto, os dados existentes não são ainda confiáveis para que se tenha uma noção da abrangência nacional das tentativas de suicídio (Botega, 2014).

Já para a OMS (2014), as falhas de notificação podem variar essa estimativa em até vinte vezes ou mais no mundo todo.

No local deste estudo, o atendimento de emergência encontra-se referenciado desde dezembro de 2017. Entre atendimentos prévios e posteriores a essa mudança, houve predominância de 66 (58%) admissões por demanda espontânea, sendo pacientes trazidos por familiares, amigos, companheiros, desconhecidos ou sozinho.

A busca por atendimento hospitalar devido à tentativa de suicídio ainda representa motivo de vergonha para muitos pacientes. Percebe-se que o sofrimento que o adolescente sente só pode ter a notoriedade dele mesmo, sua família, profissionais e comunidade, quando a dor psíquica toma forma através da tentativa de suicídio.

A instituição hospitalar, incluindo sua arquitetura e corpo profissional, é constituída e concebida para a promoção da vida. Um paciente que adentra neste local, e que teve ou tem a intenção de morte, pode provocar em quem o atende as mais diversas reações, que podem em algumas vezes culminar em prejuízos ao acolhimento adequado, uma vez que profissionais da saúde são preparados para socorrer pessoas que querem viver, e não morrer.

Os atendimentos por lesões autoprovocadas desestabilizam uma prática profissional, podendo contribuir (ou não) para a mudança de olhar e ação, uma vez que suplica ao profissional de saúde que não veja apenas um corpo lesionado, mas um sujeito (Alves e Cadete, 2015).

A instituição hospitalar na qual o estudo ocorreu conta atualmente com quatro médicos assistentes psiquiatras, os quais realizam atendimento ambulatorial com número restrito de pacientes matriculados.

A letalidade do método empregado na tentativa de suicídio foi o fator preponderante para a decisão de se manter o paciente hospitalizado, sobretudo no que se refere aos pacientes adultos. Ou seja, as internações aconteceram em geral em função do dano causado pela tentativa de suicídio propriamente dita.

Na ocasião da admissão de qualquer paciente no Pronto Socorro, o médico em geral é o primeiro profissional que aborda o paciente e seu acompanhante no que diz respeito à procura pelo atendimento.

A partir desta investigação, verifica-se o grau de comprometimento ocasionado pela violência que sofreu o paciente e as medidas de suporte a serem realizadas pela equipe de saúde.

O grau de letalidade (o quanto que a ação poderia ter ocasionado sua morte) e o fator intencionalidade (pretendia-se morrer através dessa violência?) são ponderados a fim de se classificar o ato como tentativa de suicídio.

No universo das causas externas, o fator intencionalidade representa um imenso fator de complicação. Será que foi suicídio, homicídio, acidente? Essa dúvida pode ainda trazer impactos na validação da tentativa de suicídio (Botega, 2014).

Para saber se foi um suicídio, é preciso acessar de fato a intencionalidade da ação, atividade esta realizada, por exemplo, na presente investigação para os casos de intoxicação exógena e acidentes de intenção indeterminada.

A motivação para tal evento nem sempre é obtida de início, mediante as condições clínicas do adolescente não permitirem a obtenção dessas informações, uma vez que neste estudo, dos 88 atendimentos, 48 (54,6%) apresentavam-se sonolentos, cabendo aos acompanhantes relatarem o ocorrido.

O reconhecimento e validação da tentativa de suicídio pela família é um processo também doloroso, permeado por culpa e até mesmo raiva. São falas comuns: “Nunca imaginei que isso pudesse acontecer”, “Como eu não percebi que algo não estava bem?” (Kreuz, Antoniassi, 2020).

O comportamento impulsivo do adolescente pode despertar na família sentimento de impotência diante do controle que não se pode mais ter sobre as ações dele, exigindo, portanto, que sejam encontradas formas de auxiliar esta família no resgate da comunicação efetiva.

A forma como o estilo parental adotado pode desempenhar papel protetivo no comportamento suicida do adolescente foi estudado por Magnani e Staudt (2018), sendo apontado que quando existem níveis de exigência e responsividade, há maior prevenção ao suicídio.

As relações parentais se articulam de forma a desenvolver habilidades e autonomia nos adolescentes, favorecendo melhores níveis de autoestima e independência, ao contrário do que acontece no estilo permissivo ou negligente, estilo este relacionado a maiores prejuízos emocionais. (Magnani e Staudt, 2018).

O suicídio impacta emocionalmente as famílias, os profissionais da saúde vinculados e a comunidade daquele que partiu. O caráter trágico implicado neste tipo de morte pode despertar nos enlutados sentimentos destoantes como dor, vergonha, raiva e saudade (Silva, et al., 2018).

No íntimo, algumas tentativas de suicídio têm a pretensão de alterar uma situação de desadaptação e sofrimento, influenciando pessoas significativas. Um grito de socorro que pode dar certo, ao provocar um movimento de apoio e reestruturação (Bertolote, Mello-Santos, Botega, 2010).

As condições clínicas adversas podem ter sido fatores contribuintes para a dificuldade de caracterização do motivo de atendimento de maneira objetiva: situações de agitação psicomotora foram observadas em 16 (18%) indivíduos; a confusão mental foi observada em 21 (23,8%); náuseas e vômitos, foram registrados em 25 (28,4%) atendimentos.

Diante dessas condições, o prestador de saúde ali presente direciona seu atendimento baseado primeiramente nestes sintomas, e posteriormente verifica as informações que levaram o sujeito a desenvolver tal quadro clínico.

No local do estudo, os atendimentos de emergência são realizados por médicos assistentes, residentes de clínica médica, cirurgia, ortopedia, pediatria ou estudantes de graduação em medicina, sendo os dados registrados nesta ficha.

Nos casos em que houve necessidade de permanência em observação no setor de primeiro atendimento, a enfermeira realiza um histórico de enfermagem e elabora seu plano assistencial. A equipe técnica e auxiliar de enfermagem registra a administração da prescrição médica e os cuidados na anotação de enfermagem em impressos próprios, os quais também foram acessados nesta investigação.

Nos serviços de saúde brasileiros, tem-se como referência a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), sendo que a atual classificação não explicita o tópico da violência, pois não considera doença na perspectiva biológica,

condensando-a em “causas externas” intencionais ou não e indeterminadas (Alves e Cadete, 2015).

Quanto às taxas de mortalidade no Brasil, as mesmas retratam a lesão que provocou a morte, não a intenção. As quedas e afogamentos representam 10,9% de todas as mortes por causas externas. Esses registros podem estar mascarando as taxas de suicídio (Botega, 2014).

As estatísticas sobre as tentativas de suicídio são inconclusivas, devido a vários fatores: questões socioculturais, morais, religiosas e econômicas; imprecisão no diagnóstico; e dificuldade de conhecer as circunstâncias dessas ocorrências, até porque muitas dessas tentativas são de baixa gravidade e resolvidas em casa (Santos, et al., 2014).

Inconsistências em dados epidemiológicos quanto aos agravos de tentativa de suicídio por intoxicações exógenas e óbitos por suicídio devido a envenenamento foram verificadas também no estudo de Santos (2014), onde a taxa de mortes por suicídio devido envenenamento foram conflitantes em bancos de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade e Centro de Controle de Intoxicações.

Há um estigma que cerca este tipo de morte, favorecendo o uso de conceitos e definições diversas do ato suicida, a dificuldade em saber se o episódio foi acidental ou intencional (Cassorla e Smeke, 1994; Minayo, 2005).

Em se tratando de crianças e adolescentes, essas barreiras na notificação serão mais acentuadas, na medida em que os atos autodestrutivos serão negados ou até escondidos pela família, devido a sentimento de culpa e/ou vergonha. (Cassorla e Smeke, 1994; Minayo, 2005).

Permanecer hospitalizado sem o acolhimento devido à dor psíquica dilacerante subjacente à tentativa de suicídio, sobretudo frustrada, pode trazer ainda mais sofrimento devido às revitimizações a que pode estar exposto um adolescente com comportamento suicida no ambiente hospitalar de emergência.

Um estudo qualitativo buscou compreender as tentativas de suicídio sob a perspectiva dos profissionais, do qual emergiu uma categoria descrita como “falsas tentativas de suicídio”. São aquelas que sabidamente não produziram a morte, ou seja, de intencionalidade duvidosa com o objetivo de “chamar a atenção” (Freitas e Borges, 2017).

Holliday e Vandermause (2015) apontam que as tentativas de suicídio dos adolescentes tinham como intuito a notoriedade para despertar o interesse de alguém pela sua dor.

Esta percepção pode ainda interferir na legitimação da tentativa de suicídio relatada pelo paciente, induzindo assim o profissional a não descrever este atendimento como uma tentativa de suicídio, desconsiderando, portanto, a intencionalidade e verificando apenas a letalidade do meio utilizado como parâmetro para seu julgamento clínico.

Existe uma conotação negativa dada pelos profissionais da saúde a essa busca do adolescente por atenção. Entretanto, os profissionais, sobretudo o enfermeiro, poderiam ser um agente de apoio na reconexão do adolescente àquilo que pode ser um fator de proteção para ele (Holliday e Vandermause, 2015).

Sob este estigma de quererem “apenas chamar a atenção”, os pacientes com história de tentativas de suicídio frustradas podem ser hostilizados em serviços de emergência (Vidal e Gontijo, 2013), a ponto de saírem dali decididos de que são de fato “um fardo”, como já propõe um dos pilares da Teoria Interpessoal do Suicídio proposta por Van Orden, et al. (2010).

Essa sensação de onerar seu acompanhante ou familiar a este período de hospitalização, nem sempre agradável e desejada por alguns familiares, pode fortalecer a sensação de ser, de fato, um peso.

Para Pessoa, et al. (2020), mesmo no âmbito da atenção básica a abordagem acerca deste tema ainda é um tabu. Os enfermeiros têm dificuldades, limitando-se a um enfoque “biologicista”, não abrangendo a prevenção do sofrimento mental.

Entretanto, no que tange ao exercício profissional do enfermeiro, essas fragilidades são uma lacuna para o seu trabalho na atenção primária, evidenciando-se a necessidade de conhecer o território de atuação e identificar o perfil dos jovens com fatores de riscos associados ao suicídio. (Pessoa, et al., 2020).

A atenção primária permite ao enfermeiro a atuação de forma próxima e com caráter continuado. Diferentemente da realidade de pronto atendimento, o enfermeiro pode se aproximar da família e rastrear mais de perto os fatores de risco ali presentes naquele contexto de vida e saúde.

Somado a isso, sugere-se a estratégia de educação permanente, para que esta possa permitir a construção de novos saberes necessários para abordar o tema na prática do enfermeiro e dos demais profissionais que atuam na atenção primária. (Pessoa, et al. 2020).

A situação de atender a um adolescente pode mobilizar no profissional a atitude de se calar, temendo errar nas palavras, sentindo-se muitas vezes incomodado pela sua pouca familiaridade com o tema e incapacitado para oferecer a escuta qualificada e o acolhimento necessário ao adolescente e família.

Guedes (2020) explorou os sentimentos dos profissionais que atendem a adolescentes com tentativas de suicídio, emergindo nos discursos o reconhecimento por parte dos profissionais da necessidade de capacitação para o pleno atendimento dessa demanda crescente.

Para Freitas e Borges (2017), a empatia e o vínculo são fundamentais no atendimento em saúde, e perceber o sofrimento psíquico vivenciado pelo paciente subjacente à tentativa de suicídio possibilita oferecer cuidados mais acolhedores.

No ambiente de Pronto Socorro, esse acolhimento pode acontecer desde que haja clareza e verdade na comunicação, havendo um acordo a respeito da dinâmica do setor e as condições de permanecer à disposição. A construção de vínculos exige dedicação e escuta, que são desafios ao profissional de emergência diante das interrupções e intercorrências inerentes à atividade.

No que concerne ao comportamento suicida, há uma coexistência de desejos e atitudes antagônicas que capturam a indecisão do indivíduo frente à vida. Ele deseja morrer e, simultaneamente, deseja ser resgatado ou salvo (Bertolote, Mello-Santos e Botega, 2010).

O intuito do suicídio, portanto, não pode ser restrito ao término de sua existência, e sim ao término de um sofrimento dilacerante que o acompanha e que nada pode deter a não ser a interrupção da vida.

Para Figueiredo (2015), o suicídio caracteriza-se como um fenômeno marcado pela complexidade, que se configura como processo humano e universal. Trata-se de um processo cuja causa não deve ser reduzida a um acontecimento específico.

Desse modo, para compreendê-lo é primordial que seja considerada a trajetória de vida do indivíduo, sua subjetividade, bem como variáveis ligadas ao contexto histórico, econômico e cultural (Figueiredo, 2015).

Nessa perspectiva, o suicídio exige uma análise da culminação dos fatores psicossociais e das experiências singulares do indivíduo. A complexidade do suicídio reside na maneira como esses fatores se entrelaçam e, sobretudo, se potencializam. (Figueiredo, 2015).

A dinâmica de diversos fatores de risco em um indivíduo vulnerável ocasiona o surgimento de uma dor psíquica que pode atingir intensidade intolerável, impedindo-o de enxergar outra possibilidade de sua interrupção que não seja antecipar o próprio fim. (Figueiredo, 2015).

Quanto à faixa etária pesquisada na população deste estudo, encontrou-se predominância da faixa etária de 17 a 19 anos, somando 42 atendimentos, que corresponderam juntos a 48% da população estudada.

Nesta etapa, compreendida pela transição da adolescência para a vida adulta, há a necessidade emergente de se tomar decisões, se descobrir em aptidões e, por exemplo, realizar uma escolha profissional. É, portanto, uma fase que pode gerar frustrações, inseguranças e conflitos (OMS, 2017).

Na adolescência, existem vários componentes físicos e psicossociais em transformação, com destaque para a busca de si mesmo e da identidade; a separação progressiva dos pais; a vinculação ao grupo; a evolução da sexualidade; atitude social reivindicatória, variações frequentes do humor e contradições sucessivas (Abasse, et al, 2009).

Com efeito, verificou-se que a orientação sexual descrita como homossexual apresentou-se em 6 registros (7%), encontrando-se significância estatística quando esta fala emergiu do sexo masculino ($p < 0.001$).

Pertencer a grupos de orientações sexuais diferentes de heterossexuais já foi apontado por Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) quanto a fator predisponente para suicídio. E o estudo de Teixeira-Filho e Rondini (2012) apontam também para esta evidência, na medida em que estes verificaram maior prevalência de adolescentes “não-heterossexuais” nas tentativas de suicídio, superando as taxas nos heterossexuais em três vezes.

O comportamento impulsivo emerge da necessidade de experimentar o novo e desafiar o perigo. Impulsionado pelo mito da indestrutibilidade, o adolescente pode acreditar que “nada de mal lhe acontecerá e que dará conta de controlar tudo” (Abasse, et al., 2009).

Em alguns registros consultados foi possível verificar que havia tranquilidade para a decisão por alta hospitalar após estabilização clínica, amparada no fato do relato de ter sido um ato impulsivo que levou o adolescente a essa consequência.

A urgência em resolver suas crises leva a tendência do agir impulsivamente, podendo levar o adolescente a fazer escolhas sem considerar a possibilidade de causar danos, no presente ou no futuro, a si mesmo e/ou a outrem (Abasse, et al., 2009).

Embora a ligação entre suicídio e transtornos mentais (em particular, depressão e dependência química) esteja bem estabelecida, muitos suicídios acontecem impulsivamente em momentos de crise (OMS, 2019).

Dentre diversas publicações já realizadas pela OMS embasadas em revisões e trabalhos científicos, no ano de 2018, foram apontados também como fatores de risco para o suicídio o uso nocivo do álcool, abusos na infância, estigma que dificulta a busca de ajuda, barreiras para conseguir os cuidados necessários e facilitação do acesso aos meios de suicídio. (OMS, 2018).

O relato de uso abusivo de álcool encontrado nesta investigação foi alarmante, sobretudo para o sexo masculino, para o qual foi encontrada associação significativa ($p < 0,001$) quanto ao meio utilizado para suicídio, sobretudo para aqueles de maior idade, média de 19,33 anos ($p < 0,001$).

Vieira, et al. (2007) investigaram a prevalência de ingestão de bebida alcoólica por adolescentes, encontrando como resultado que a experimentação desta ocorreu antes dos 18 anos em quase a totalidade da população estudada. Além disso, em meninos acima dos 16 anos houve prevalência de uso de álcool de forma mais frequente ($p < 0,005$).

O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde no Brasil verificou predominância do sexo feminino dentre as notificações de violência autoprovocada classificadas como tentativas de suicídio entre os anos de 2011 e 2016 (Brasil, 2017a).

Entretanto, no que tange ao crescimento dos índices, foram investigadas 48.204 (27,4%) notificações de tentativa de suicídio, sendo 33.269 (69,0%) em mulheres e 14.931 (31,0%) em homens, com crescimento gradual dessas ocorrências em ambos os sexos, de 209,5% e 194,7% respectivamente (Brasil, 2017a).

Os resultados da presente investigação apontam para a concordância com esta evidência, uma vez que foram encontrados 73 (83%) atendimentos de pacientes do sexo feminino na população estudada.

Um estudo retrospectivo chinês acessou 3.698 atendimentos por tentativa de suicídio entre os anos de 2010 e 2017, encontrando predominância (2.433) do sexo feminino (65,8%), e, assim como no presente estudo, o meio mais utilizado também foi a intoxicação exógena. (Kim, et al., 2020).

As tentativas de suicídio por meios violentos, neste estudo, ocorreram em pouca proporção, 4 (4,6%) dos atendimentos, sendo ainda que um ferimento por arma branca ocorreu de forma combinada com a intoxicação alcoólica, assim como uma das precipitações que ocorreu após a intoxicação exógena. Todos ocorreram em sexo masculino ($p < 0,050$).

Alguns estudos associam essa diferença à maior exposição a determinados fatores de risco para o sexo masculino. Incluem impulsividade, agressividade consigo mesmo e com seus familiares, uso de substâncias para lidar com seus problemas (Gould, et al., 2003; Qin, Agerbo, Mortensen, 2003).

O uso de métodos mais agressivos, com maior potencial de letalidade na tentativa de suicídio no sexo masculino, também foi encontrado por Macente e Zandonade (2011) e Machado e Santos (2015).

No caso de adolescentes, sobretudo os mais jovens, a noção de toxicidade, envenenamento e informações sobre os efeitos de superdosagem, por exemplo, de alguns medicamentos podem ser inacessíveis, o que pode ser um fator protetivo ou, pelo contrário, bastante perigoso, fato este verificado nos resultados deste estudo quanto à necessidade de cuidados intensivos para alguns adolescentes.

É sabido que a facilitação do acesso aos meios para o suicídio favorece a sua ocorrência, sendo neste sentido apontado nesta pesquisa que o acesso a medicamentos e venenos ocorreu dentro do próprio domicílio. Dos 88 atendimentos verificados, 73 (83%) tentativas de suicídio aconteceram dentro da própria residência.

O acesso a medicamentos de uso coletivo da família, como anti-inflamatórios não esteroidais, analgésicos, antitêrmicos e antibióticos, teve associação com aqueles adolescentes de menor idade, sugerindo facilidade de acesso pelos mesmos.

Entretanto, o abuso de antidepressivos e antipsicóticos foi associado àqueles que já faziam uso dessas drogas como medida de tratamento ao agravo psiquiátrico previamente

diagnosticado, o que requer a reflexão acerca de que o que deveria ali promover a melhora dos sintomas, o medicamento, se tornou a própria arma contra a vida.

A tentativa de suicídio anterior foi relatada em 34 (15%) atendimentos. Estima-se que ocorram entre 10 e 20 tentativas para cada adulto que se suicida, e quase um terço deles apresenta histórico de repetidas tentativas OMS (2014).

A tentativa de suicídio é o principal fator de risco para uma futura efetivação de um suicídio. Portanto, essas tentativas devem ser tratadas com seriedade, pois servem como um alerta. O olhar cuidadoso a uma pessoa que atentou contra sua própria vida é uma das principais estratégias para se evitar um futuro suicídio, afirma Botega (2014).

A derrubada da crença de que falar com alguém sobre suicídio ou sobre as circunstâncias da tentativa de suicídio pode promover a ocorrência desse evento, foi apontada como prioridade nas ações educativas aos profissionais, conforme apontam os documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017c).

Na presente investigação foram identificados 10 atendimentos, os quais representam quatro adolescentes que buscaram atendimento de forma repetida. As recorrências, ou seja, a segunda ou terceira admissão do mesmo adolescente, corresponderam a seis (6,9%) dos atendimentos.

Kim et al. (2020), num estudo retrospectivo, encontraram recorrência de 27,8% (1.029) dos pacientes estudados. Desses, 52% retornaram ao serviço no mesmo ano. Foi observada a repetição do método nos grupos em que se usou a intoxicação e a automutilação.

Diante disso, faz-se importante o detalhamento desses eventos encontrados neste estudo, dada a magnitude das implicações da tentativa de suicídio anterior nas estatísticas de suicídio consumado.

Um deles trata-se de um adolescente com epilepsia que teve sua recorrência após 14 meses ao serviço. Relatou já fazer uso de antiepilético e atentou contra a própria vida utilizando o próprio medicamento, assim como na sua primeira tentativa de suicídio com 17 anos.

Após dois meses, com 18 anos, na sua terceira procura por atendimento no local devido à tentativa de suicídio, foi encaminhado à avaliação psiquiátrica, da qual não retornou para o serviço de origem.

Outro adolescente foi atendido pela primeira vez no Pronto Socorro infantil com 14 anos, e depois retornou aos 16 e 17 anos. As três tentativas de suicídio ocorreram através do uso abusivo de medicamentos. O pai era portador de epilepsia em uso de medicamento de controle, o qual foi acessado pelo adolescente. Recebeu avaliação psiquiátrica na qual foi indicada psicoterapia.

No segundo episódio, também por intoxicação exógena, na avaliação de psiquiatria foi indicada introdução de medicamentos antidepressivos associado à psicoterapia. Na terceira tentativa de suicídio, houve ingestão de medicamentos usados pelo pai, além de hipotensores usados por outros membros da família.

Outro caso se refere a um adolescente que procurou atendimento por tentativa de suicídio 48 horas após o primeiro atendimento pelo mesmo motivo. Possuía 17 anos, relatou conflitos familiares, além de homossexualidade.

Esse adolescente teve como destino no primeiro atendimento a transferência para o PS da Lapa, onde então recebeu avaliação psiquiátrica. Em menos de 48 horas depois, houve recorrência de tentativa de suicídio. Diferentemente da primeira, que foi com uso de medicamentos, utilizou raticida, e infelizmente teve como destino a evasão do PSA.

O último caso de recorrência refere-se a um adolescente de 15 anos que teve como primeira tentativa de suicídio o *start* para entender que algo não estava bem. Referiu conflitos familiares, *bullying* e que um dos genitores possuía agravo psiquiátrico para o qual usava medicamentos. Fez uso abusivo desses medicamentos pertencentes ao seu familiar, do tipo benzodiazepínico, somado a outros da família, sendo então levado por esta ao Pronto Socorro. A família referia possuir convênio, para o qual foi transferido para um serviço referenciado de psiquiatria. Após aproximadamente 10 meses, houve recorrência de atendimento de Pronto Socorro com nova tentativa de suicídio, na ocasião referia já estar fazendo uso de antidepressivos e antiepilépticos, os quais ingeriu em quantidade tóxica.

As tentativas de suicídio de caráter repetitivo demandam uma necessidade de ações que visem a vigilância e de ações preventivas dos profissionais e serviços de saúde, uma vez que se trata de uma expressão de um processo de crise que se desenvolve de forma gradual (Brasil, 2017a).

Grendas, et al. (2019) realizaram uma coorte prospectiva multicêntrica por dois anos, verificando os riscos de novas tentativas de suicídio e suicídio. A incidência de uma nova

tentativa de suicídio foi de 26.000 eventos/100.000 pessoas-ano. Os preditores mais identificados foram sexo feminino, tentativas de suicídio anteriores, idade mais jovem e abuso sexual na infância.

Para os adolescentes que foram admitidos no setor de pronto socorro e foram liberados de alta hospitalar, o tempo médio de permanência foi de 13,07 horas (DP=10,58), com associação a maior taxa de arrependimento relatada para estes casos ($p=0,003$).

Quanto ao arrependimento ou não sobre a tentativa de suicídio, houve registro de 33 (37,5%) situações sobre esse tema. Nos demais atendimentos não houve esse tipo de abordagem pelos profissionais, o que pode sugerir que o curto período transcorrido do evento não seja suficiente para esta conclusão.

A omissão sobre sentimentos de não arrependimento pela tentativa de suicídio pode tanto ter sido o motivo da internação ou apenas durante a internação em leito fora do Pronto Socorro, onde houve possibilidade de uma avaliação melhor apurada e talvez com acolhimento que propiciasse, portanto, este relato.

Entretanto, isso pode ainda representar, em certo grau, uma maneira de persuadir o profissional de saúde para a alta de forma antecipada frente à tentativa sem sucesso de atentado contra a própria vida.

A garantia de uma avaliação psiquiátrica para esses pacientes quando a mesma está indicada pode também influenciar no tempo de espera no Pronto Socorro, uma vez que o paciente precisa aguardar a autorização do serviço especializado via contato médico na central de regulação de vagas do município de São Paulo e a chegada do serviço de remoção.

No presente estudo, a maioria das tentativas de suicídio ocorreu por meio de intoxicações exógenas por medicamentos ou pesticidas.

O atendimento de emergência na ocasião da suspeita de intoxicação exógena consiste em identificar a natureza da droga, quantidade ingerida e tempo transcorrido entre ingestão e admissão no hospital.

A partir da obtenção dessas informações, as medidas de remoção do tóxico e tratamento dos sintomas apresentados como consequência da intoxicação são a prioridade para o restabelecimento das funções vitais.

A sondagem gástrica ocorreu em 31 (35,2%) atendimentos, seguida da lavagem gástrica em 30 (34,1%) deles, e administração de carvão ativado em 21 (23,86%) dos atendimentos. Essas atividades precisam necessariamente ocorrer o quanto antes nos casos de intoxicação exógena, o que justifica, portanto, a necessidade de permanência em unidade de emergência a fim de não retardar essas ações.

O tempo transcorrido da tentativa de suicídio até abertura da ficha de atendimento no hospital foi em média de 6,11 horas. O contato com a Central de Controle de Intoxicações (CCI) pode nessas situações ser um apoio para o direcionamento das condutas.

A consulta a esse órgão está registrada em 35,2% dos atendimentos, o que se justifica talvez pelo tempo prolongado já transcorrido da ingestão do tóxico, não sendo possível, portanto, reverter o quadro de intoxicação exógena em tempo hábil.

O contato com o Centro de Controle de Intoxicações é realizado via chamada telefônica, outro fator que pode inclusive ser um obstáculo, uma vez que depende da disponibilidade de profissionais para essa ação além da linha telefônica exclusiva no Pronto Socorro, setor no qual esse meio de comunicação é amplamente utilizado para comunicação entre os setores.

Os contatos com o Centro de Controle de Intoxicações em geral são realizados por algum membro da equipe médica, o qual aguarda em chamada telefônica ou fornece um número de telefone para que a conduta a ser tomada seja fornecida posteriormente por um atendente no local.

Diante da disponibilidade limitada de linhas telefônicas no setor de pronto socorro, algumas medidas podem ser retardadas até este retorno, o que pode sugerir que a equipe tomou as condutas baseadas em experiências prévias, dispensando assim a consulta ao CCI.

A análise estatística encontrou significância em termos de consulta ao CCI em relação ao local de atendimento, sendo esta ação realizada mais pelos pediatras em relação aos clínicos, ou seja, no setor de pronto socorro infantil esta rotina de aguardar a conduta do CCI é mais e frequentemente encontrada nos registros de atendimento ($p < 0,001$).

Este resultado pode estar relacionado à condição de envenenamento do adolescente mais jovem estar diretamente relacionada a sua superfície corporal, ou seja, quando se trata de um indivíduo menor, o grau de intoxicação pode variar em função do peso e quantidade ingerida de tóxico, além do tempo transcorrido.

O uso do pesticida conhecido popularmente como “chumbinho” foi responsável por 100% dos envenenamentos da população deste estudo. Ele foi relatado em oito atendimentos (9%).

Werneck, et al. (2006) apontaram também em seu estudo o envenenamento por “chumbinho” como o tóxico mais utilizado nas tentativas de suicídio em que se utilizou esse meio.

Este pesticida trata-se de um produto ilegalmente comercializado como raticida, que geralmente contém em sua composição o agrotóxico carbamato. Refere-se a um conjunto de produtos granulados com aparência acinzentada que podem facilmente ser confundidos e ingeridos acidentalmente. Werneck, et al. (2006).

Devido a seu aspecto duvidoso, ele pode ser facilmente confundido por crianças e animais domésticos, podendo trazer consequências devastadoras em termos de acidentes domésticos.

A diminuição da oferta do “chumbinho” por meio de uma maior fiscalização sobre sua comercialização e apreensão do produto, associada à difusão de informação sobre o seu baixo potencial de letalidade e controle de pragas, poderia reduzir a magnitude e a gravidade desses eventos. (Werneck, et al., 2006).

Segundo a OMS (2012), estratégias de restrição aos meios de cometer suicídio, como o controle de uso de agrotóxicos/pesticidas e de armas de fogo, reduzem a incidência do suicídio e são recomendadas como instrumentos de prevenção universal.

Dentre os atendimentos nos quais o adolescente foi transferido para outro serviço, o tempo médio de permanência no Pronto Socorro foi de 14,92 horas (DP=16,89).

Este foi o tempo necessário para que a equipe que prestou o primeiro atendimento no pronto socorro estabilizasse o paciente quanto aos sintomas apresentados após a tentativa de suicídio e decidisse encaminhar o mesmo para a avaliação especializada.

Nos casos em que o paciente já possui um serviço no qual faça seguimento com profissional psiquiatra ou psicólogo, a equipe de atendimento do Pronto Socorro em geral realiza um acordo com a família para que seja agendado um retorno neste serviço de seguimento, e inclusive é entregue um relatório médico a ser apresentado para a família na ocasião da alta.

Nesta carta, em geral, o médico descreve em que condições o paciente foi admitido no Pronto Socorro e as medidas realizadas no atendimento de urgência, além da associação deste evento à intencionalidade de suicídio, contextualizando assim a necessidade de uma reavaliação, e, se cabível, reajustes no tratamento até então vigente.

Da mesma forma, para os pacientes que não tem seguimento e tem indicação de avaliação psiquiátrica, o mesmo é encaminhado de ambulância, quando também é entregue ao enfermeiro que acompanha ele e seu familiar na remoção, uma carta na qual constam os dados do atendimento e o motivo da solicitação da avaliação.

Neste momento a equipe de assistência social pode realizar o apoio para a obtenção desta avaliação psiquiátrica ou transferência para um serviço onde há esta especialidade, para que o paciente tenha a garantia de ser avaliado com a possibilidade de poder contar com um seguimento.

Dentre os 16 atendimentos onde o destino do paciente foi a internação hospitalar, o tempo decorrido entre admissão no Pronto Socorro e a admissão na unidade de destino foi de 10:28 horas.

Este tempo prolongado no setor de pronto socorro pode representar a necessidade eminente de estabilização clínica, principalmente pelo elevado grau de necessidade de medidas de início imediato, como, por exemplo, administração de antídotos, expansão volêmica, lavagem gástrica e administração de carvão ativado, atividades essas que são imperiosas no atendimento de emergência.

Os possíveis locais de transferência interna na instituição de pesquisa poderiam ser unidades de internação pediátrica, clínica médica e cirúrgica e unidades de terapia intensiva pediátrica ou adulto, além do centro cirúrgico para os casos onde há necessidade de procedimentos cirúrgicos.

Os pacientes que foram para centro cirúrgico ou para unidades de terapia intensiva tiveram, portanto, duas transferências internas, uma vez que posteriormente a esses encaminhamentos aguardaram pela alta hospitalar em unidades de internação.

Entre a primeira e segunda internação, decorreram 61,55 horas em média. Entre a segunda internação e a alta, o tempo médio de permanência foi de 85,17 horas.

O tempo médio de hospitalização dos pacientes que permaneceram internados no local do estudo foi de 142,19 horas. Ou seja, uma média de quase seis dias de hospitalização entre o tempo total de permanência em pronto socorro e unidades de internação.

Dentre os 16 pacientes que permaneceram internados no próprio local, 10 necessitaram de internação em unidade de terapia intensiva (UTI), sendo o tempo médio de permanência em UTI de 55,51 horas.

Dentre os 16 pacientes que permaneceram internados, seis (38%) permaneceram na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e quatro (25%) na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIA). Um desses atendimentos se refere a um adolescente menor de 15 anos, que devido à indisponibilidade de vagas na UTIP permaneceu na UTIA, e na alta da UTIA foi encaminhado para a unidade de internação pediátrica.

Na presente investigação, o registro de sofrimento promovido pelo *bullying* foi relatado por sete (7,96%) adolescentes do total dos documentos verificados. Possivelmente em uma abordagem de Pronto Socorro pode não ter havido as condições suficientes para acesso a este tipo de informação, denotando assim uma subnotificação desde evento nas documentações.

Dentre os seis adolescentes que tentaram suicídio e precisaram de internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, quatro (66,7%) relataram sofrer *bullying*. Isto representa o alto grau de letalidade dos métodos empregados por esses adolescentes.

O uso de espaços virtuais como meio de comunicação e interação social pelos adolescentes é uma prática bastante comum. Para Borghi (2018), as redes sociais exercem o papel de uma plataforma de expressão de sentimentos e percepções dos adolescentes.

Entretanto, no que se refere aos determinantes de risco para suicídio, o espaço virtual pode funcionar como mais uma lacuna para que a prática presencial do *bullying* aconteça na prática conhecida como *cyberbullying*.

Um estudo chinês publicado em 2019 dedicou-se a identificar associações entre os adolescentes quanto ao sofrimento por *bullying* e *cyberbullying*, encontrando maior risco de ideação suicida e automutilação para aqueles que sofriam ambos os assédios. Peng et al. (2019).

Houve significância estatística no que se refere a esta variável em relação à idade menor que a média, 14,21 anos, podendo se dever ao fato de os adolescentes mais jovens não

possuírem ainda a maturidade para o enfrentamento e ferramentas internas para lidar com essas adversidades no contexto onde vivem.

Outra hipótese é a respeito da abordagem profissional pediátrica, que pode ter sido mais favorável a este relato.

Os três adolescentes que foram internados na unidade pediátrica receberam alta para o domicílio com seguimento ambulatorial para acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico agendados.

Dos 60 atendimentos que ocorreram no PSA, apenas seis permaneceram internados no próprio serviço. Sendo três registros de transferência para Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Dois pacientes precisaram de intervenção cirúrgica, sendo um deles já encaminhado do Pronto Socorro diretamente para o centro cirúrgico devido a múltiplos ferimentos provocados por arma branca, e um deles aguardou pela cirurgia internado na clínica cirúrgica para correção de fratura devido precipitação.

O paciente internado na clínica médica tinha antecedente de epilepsia, e permaneceu internado por ter apresentado crises convulsivas no domicílio após a ingestão de 14 comprimidos do medicamento o qual já fazia uso.

Foi possível observar que este paciente foi um dos casos de recorrência de tentativa de suicídio. Após o terceiro atendimento, o adolescente recebeu avaliação de psiquiatria. Provavelmente nas tentativas anteriores o evento foi associado ao agravo de base, a epilepsia.

Dentre os 88 atendimentos por tentativa de suicídio, 30 (34,1%) não foram avaliados por psiquiatra. Dentre esses 30 atendimentos, 20 (66,7%) relataram não possuir algum acompanhamento psiquiátrico prévio e 10 (33,3%) referiram já estar vinculados a algum acompanhamento psiquiátrico.

Dentre esses 20 registros nos quais não constava acompanhamento psiquiátrico prévio, 13 (65%) receberam alta hospitalar, cinco (25%) evadiram, um (5%) permaneceu internado na clínica médica e um (5%) foi transferido para um serviço de saúde coberto pelo seu convênio médico.

Desses 13 que receberam alta, um adolescente relatou agravo psiquiátrico de base, porém não havia registro de estar sob acompanhamento ambulatorial, e três relataram tentativa de suicídio anterior.

Dentre os 10 atendimentos nos quais houve registro de estar sob seguimento ambulatorial com psiquiatra, sete receberam alta com indicação de marcar consulta de retorno, dois evadiram do serviço sem orientações de alta, um permaneceu internado na unidade de clínica médica e um foi transferido para um serviço especializado disponível por seu convênio médico.

Segundo Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010), espera-se da avaliação primária e, em especial da avaliação do psiquiatra após a identificação do comportamento suicida: identificar o risco, proteger o paciente e remover ou tratar os fatores de risco.

Em seus achados, Pires, et al. (2015) verificaram que uma chance maior de tentar suicídio, 94%, foi associada à apresentação simultânea de ideação suicida, história familiar de doença psiquiátrica, ansiedade e depressão; enquanto não possuir nenhum fator foi relacionado a uma probabilidade de 3,7%.

A presença de agravo psiquiátrico por algum genitor foi reportada em 13 (14,8%) atendimentos, o que confere, segundo Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010), um maior risco para comportamento suicida em outros membros da família. Na presente investigação, em 11 (84,7%) atendimentos o medicamento utilizado de forma abusiva pertencia a algum familiar.

Os resultados desse estudo revelaram que houve somatória de fatores de risco, conforme apresentados no Gráfico 11, sendo verificado que a combinação de dois ou mais fatores foi identificada em 64 (72,7%) atendimentos.

Os agravos psiquiátricos prévios estavam presentes em 36 (40,9%) atendimentos. Algumas evidências científicas apontam que uma considerável parcela de pessoas que tem comportamento suicida é acometida por alguma comorbidade psiquiátrica (Braga, Dell'Aglio, 2013; Pires, et al., 2015).

Na abordagem que concerne aos fatores relacionados à tentativa de suicídio, a identificação de transtornos mentais é de suma importância e norteia o profissional de saúde nas considerações acerca dos riscos de recidivas e as estratégias para reduzi-las. (Bertolote, Mello-Santos, Botega, 2010).

A OMS (2014) aponta que entre as enfermidades mentais relacionadas aos casos de suicídio pode-se listar os transtornos do humor, como, por exemplo, a depressão, de personalidade, como *borderline*, transtornos mentais e de comportamento resultantes do uso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo, a esquizofrenia e transtornos de ansiedade.

Ainda que esta evidência esteja difundida amplamente na literatura, é preciso refletir acerca de demais fatores extrínsecos ao indivíduo, que estejam relacionados à promoção do aumento dos níveis de sofrimento psíquico que assolam pessoas no mundo todo, como, por exemplo, o desemprego ou descontentamento no trabalho, assim como as precárias condições de moradia e saneamento, como já vêm sinalizando estudos acerca de desigualdades sociais e índices de suicídio (Jaen-Varas, 2019).

Carregar consigo um diagnóstico de doença psiquiátrica e indicação de medicamentos não assegura a solução definitiva e pontual para seu sofrimento, sendo importante que se faça uma avaliação multidisciplinar do contexto em que a pessoa está inserida, no sentido de fortalecer os fatores de proteção existentes, não se depositando assim todo o sucesso da prevenção do suicídio em uma só conduta.

Diversos estudos (Bertolote, Mello-Santos, Botega 2010; Braga, Dell'Aglio, 2013; Pires, et al., 2015; Grendas, et al., 2019) se dedicaram a explorar fatores de risco envolvidos no contexto do comportamento suicida e saúde mental. Entretanto, Mazzaia (2018) também considera que os determinantes desse processo estão diretamente influenciados também pelas políticas públicas, responsáveis pela proteção social.

Os investimentos em saúde mental ainda são precários e insuficientes, e quanto menos condições favoráveis de vida, um aspecto a mais pode promover o sofrimento psíquico, como, por exemplo, condições ruins de habitação, desemprego e violência (Mazzaia, 2018).

Mazzaia (2018) reflete ainda sobre o suicídio, considerando questões emergentes, como a legião de jovens desempregados com alterações de imagem e estima, altamente influenciados por uma mídia perversa, conseqüente marginalização e empobrecimento da sociedade como estímulo para a violência doméstica e abusos e questões de sobrecarga de trabalho.

Da população em sofrimento psíquico severo, 76% a 85% não recebem tratamento se forem cidadãos de países classificados como emergentes, contra 35% a 50% para países desenvolvidos (OMS, 2013).

Do total de atendimentos, 26 (29,5%) reportaram uso anterior de medicamentos para agravos psiquiátricos, os quais não foram suficientes nestes casos para conter a crise suicida.

O tratamento medicamentoso, quando adequadamente indicado, combinado à psicoterapia, cuidado centrado na família e amparo social, pode sim ser um excelente aliado nos resultados de prevenção ao suicídio visto sob a perspectiva de promoção da saúde integral.

Ainda que o ambiente de Pronto Socorro não promova muitas vezes a condição de estabelecimento de vínculo suficiente para a coleta de informações confidenciais de saúde, na presente investigação encontrou-se em cinco (5,7%) registros a menção de ter sofrido ou estar sofrendo abuso sexual em algum momento da vida.

Esses dados foram majoritariamente obtidos através da interconsulta de psiquiatria, uma vez que desses cinco atendimentos, quatro foram avaliados no próprio serviço onde a pesquisa foi realizada, possibilitando, portanto, uma maior riqueza de informações.

Resultados de um estudo caso controle constataram que ter sofrido abuso na infância foi associado a maior probabilidade de tentar suicídio com Odds Ratio de 3,04 em relação ao grupo controle. (Pires, et al., 2015).

A tentativa de suicídio anterior foi relatada em 34 (38,6%) atendimentos. Um estudo norte-americano conduzido por Stewart et al., publicado em 2017, investigou 397 adolescentes de 13 a 18 anos quanto a aspectos demográficos, maus tratos na infância e antecedentes de doença psiquiátrica associados às tentativas de suicídio.

Foram formados três grupos: sem ideação suicida e sem tentativas anteriores de suicídio; ideação suicida passada e presente, mas sem tentativas de suicídio; e o terceiro grupo com ideação presente e uma tentativa de suicídio anterior na vida (Stewart, et al., 2017).

A gravidade da depressão foi associada a uma maior chance de ser do grupo que já tentou suicídio ($p < 0,001$; $OR = 1,05$), em comparação a alguém que não pensa em suicídio (Stewart, et al., 2017).

Entre o grupo que já tentou suicídio foram encontrados mais relatos de automutilação, inclusive houve correlação com métodos mais violentos com alta letalidade. Os autores concluíram que a automutilação aumenta o risco de suicídio no futuro. Portanto, a identificação de comportamentos de autolesão é fundamental para melhorar os resultados de redução das tentativas de suicídio em adolescentes (Stewart et al., 2017).

Lee, et al. (2019), compararam as características de adolescentes em relação aos adultos que foram admitidos por tentativa de suicídio em um serviço de emergência.

Houve maior relato de tentativas anteriores pelos adolescentes do que pelos adultos, se mostrando uma prática mais frequente neste grupo, sendo a ingestão abusiva de analgésicos o meio mais utilizado (Lee, et al., 2019).

A prática de automutilação foi verificada em 22 atendimentos (25%), ou seja, um quarto de todos os atendimentos pesquisados apresentavam na ocasião algum vestígio passado ou presente de rupturas na pele.

McCluskey, et al. (2019), identificaram 594.658 adolescentes até 19 anos atendidos em emergências com história de lesões cortantes autoprovocadas. Encontraram predominância de meninas (65,8%) com idade entre 16 e 19 anos.

Na presente investigação, apenas dois adolescentes procuraram atendimento devido à gravidade de lesões cortantes, e nos demais apenas foram verificados nos registros que os profissionais puderam observar no exame físico que essas lesões deixaram cicatrizes na pele.

Relações familiares conflituosas foram encontradas em 34 (38,6%) dos atendimentos, os quais apresentaram correlação estatística em relação à idade; quanto mais jovem o adolescente mais esse fator foi verificado; média de idade de 15,38 anos (DP= 2,16; $p < 0.001$).

Isto pode estar relacionado ao registro mais detalhado de fatores de risco para aqueles pacientes mais jovens, os quais foram majoritariamente atendidos no setor de pronto socorro infantil.

A estreita convivência familiar em 92,8% dos atendimentos denota certo grau de dependência em relação aos pais. Para o adolescente, viver sob as regras e limites pode ser um fator que contribuiu para que esses conflitos funcionem como motivações para as tentativas de suicídio.

Os conflitos familiares relatados podem ser tanto envolvendo os próprios adolescentes quanto existirem no contexto familiar, como, por exemplo, viver sob condições de violência doméstica, sem supervisão dos pais ou outras situações de negligência que pudessem ainda assim estar ocultas nos registros.

Kim, et al. (2020) encontraram como motivação mais frequente para as tentativas de suicídio os conflitos interpessoais, localizando também outros fatores de risco, como experiência de perda, solidão, discriminação, rompimento de relacionamento, problemas financeiros, dor crônica e doença, violência e abuso.

Esta correlação em relação a conflitos amorosos não se mostrou significativa, porém se concentrou na faixa etária de 17,23 anos, momento da vida no qual há maior exposição aos relacionamentos amorosos.

Deslandes (1999) apontou em seu estudo que problemas de relacionamento familiar ou conflitos amorosos foram também relatados na maioria dos atendimentos investigados.

Em relação aos relacionamentos amorosos, Azevedo e Dutra (2012) realizaram uma pesquisa qualitativa. Entrevistaram adolescentes que tentaram suicídio por questões amorosas, encontrando em sua maioria baixa autoestima e visões distorcidas sobre si mesmos.

O amor não correspondido, o fim do relacionamento, o desprezo do amado ou a ameaça de abandono mobilizam em alguns adolescentes o desejo de desistir de viver (Azevedo, Dutra, 2012).

Os relacionamentos amorosos que se iniciam na adolescência podem também culminar em conflitos familiares, na medida em que para alguns não há consentimento da família para que ocorram.

Situações de violência e vulnerabilidade, como abuso físico, psicológico e sexual, apareceram como variáveis colaborativas no contexto de sofrimento do adolescente.

Para os adolescentes cujos pais eram separados, foi encontrada diferença estatisticamente significativa para aqueles com média de idade de 14,29 anos ($p < 0,001$). Outras evidências também já sinalizaram acerca da perda da integridade familiar como fator de risco para suicídio no adolescente (Carballo, et al., 2018).

Dentre os 28 atendimentos realizados no setor de pronto socorro infantil, 24 receberam avaliação de psiquiatria, ou seja, houve maior facilidade de acesso ao desfecho, sendo 13 destas avaliações efetivadas no próprio serviço pela equipe de psiquiatria do local.

Foram identificados 36 atendimentos nos quais havia menção sobre ter um diagnóstico quanto a alguma patologia prévia (40,9%). Entretanto, estar vinculado a algum seguimento ambulatorial foi identificado em 28 registros (31,9%).

Dos 33 registros onde não havia diagnóstico prévio de agravos psiquiátricos na ocasião da tentativa de suicídio, como desfecho da avaliação, oito (24,2%) tiveram um diagnóstico de agravo mental realizado, ou seja, havia um agravo subjacente que foi identificado após o evento de tentativa de suicídio.

Entre os previamente (36) e os recém oito diagnosticados atingiu-se a proporção de metade, ou seja, 44 (50%) dos adolescentes sujeitos desta investigação possuíam algum tipo de agravo psiquiátrico.

Além desse total, mais 15 (45,5%) tiveram indicação de psicoterapia, indicando para um acompanhamento em que futuramente seja necessária alguma intervenção psiquiátrica e até mesmo a indicação de medicamentos.

O acompanhamento psicoterápico consiste nesses casos no desenvolvimento de ferramentas internas para solucionar os conflitos, desafios e adversidades embasado nas estratégias de resiliência humana.

O atendimento psicoterápico fundamenta-se em uma relação terapêutica voltada ao cuidado e não essencialmente à cura. Visa a ressignificação do sofrimento, promovendo assim o desenvolvimento de estratégias de resolução de seus conflitos. Contudo, não há uma certeza de mudança de crenças em relação à escolha por viver e não morrer (Fukumitsu, 2014).

Gentil (2020) estudou os preditores de visitas ao Pronto Socorro entre os anos de 2014 e 2015 em Quebec. Pacientes com agravos psiquiátricos tiveram mais visitas ao setor de emergência; entretanto, para aqueles que tinham acompanhamento ambulatorial psiquiátrico, este funcionou como fator de redução de visitas ao Pronto Socorro devido à reincidência de tentativa de suicídio no local.

A justificativa para que se possam pleitear melhorias nos serviços de saúde públicos, sobretudo no que se refere ao atendimento voltado à saúde mental, deve ser pautada na demanda por esses serviços.

Os meses de maior demanda por atendimento no local do estudo devido à tentativa de suicídio foram os meses de novembro, 13 (15%), maio, 11 (13%), e setembro, 10 (10%).

Rosa, et al. (2016) encontraram maiores taxas de suicídio entre os meses de primavera e verão, dados concordantes com a presente investigação no que se refere ao pico de atendimentos, os meses de setembro e novembro, também referentes da primavera no Brasil.

Carbone, Holzer e Vaughn (2019) encontraram prevalência das tentativas de suicídio em crianças e adolescentes de 5 a 17 anos no início do ano escolar, sugerindo que o sofrimento por mudança de escola e perda da unidade de amizades pode estar relacionada a maior exposição a *bullying* neste momento do ano.

Estudo realizado por Werneck, et al. (2006), a partir de fichas de notificação compulsória de maus tratos contra a criança e adolescente na cidade do Rio de Janeiro, apontaram que dentre os 160 casos de tentativa de suicídio analisados, a maioria aconteceu no mês de setembro.

Curiosamente, no mês de setembro é lembrado por ser o mês dedicado à prevenção do suicídio, sendo o dia 10 de setembro o dia mundial da prevenção do suicídio.

No estudo acima citado, os dias da semana nos quais mais ocorreram tentativas de suicídios foram sexta-feira e terça-feira, seguidos de sábado e domingo (Werneck, et al., 2006). No presente estudo, dentre os 88 atendimentos verificados, 60 (68,1%) aconteceram em dias úteis da semana, ocorrendo maior procura por atendimento devido à tentativa de suicídio às segundas-feiras, 21 (24%), terças-feiras, 19 (22%), e quartas-feiras, 20 (23%).

Este dado pode estar relacionado a menor possibilidade de supervisão de adultos aos adolescentes nesses dias da semana quanto ao acesso aos meios utilizados para a tentativa de suicídio, uma vez que os responsáveis provavelmente estavam em atividades laborais.

Além disso, as atividades escolares dos adolescentes também acontecem nos dias úteis da semana, os expondo, assim, a situações que podem precipitar o sofrimento e impulso, como, por exemplo, *bullying*, dificuldades no desempenho escolar e de relacionamento interpessoal.

Sugere-se que neste momento de crise o adolescente estaria sem a supervisão devida de alguém da sua confiança para conversar, associado à facilidade de acesso aos meios, e foi assim levado ao impulso de atentar contra a sua vida.

Avanci, Pedrão e Costa (2005) encontraram em sua pesquisa predominância de atendimentos por tentativas de suicídio no período noturno. No presente estudo, foi possível

verificar que as tentativas de suicídio aconteceram em geral no período vespertino e noturno, e a procura por atendimento após a tentativa levou em média 6 horas após este evento.

As admissões dos pacientes com tentativa de suicídio se concentraram também no período compreendido pelo final da tarde, após as 18 horas e início do plantão noturno.

Alguns setores no período noturno funcionam em regime de restrição da equipe de atendimento; por exemplo, não há assistente social nem psiquiatra no período noturno no referido serviço hospitalar.

O Manual Instrutivo do Ministério da Saúde que direciona o preenchimento dos dados de violência lembra que conforme estabelece o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente, nos casos de violência contra crianças e adolescentes, é obrigatória a comunicação do caso ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes (Brasil, 2016).

Como rotina institucional, os encaminhamentos desta natureza são realizados privativamente pelo assistente social, mediante uma avaliação em que se busquem dados relativos a possíveis situações de negligência, sendo, portanto, imprescindível que esse profissional integre a equipe de saúde.

Dentre os 28 registros de atendimentos do PSI, 21 (75%) foram atendidos pelo serviço social. Em contrapartida, no PSA essa demanda emergiu em apenas 10 (16,7%) dos 60 atendimentos verificados. Este dado pode sugerir que a equipe do PSI trabalha de forma mais integrada ao serviço social.

Outra hipótese provável é a constatação pela equipe de atendimento do Pronto Socorro Adulto de que a família e o paciente já tivessem organizados de forma a equacionar as demandas em termos de continuidade do cuidado domiciliar após a alta no que se refere a já possuir uma retaguarda para atendimento de nível ambulatorial, por exemplo.

Nos atendimentos cuja causa se remeta a situações de violência, nesta instituição, compete ao setor de serviço social realizar uma avaliação voltada a compreender em que contexto vive este adolescente, os riscos inerentes a que o paciente pode estar exposto, promover a continuidade do atendimento no âmbito da atenção básica e realizar as devidas notificações aos órgãos competentes de vigilância de proteção ao adolescente.

Atualmente, no local do estudo, como já mencionado, a equipe de assistentes sociais encontra-se reduzida e com restrições de horários, a qual não tem condições de realizar a busca ativa destas demandas nos setores, partindo, portanto, da equipe médica e/ou de enfermagem a iniciativa de acionar a avaliação do serviço social.

Diante de suspeita de maus tratos, negligência ou violência, por exemplo, onde há evidência de riscos de exposição repetida a essas situações, é decidido pela equipe multiprofissional que se mantenha o paciente internado até que se garanta a sua proteção e segurança para a continuidade do atendimento após a alta hospitalar.

A internação é indicada para que a família possa ser avaliada em conjunto e para que seja possível desenvolver estratégias junto com ela no sentido de se assegurar que o adolescente terá condições de ser cuidado e supervisionado neste contexto.

O contato com órgãos de apoio no período noturno, tais como serviços ambulatoriais, como, por exemplo, Centros de Apoio Psicossociais (CAPS), unidades escolares e até mesmo unidades básicas de saúde são inviáveis no período noturno.

Esses entraves podem ter sido responsáveis pela decisão de evasão em alguns atendimentos, uma vez que o paciente ora estabilizado em suas condições hemodinâmicas necessitaria aguardar por um possível encaminhamento no dia seguinte pela manhã, porém sem uma previsão de horário definido.

Diante disso, em geral, quando o adolescente e sua família manifestam dificuldades em gerir esse cuidado continuado de forma autônoma, é preferível a permanência no hospital, a fim de alinhar todos os passos seguintes no que se refere à continuidade das etapas subsequentes do cuidado.

O monitoramento dos casos de violência acontece junto à unidade básica de saúde e conselho tutelar mais próximo à residência da família, sendo, portanto, acionada pelo serviço social da instituição na ocasião da alta hospitalar com a finalidade de que sejam cumpridos os encaminhamentos indicados durante a internação.

Os resultados desta investigação apontam para a necessidade da incorporação das notificações compulsórias das tentativas de suicídio no processo de trabalho institucional, visto que esta atividade foi realizada em 23 (26,1%) dos 88 atendimentos com tentativa de suicídio.

O serviço de arquivo médico e estatística institucional realizou uma ação de conscientização no final do ano de 2018, fixando cartazes apontando para a realização do preenchimento da ficha de notificação compulsória para as violências autoprovocadas.

Na medida em que o atendimento médico se encerra, as fichas e prontuários são direcionados ao Same. Assim que se verifica que o atendimento deveria gerar uma notificação compulsória, a qual quando não se encontra, um profissional deste setor realiza a busca ativa do médico que realizou o atendimento, o qual exige o preenchimento imediato da ficha conforme preconiza a atual legislação.

Das 23 notificações compulsórias realizadas, concentraram-se um total de 18 (78,2%) que foram realizadas entre os anos de 2019 e 2020, o que aponta para uma tendência a uma cultura de notificações compulsórias desses agravos melhor estabelecida nos últimos anos.

A notificação imediata da tentativa de suicídio deve ser realizada oportunamente, sem prejuízo no atendimento ao paciente, uma vez que o objetivo é sinalizar o seguimento do caso, garantindo o acolhimento e a prestação de cuidados necessários, além da adoção de medidas terapêuticas adequadas. (Brasil, 2017a).

A omissão das notificações compulsórias das tentativas de suicídio representa um óbice para o diagnóstico da situação e das características dos indivíduos, assim como para que os serviços assistenciais possam atender a essas demandas (Bertolote, Mello-Santos, Botega, 2010).

Os resultados desta pesquisa apontam para que as tentativas de suicídio tenham a digna visibilidade de um problema de saúde pública tão alarmante. Precisamos olhar para os números e validar que o sofrimento psíquico do adolescente pode ter desdobramentos extremos, podendo ceifar uma vida toda pela frente.

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A pesquisa aconteceu em um serviço de saúde específico, não permitindo assim a generalização a outras realidades, principalmente por se tratar de um local de atendimento de emergência referenciado, o que representa uma barreira a mais para procura autônoma de atendimento pela população local.

A principal limitação deste estudo é a ausência de um grupo de comparação que forneça informações sobre a distribuição dos fatores de risco na base populacional. Como esses fatores de risco se comportam na população em geral?

O uso de nomenclaturas imprecisas acerca das tentativas de suicídio representou um importante obstáculo para a obtenção dos dados necessários a esta investigação, haja vista que apenas 28 dos 88 atendimentos estavam registrados como tentativas de suicídio, sendo os demais registros obtidos por busca de intencionalidade nos casos de intoxicações exógenas.

Em meio à coleta dos dados desta pesquisa, a pandemia promovida pelo novo coronavírus no Brasil promoveu uma mudança abrupta de fluxos e normas de circulação e acessos dos profissionais dentro da instituição. O acesso integral aos documentos do recorte temporal selecionado foi prejudicado devido ao arquivo onde os mesmos estavam arquivados ter tido suas atividades restritas por causa da pandemia, ocasionando assim o prejuízo na construção de uma série histórica entre os anos de 2015 a 2020.

Como a maioria dos atendimentos concentraram-se no setor de pronto socorro, houve menos detalhamento dos dados em relação aos prontuários daqueles que permaneceram internados.

Pelo fato de a coleta ter acontecido em dois setores de pronto socorros, ou seja, adulto e infantil, a abordagem dos profissionais e detalhamento dos dados do atendimento foram aparentemente distintas, havendo maior detalhamento de informações naqueles casos atendidos pela equipe pediátrica.

Algumas avaliações psiquiátricas, que aconteceram predominantemente fora do hospital onde a pesquisa ocorreu, tornaram a identificação dos fatores de risco restritos aos dados relatados pelos profissionais não especialistas em saúde mental, assim como o desfecho também não pôde ser acessado.

Apesar de o número de atendimentos acessados ter sido menor do que o planejado inicialmente, os achados desta pesquisa encontraram coerência com diversos estudos já mencionados na discussão deste trabalho.

5.2 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A realização de todas as etapas desta pesquisa mobilizou em mim diversas sensações desde a construção do projeto, passando por todas as etapas de submissão ao comitê de ética, questionamentos e até mesmo algumas indagações acerca do porquê uma enfermeira pediatra estaria interessada em investigar este fenômeno?

Muitas vezes me perguntei se realmente eu seria capaz de chegar até o fim... a cada prontuário que se abria, uma história de vida e de dor se descortinava. Ainda que em alguns documentos os dados fossem escassos, tentei extrair dali alguma expressão dessa dor que levou a decisão de acabar com a vida.

A reprodução dos documentos hospitalares, nos quais em alguns encontrei até meus próprios registros como enfermeira, me fez reviver algumas histórias, sempre muito marcantes, de vidas ainda tão pouco vividas, que perderam o sentido.

Poder compilar todos os dados me fez chegar ao resultado desta investigação e a certeza de poder afirmar que, sim, as tentativas de suicídio são uma realidade e a forma como olhamos para esses eventos no âmbito de pronto socorro precisa urgentemente melhorar.

Quando mencionei que faria esta pesquisa a uma pessoa com quem integro a equipe, ouvi: “Mas temos esse tipo de ocorrência aqui? Só vejo esses adolescentes querendo chamar a atenção...”.

Meu intuito é dar a visibilidade necessária para este problema de saúde tão emergente. Começando pela sensibilização profissional para o assunto, melhoria da abordagem profissional, seguido de incentivo para que as notificações continuem a fazer parte do processo de atendimento e garantia de que os pacientes em sofrimento psíquico tenham a certeza de continuidade do atendimento que ali necessitam e clamam por ajuda.

Não há quem não expresse preocupação pelo tema, desde pares profissionais, colegas e familiares. Todos ávidos por saber como lidar, se houver alguma evidência, apontando os caminhos e condutas mais assertivos a se seguir nestas situações.

Promover a melhoria do atendimento à saúde de forma integral, sobretudo no que se refere aos indicadores de ampliação do acesso a saúde mental, são prioridades dos planos da

Organização Mundial da Saúde e devem fazer parte das prioridades das políticas brasileiras no que concerne à ampliação do acesso.

Neste sentido, os profissionais da saúde precisam ser treinados para se tornarem aptos a validar que os pacientes que procuram atendimento devido à tentativa de suicídio precisam de amparo da rede de saúde de forma comprometida.

O pacto de não suicídio começa com o reconhecimento de necessidade de ajuda por parte do paciente, apoio da família e comunidade, e, por fim, pelo adequado atendimento de saúde, se possível no melhor dos cenários, multidisciplinar.

Por fim, mais evidências científicas precisam ser construídas para o embasamento de políticas públicas comprometidas com as metas da OMS para a redução das taxas de suicídio no Brasil, incluindo pesquisas científicas que também se debruçam acerca dos fatores protetores para o suicídio.

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÕES

- A maioria, 75 (85,2%), das tentativas de suicídio aconteceu em dias úteis da semana após as 15 horas e ao longo do período noturno.
- As admissões foram realizadas em sua maioria no período noturno, em média seis horas após a tentativa de suicídio ser verificada.
- Os adolescentes de 17, 18 e 19 anos de idade representaram 48% (42) da população estudada, sendo a média geral de idade 16,4 anos.
- Quanto ao sexo, 77 (83%) foram do sexo feminino, 72 (81,8%) de cor da pele branca, 87 (99%) eram solteiros, e 70 (92%) estudantes.
- As tentativas de suicídio aconteceram em sua maioria dentro do próprio domicílio, 73 (83%). Dos atendidos, 77 (87,5%) moravam com seus familiares, sendo esses os acompanhantes principais na admissão, 56 (64%).
- Quanto ao destino dado ao adolescente, 43 (48,9%) receberam alta hospitalar, 16 (18,2%) permaneceram internados e 20 (22,7%) foram transferidos para outro serviço.
- O tempo médio de hospitalização geral encontrado foi de 39,79 horas.
- Quanto às condições neurológicas na admissão, a Escala de Coma de Glasgow pontuou 14,25 em média.
- As demais condições clínicas gerais na admissão foram: 48 (54,50%) registros de sonolência; náuseas e vômitos em 25 (28,4%); confusão mental em 21 (23,8%); choro intenso em 20 (22,7%); agitação psicomotora em 16 (18%); epigastria em 15 (17%); cefaleia em 8 (9%); e sangramentos em 7 (7,9%) dos registros.
- Alterações de sinais vitais foram registradas em 10 (11,36%) dos atendimentos.
- As intervenções como medidas de restabelecimento da vida mais realizadas foram a sondagem gástrica em 31 (35,2%) casos, seguida da lavagem gástrica em 30 (34,1%), hidratação intravenosa em 30 (34%), e carvão ativado em 21 (23,9%) casos.
- Exames laboratoriais foram realizados em 43 (49%) dos atendimentos, e o eletrocardiograma em 51 (62,5%).

- Os fatores de risco identificados com maior frequência foram agravos psiquiátricos em 36 (40,9%), conflitos familiares em 34 (38,6%), tentativa de suicídio anterior em 34 (38,6%), automutilação em 22 (25%), e conflitos amorosos em 18 (8%) casos.
- Os adolescentes de menor idade reportaram estar vivendo em meio a conflitos familiares nos quais os pais eram separados ($p < 0,001$).
- Para os adolescentes mais velhos, houve associação a maior abuso de álcool e drogas ($p < 0,001$).
- Os adolescentes mais jovens reportaram já ter vivenciado comportamento suicida de alguém próximo ($p < 0,001$).
- A homossexualidade reportada pelos meninos correspondeu à significância no que se refere a esta questão enquanto fator de risco para suicídio para este gênero ($p < 0,001$).
- Após a avaliação psiquiátrica e realização do diagnóstico, verificou-se que metade dos atendimentos era acometida por algum agravo psiquiátrico.
- Os meios mais utilizados para as tentativas de suicídio foram a intoxicação medicamentosa, 74 (84,1%), seguido do envenenamento por pesticida, 8 (9,1%).
- Os medicamentos antidepressivos foram os mais utilizados para as intoxicações, os quais eram em sua maioria pertencentes aos próprios adolescentes ($p < 0,001$).
- Os meios de atentado contra a vida mais violentos (ferimento por arma branca e precipitação) foram realizados somente pelos adolescentes do sexo masculino ($p = 0,027$), assim como a intoxicação alcoólica ($p = 0,033$).
- O sofrimento por *bullying* foi relatado em 7 (7,9%) dos atendimentos, havendo correlação com os adolescentes mais jovens ($p < 0,001$).
- Para 58 (65,9%) atendimentos, foi indicada avaliação psiquiátrica.
- Para aqueles sem antecedente de doença psiquiátrica que foram avaliados por psiquiatra ($n = 33$), 8 (24,2%) tiveram indicação de medicamentos além do acompanhamento regular de psiquiatria, e para 15 (45,5%) houve indicação de psicoterapia.

- O centro de controle de intoxicações foi notificado em 31 (35,2%) dos atendimentos.
- O serviço social foi acionado para atendimento da família em 31 (35,2%) casos.
- O CID X 60 a 84 foi usado para classificar 28 (30,7%) dos registros, sendo o restante categorizado como intoxicação exógena pelo CID T50 a 65.9
- As notificações compulsórias para tentativa de suicídio foram realizadas em 23 (26,1%) dos atendimentos, havendo predomínio das mesmas no ano de 2019 e 2020.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abasse MLF, Oliveira RC, Silva TC, Souza ER. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2009 [cited 2020 Oct 19];14(2):407-416. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200010&lng=en. DOI: 10.1590/S1413-81232009000200010.

Alarcão AC, Dell' Agnolo CM, Vissoci JR; Carvalho ECA, Staton CA, Andrade L, Fontes KB, Pelloso SM, Nievola JC, Carvalho MD. Suicide mortality among youth in southern Brazil: a spatiotemporal evaluation of socioeconomic vulnerability. *Braz. J. Psychiatry*. [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 19]; 42(1):46-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020000100010&lng=en. DOI: 10.1590/1516-4446-2018-0352

Alves MAG, Cadete MMM. Tentativa de suicídio infanto juvenil: lesão da parte ou do todo. *Ciencia e Saude Coletiva*. [internet] 2015. [Cited 2020 oct 19]. 20(1):75-84. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/tentativa-de-suicidio-infantojuvenil-lesao-da-parte-ou-do-todo/14945?id=14945>. DOI: 10.1590/1413-81232014201.22022013

Avanci RC, Pedrão LJ, Costa JML. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2005 [cited 2020 Oct 19];58(5):535-539. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000500007&lng=en. DOI: 10.1590/S0034-71672005000500007.

Azevedo AKS; Dutra EMS. Relação amorosa e tentativa de suicídio na adolescência: uma questão de (des)amor. *Revista da Abordagem Gestáltica*. [Internet]. 2012 [cited 2020 Oct 19];18(1):20-29. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100004&lng=pt&nrm=iso.

Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2010 [cited 2020 Oct 19];32(2): S87-S95. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005&lng=en. DOI: 10.1590/S1516-44462010000600005.

Borgghi CA. Compreendendo a relação de adolescentes, em cuidados paliativos, com o ciberespaço [tese]. São Paulo: , Escola de Enfermagem; 2018 [cited 2020 Oct]. doi:10.11606/T.7.2018.tde-05112018-135705.

Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol. USP.* [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 19];25(3):231-236. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso>. DOI: 10.1590/0103-6564D20140004.

Botega NJ; Marín-León L; Oliveira HB; Barros MBA; Silva VF; Dalgalarrodo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2020 Oct 19];25(12):2632-2638. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200010&lng=en. DOI: 10.1590/S0102-311X2009001200010.

Braga LL, Dell’Aglío DD. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínic.* [Internet] 2013 [cited 2020 Oct 19];6(1):2-14. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100002&lng=pt&nrm=iso>. DOI: 10.4013/ctc.2013.61.01.

Brasil. Ministério Público. Lei nº 8.069. Artigo 13. 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. In: *Diário Oficial da União*. Brasília; 1990. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. *Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes, de saúde mental*. Brasília; 2006a [cited 2018 ago 19]. Available from: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1876 de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. In: *Diário Oficial da União*. Brasília; 2006b. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011a. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional

2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. In: Diário Oficial da União, Brasília, 2011a. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html

Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011b. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Diário Oficial da União, Brasília, 2011b. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. In: Diário Oficial da União. Brasília; 2013. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. In: Diário Oficial da União. Brasília DF, 2014. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

Brasil. Ministério da Saúde. Aliança com Centro de Valorização da Vida. Brasil, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/acordo-do-ministerio-da-saude-com-cvv-garantira-ligacoes-gratuitas-ao-servico>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Brasília, 2016. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020. Brasília; 2017a. Available from: https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília, 2017b. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.479, DE 18 DE Dezembro de 2017c. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. In: Diário Oficial da União. Brasília DF. 18 de dezembro de 2017c. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479_22_12_2017.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília, 2018. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Suicídio. Saber agir e prevenir. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Brasília, 2019a. Available from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. Brasília, 2019b. Available from: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/17/2019-014-Publicacao-02-07.pdf>

Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. O Suicídio e automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida. Brasília, 2019c. Available from: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2019/01/20190104-Manual-de-estudos-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-do-Suicidio-MDHMC.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n 13.819 de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. In: Diário Oficial da União. Brasília, 2019d.

Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>

Brasil. Ministério da Saúde Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. In: Diário Oficial da União. Brasília, 2020. Available from <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.225-de-5-de-fevereiro-de-2020-241828598>.

Carballo, JJ, Llorente, C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas, A, Purper-Ouakil,D, et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 19];29(6):759-776. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30684089/>. DOI: 10.1007/s00787-018-01270-9.

Carbone JT, Holzer JK, Vaughn MG. Child and Adolescent suicidal ideation and suicide attempts: evidence from the healthcare cost and utilization Project. *Pediatr*. [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct19]; 206:225-231. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30413313/>. DOI: 10.1016/j.jpeds.2018.10.017.

Cassorla RMS, Smeke ELM. Autodestruição humana. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 1994 [cited 2020 Oct 19];10(1):61-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500005&lng=en. DOI: [10.1590/S0102-311X1994000500005](https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500005).

Cedaro, JJ; Nascimento, JPG. Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicol. USP*. [Internet]. 2013 [cited 2020 Oct 19];2(24):203-223. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642013000200002&lng=en&nrm=iso. DOI: [10.1590/S0103-65642013000200002](https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200002).

Deslandes, SF. O atendimento as vítimas de violências na emergência: prevenção numa hora dessas? *Ciências e Saúde Coletiva*. [Internet]. 1999 [cited 2020 Oct 19]; (4):81-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100007&lng=en. DOI: [10.1590/S1413-81231999000100007](https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000100007).

Figueiredo AEB, Silva RM, Vieira LJES, Mangas RMN, Sousa GS, Freitas JS, et al. É possível superar ideias e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 19]; 20(6):1711-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601711&lng=en. DOI:10.1590/1413-81232015206.02102015.

Freitas APA, Borges LM. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estudos de Psicologia*, [Internet].2017[cited 2020 Oct 19];22(1): 50-60.

Fukumitsu KO. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicol.* [online]. 2014 [cited 2020 Oct 19]; 25(3): 270-275.

Gentil L, Huynh C, Grenier G, Fleury MJ. Predictors of emergency department visits for suicidal ideation and suicide attempt. *Psychiatry Research*, [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 19]; (285):112805. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178119320049> DOI: [10.1016/j.psychres.2020.112805](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112805)

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.* [Internet]. 2003 [cited 2020 Oct 19]; 42(4):386-405. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12649626/> DOI: 10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF. PMID: 12649626.

Guedes DMB. A experiência de profissionais de saúde frente à tentativa de suicídio em crianças e adolescentes. Tese (Doutorado) – [Internet] São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2020.

Holliday C, Vandermause R. Teen Experiences Following a Suicide Attempt [Archives of Psychiatric Nursing](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.02.001). [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 19];(29)3:168-173. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26001716/>. DOI: 10.1016/j.apnu.2015.02.001.

Jaen-Varas D, Mari J, Asevedo E, Borschmann R, Diniz E, Ziebold C, et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Braz. J. Psychiatry.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct

19];41(5):389-395. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462019000500389&lng=en. DOI: [10.1590/1516-4446-2018-0223](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223).

Jans T, Vloet TD, Taneli Y, Warnke A. Suicídio y conducta autolesiva. In: Rey JM (ed.). Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría Del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines, 2017.

Kennebeck S, Bonin L. Suicidal behavior in children and adolescents: Epidemiology and risk factors. In D. Brent (Ed.) UpToDate 2017. [cited 2020 set 29]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-behavior-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-risk-factors>

Kim,SH, Kim,HJ, Oh,SH, Cha, K. Analysis of attempted suicide episodes presenting to the emergency department: comparison of Young, middle aged and older people. International Journal of Mental Health Systems. [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 19];(14:46). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7310195/> DOI: [10.1186/s13033-020-00378-3](https://doi.org/10.1186/s13033-020-00378-3)

Kreuz G, Antoniassi RPN. Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio. Psicologia em Estudo (25): 424-27. [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 19];25:e42427. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722020000100214&lng=en&nrm=iso DOI: [10.4025/psicoestud.v25i0.42427](https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.42427).

Lee J, Bang,YS, Min,S, Ahn JS, Kim,Hyun, Cha,YS, et al. Characteristics of adolescent who visit the emergency department following suicide attempts: comparison study between adolescents and adults. BMC Psychiatry [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 19]; (19):231. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2213-5> DOI: [10.1186/s12888-019-2213-5](https://doi.org/10.1186/s12888-019-2213-5)

Macente LB, Zandonade E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). J Bras Psiquiatr. [Internet]. 2011 [cited 2020 Oct 19];60(3):151-157. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300001&lng=en. DOI:[10.1590/S0047-20852011000300001](https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000300001).

Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr.* [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 19];64(1):45-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000100045&lng=en. DOI:10.1590/0047-2085000000056.

Magnani RM, Staudt ACP. Estilos parentais e suicídio na adolescência: uma reflexão acerca dos fatores de proteção. *Pensando famílias.* [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 19]; (22):75-86. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000100007&lng=pt&nrm=iso>.

Mazzaia, MC. Needs in mental health and research. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 19]; (5):2077-8. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/0034-7167-reben-71-s5-2077.pdf>. DOI: [10.1590/0034-7167-2018-0363](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0363)

McCluskey CK, Allareddy V, Rampa S, Rotta AT. Characterization of Suicide on deliberate self-harm among children in the United States. *Clinical Pediatrics,* [Internet]. 2019.[cited 2020 Oct 19];58(1):66-72. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0009922818806313> DOI: [10.1177/0009922818806313](https://doi.org/10.1177/0009922818806313)

Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública.* 2004;38(6):804-810.

Minayo MCS. Suicídio: violência auto infligida. In: Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros.* Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 205-239.

Minayo MCS, Meneghel SN, Cavalcante FG. Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet]. 2012.[cited 2020 Oct 19];10(17):2665-2674, Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/16.pdf> DOI:[10.1590/S1413-81232012001000016](https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000016).

Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *The American Journal of Psychiatry.* [Internet]. 2001.[cited 2020 Oct 19];(158):1783-1793. Available from:

<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>

DOI:

[10.1176/appi.ajp.158.11.1783](https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.158.11.1783)

Moreira LCO, Bastos PRHO. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicol. Esc. Educ.* [Internet]. 2015.[cited 2020 Oct 19];(19):3.445-453. Available from:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572015000300445 DOI:

[10.1590/2175-3539/2015/0193857](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572015000300445)

Organização Mundial da Saúde. Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

Organização Mundial da Saúde. Organizadores. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão (CID 10). Organização Mundial da Saúde (OMS), 1995.

Organização Mundial da Saúde. Public Health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva, 2012. [cited 2020 Set 29]. Available from:

https://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/

Organização Mundial da Saúde. Mental health action plan 2013 – 2020. Geneva, 2013. [cited 2020 Set 29]. Available from:

https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

Organização Mundial da Saúde. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, 2014 [cited 2020 Set 29]. Available from:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf

Organização Mundial da Saúde. Estimativas de suicídio ano 2016. Geneva, 2016. [cited 2020 Set 29]. Available from: <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>

Organização Mundial da Saúde. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation. Geneva, 2017. [cited 2020 Set 29]. Available from:

Available from:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/

Organização Mundial da Saúde. Mental Health Gap Action Program (mhGAP) FORUM 11-12 October 2018. Geneva, 2018. [cited 2020 Set 29]. Available from: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/eb-2017-102750.full_.pdf

Organização Pan Americana de Saúde. Folha informativa-Suicídio. 2018. [cited 2020 Set 29]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839.

Organização Pan-americana da Saúde. The Health of Adolescents and Youth in the Americas: Implementation of the Regional Strategy and Plan of Action on Adolescent and Youth Health 2010-2018.2019 [cited 2020 Set 29]. Available from: <https://www.paho.org/adolescent-health-report-2018/>

Pessoa DMS, Freitas RJM, Melo JAL, Barreto FA, Oliveira e Melo KC, Dias ECS. Assistência de enfermagem na atenção primária à saúde de adolescentes com ideações suicidas Rev. min. Enferm. [Internet] 2020 [cited 2020 Set 29];(24):1290.2020. Available from: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1436> DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200019>

Peng Z, Klomek AB, Li L. et al. Associations between Chinese adolescents subjected to traditional and cyber bullying and suicidal ideation, self-harm and suicide attempts. *BMC Psychiatry*.2019; 19 (324).

Piaget, J. Da lógica da criança à lógica do adolescente. São Paulo: Pioneira, 1976.

Pires MCC; Raposo MCF; Sougey EB; Filho OCB; Silva, TS; Passos, MP. Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle. *J Bras Psiquiatria*. [Internet] 2015 [cited 2020 Set 29];(64(3); 193-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000300193&lng=en. DOI: 10.1590/0047-2085000000078.

Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry*. [Internet] 2003 [cited 2020 Set 29];(160): 765-72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12668367/> DOI: 10.1176/appi.ajp.160.4.765.

Rosa NM, Dell Agnolo CM, Oliveira RR, Mathias TAF, Oliveira MLF. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré hospitalar. *J Bras Psiquiatr*. [Internet] 2016 [cited 2020 Set 29];65(3):231-8. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852016000300231&script=sci_abstract&tlng=pt. DOI: [10.1590/0047-2085000000129](https://doi.org/10.1590/0047-2085000000129).

Santos AS, Legay LF, Aguiar FP, Lovisi GM, Abelha L, Oliveira SP. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cadernos de Saúde Pública*. [Internet] 2014 [cited 2020 Set 29];30(5), 1057-1066. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852016000300231&script=sci_abstract&tlng=pt DOI: [10.1590/0047-2085000000129](https://doi.org/10.1590/0047-2085000000129)

Silva L, Afonso BQ, Santor MR, Baliza MF, Rossato LM, Szyllit R. Care for families after suicide loss: nursing academic experiences. *Rev. Bras Enferm*. [Internet] 2018 [cited 2020 Set 29];71(5):2206-12. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102206 DOI: [10.1590/0034-7167-2017-0445](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0445)

Silva L. Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global. *Acta paul. enferm*. [Internet] 2019 [cited 2020 Set 29];32(3) III-IVI. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000300001 DOI: [10.1590/1982-0194201900033](https://doi.org/10.1590/1982-0194201900033)

Simões R, Santos JC, Martinho MJ. As representações sociais do suicídio em adolescentes: Scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto*. [Internet] 2020 [cited 2020 Set 29];(23):54-62. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602020000100008&lng=pt. DOI: 10.19131/rpesm.0273.

Stewart JG, Esposito EC, Glenn CR, et al. Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *J Psychiatr Res*. [Internet] 2017 [cited 2019 Set 29];

(84):105-112. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27716512/>
DOI: [10.1016/j.jpsychires.2016.09.031](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.031)

Teixeira-Filho FS, Rondini CA. Ideações e Tentativas de Suicídio em Adolescentes com Práticas Sexuais Hetero e Homoeróticas. *Saúde Soc.* [Internet] 2012 [cited 2017 Set 29]; (21):3;651-667. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000300011&script=sci_abstract&tlng=pt DOI: 10.1590/S0104-12902012000300011.

Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* [Internet] 2010 [cited 2017 Set 29];117(2):575-600. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20438238/> DOI: [10.1037/a0018697](https://doi.org/10.1037/a0018697)

Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos de Saúde Coletiva.* [Internet] 2013 [cited 2017 Set 29];21(2):108-14. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2013000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt DOI: 10.1590/S1414-462X2013000200002.

Vieira D L, Ribeiro M, Romano M, Laranjeira R. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. *Rev. Saúde Pública.* [Internet] 2007 [cited 2017 Set 29];41(3):396-403. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5705.pdf>

Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2014. Rio de Janeiro; Flacso Brasil; 2014 [cited 2018 Set 29]. Available from: http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2014_jovens.php

Werlang BSG, Borges VR, Fensterseifer L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia.* [Internet] 2005 [cited 2018 Set 29];39(2): 259-266.2005. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28439210.pdf>

Werneck, GL, Hasselmann, MH, Phebo, LB, Vieira, DE, Gomes, VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* [Internet] 2006 [cited 2017 Set 29];22(10):2201-2206. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000026
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000026>

APENDICE

APENDICE

APENDICE A

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Ilmo(a) Sr.(a) Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP

Eu, Lisabelle Mariano Rossato, pesquisadora responsável pelo projeto intitulado: “Tentativas de Suicídio em crianças e adolescentes: estudo retrospectivo” cujo objetivo é identificar os pacientes com tentativa de suicídio e verificar os registros de prontuário relativos ao atendimento desses pacientes nos Pronto Socorros Infantil e Adulto do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, esclareço que a pesquisa não implicará quaisquer riscos ou danos aos pacientes, sejam biológicos, éticos ou morais, uma vez que os dados serão obtidos de busca em prontuário.

Desse modo, justifico a ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, reiterando que não haverá a abordagem aos pacientes ou aos trabalhadores, mas sim a análise dos prontuários sobre tentativas de suicídio de adolescentes.

Os dados e resultados obtidos serão confidenciais e sigilosos, estando sob minha responsabilidade, sendo utilizados para a realização do presente estudo, podendo o resultado ser apresentado em eventos e publicações de caráter científico.

Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa no endereço eletrônico: rossato@usp.br e no telefone (11)3061-7612.

São Paulo, ____ de _____ de 2019.

Lisabelle Mariano Rossato

APÊNDICE B

- 1) Data da admissão _____/_____/_____ Hora _____
- 2) Dia e horário da tentativa _____/_____/_____ Hora: _____ Local _____
- 3) Matrícula _____
- 4) Idade _____
- 5) Gênero () Masculino () Feminino
- 6) Cor () Branca () Preta () Parda () Amarelo () Indígena () _____
- 7) Estado civil () solteiro () namorando () casado () amasiado () outro _____
- 8) Renda Familiar _____
- 9) Moradia _____
- 10) Profissão dos pais _____
- 11) Trabalha () SIM () NÃO Como _____
- 12) Religião _____
- 13) Escolaridade _____
- 14) Data da transferência _____
- 15) Avaliação psiquiátrica () SIM () NÃO
- 16) Data da alta hospitalar _____
- 17) Internações anteriores _____
- 18) Tentativa anterior relatada () SIM () NÃO
- 19) Fatores de risco
 - () tentativa anterior () Auto mutilação () Bullying () Abuso físico
 - () Abuso psicológico () Abuso sexual () Homossexualismo () Transtorno psiquiátrico
 - () Dependência de drogas _____
- 20) Meio utilizado para a tentativa de suicídio
 - () Intoxicação exógena medicamento () enforcamento () automutilação () álcool
 - () veneno () outra _____
- 21) Procedimentos realizados
 - () lavagem gástrica
 - () curativos
 - () antídotos
 - () outros
- 22) Avaliação da assistência social () SIM () NÃO _____
- 23) Comorbidades _____
- 24) Acompanhamento _____ psiquiátrico/psicológico _____ prévio
- 25) Prescrição médica _____
- 26) Notificação compulsória () SIM () NÃO
- 27) CID de classificação _____

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1



27

CARTA DE ANUÊNCIA DA ÁREA ENVOLVIDA NO ESTUDO

São Paulo, 26 de novembro de 2018.

Prezados Senhores,

O Projeto de Pesquisa "**TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ESTUDO RETROSPECTIVO**", a ser realizado nas dependências do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP), tendo como pesquisadora responsável a **Profa. Dra. Lisabelle Mariano Rossato**, foi considerado exequível pela **Divisão de Enfermagem Pediátrica**, após confirmar que não haverá prejuízos na rotina do serviço, nem na realização de exames complementares e outros procedimentos que possam ocorrer. Aluna: Vanessa Dias Fogaça.

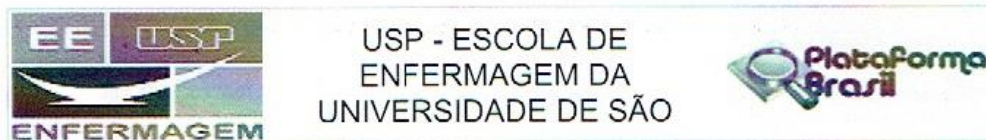
Declaro que esta Chefia e o responsável pelo projeto têm conhecimento dos procedimentos da Universidade de São Paulo no que se refere a excelência científica exigida, às características da revisão anônima por pares e aos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que este documento se refere à anuência dada pela área para a possível realização do estudo, **o que não autoriza o início da pesquisa**, devendo o pesquisador aguardar a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP, para tanto.

Atenciosamente,

Enfa. Nanci Cristiano Santos
Chefe Técnico de Divisão
Divisão de Enfermagem Pediátrica
Departamento de Enfermagem do HU-USP
Nº USP 1334828 COREN SP 38.127

ANEXO 2

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ESTUDO RETROSPECTIVO

Pesquisador: Lisabelle Mariano Rossato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 98373518.8.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.081.170

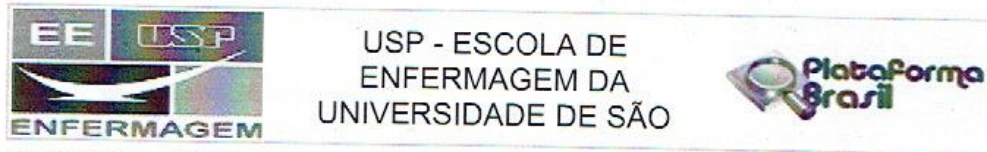
Apresentação do Projeto:

Diante da escassez de estudos que se dedicam a explorar a ocorrência de tentativas de suicídio de crianças e adolescentes atendidos em pronto socorro geral e pediátrico faz-se necessária a realização deste trabalho que tem como pergunta norteadora: "Qual a incidência de tentativas de suicídio em crianças e adolescentes em pronto-socorro infantil e adulto?". Pretende-se realizar um estudo de natureza quantitativa, do tipo retrospectivo descritivo exploratório. Serão coletados dados de prontuários de crianças e adolescentes com idades até 19 anos atendidos no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo com relato de tentativa de suicídio. Serão solicitados ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) todos os prontuários de atendimentos de crianças e adolescentes atendidos entre os anos de 2014 e 2018 que tenham sido classificados pelos CID X60 ao X84 e T36 ao T78. Os prontuários serão lidos e, se verificado que o motivo de atendimento foi "tentativa de suicídio", "intoxicação exógena" e "ideação suicida", os prontuários serão selecionados para coleta. Os dados coletados dos prontuários serão armazenados e analisados em Microsoft SPSS versão 22.0. As variáveis contínuas serão analisadas com estatística descritiva e as categóricas por meio de frequência absoluta e relativa. Serão aplicados testes estatísticos aos resultados do estudo, com objetivo de sumarizar as informações referentes aos dados obtidos.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as tentativas de suicídio em crianças e adolescentes e verificar os registros dos

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 3.081.170

profissionais para identificação de tentativa de suicídio em crianças e adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, a "pesquisa pode não trazer benefícios diretos e imediatos, mas ajudará os profissionais de saúde a entender melhor como se dá o processo de tentativas de suicídio de crianças e adolescentes, visando futuramente um melhor atendimento". Esclarece que, como em toda pesquisa com documentos, há a possibilidade de perda ou dano de prontuário, não oferecendo quaisquer riscos ou danos aos pacientes, sejam biológicos, éticos ou morais, uma vez que os dados serão obtidos de busca em prontuário e, desse modo, justifica a "ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa traz elementos importantes para o debate sobre o aumento das tentativas de suicídio e do próprio suicídio, em especial, na faixa etária pretendida por ela, ou seja, até os 19 anos. É pesquisa relevante que pode fazer um aprofundamento de análises sobre os motivadores das tentativas de suicídio e do próprio suicídio, conforme pretende a pesquisadora. Embora seja feita por meio de análise de prontuários, a pesquisadora incluiu, nesta ocasião, a possibilidade de perda desse documento como um risco possível no desenvolvimento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Traz folha de rosto devidamente assinada, que inclui o aceite com assinatura da responsável pela instituição proponente (EE-USP); acrescentou termo de anuência dos responsáveis pelo HU-USP (coparticipante) para uso de seus prontuários, conforme deveria ser previsto; solicita e justifica ausência do TCLE em razão de a pesquisa ser feita, exclusivamente, a partir de dados de prontuários de pacientes do HU-USP; o cronograma, com orçamento bancado pela própria pesquisadora está devidamente preenchido e modificado a partir de novo prazo para coleta de dados. Apresenta Termo de Compromisso da Pesquisadora solicitando e justificando a ausência do TCLE devidamente assinado

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Acatou os pedidos de alteração solicitados pelo CEP: ajustou a avaliação de riscos da pesquisa, incluindo a possibilidade de perda ou dano ao prontuário; apresentou termo de aceite da pesquisa pela instituição coparticipante (HU-USP), devidamente assinada; esclareceu o número estimado de prontuários a ser pesquisados (em torno de trezentos, podendo ser mais ou menos) e assinou o

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepees@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.081.170

Termo de Compromisso justificando a ausência de TCLE. Não existem mais pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1216434.pdf	27/11/2018 16:25:14		Aceito
Outros	CARTAPARECERISTA.docx	27/11/2018 15:52:23	Lisabelle Mariano Rossato	Aceito
Declaração do Patrocinador	CARTADEANUENCIAHU.docx	27/11/2018 15:34:57	Lisabelle Mariano Rossato	Aceito
Outros	termodecompromissodopesquisadorAssinado.docx	27/11/2018 15:19:05	Lisabelle Mariano Rossato	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAVanessaAPOSCEP.docx	27/11/2018 15:16:57	Lisabelle Mariano Rossato	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetosuicidiofinalplataforma27novAPOSCEP2019.docx	27/11/2018 15:15:59	Lisabelle Mariano Rossato	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinadadiretora.pdf	12/09/2018 12:07:58	Lisabelle Mariano Rossato	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Carqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8658 E-mail: cepec@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.081.170

SAO PAULO, 13 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Rita de Cassia Burgos de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ANEXO 3



USP - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ESTUDO RETROSPECTIVO

Pesquisador: Lisabelle Mariano Rossato

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98373518.8.3001.0076

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.201.072

Apresentação do Projeto:

Trata-se de dissertação de Mestrado de Vanessa Dias Fogaça, enfermeira do Pronto Socorro Infantil do HU-USP. Realizará estudo retrospectivo, com análise em prontuários de crianças e adolescentes de 10 a 19 anos, que foram atendidos no Pronto Socorro Infantil e Adulto da instituição, no período de 2014 a 2018, com para verificar a incidência de tentativa de suicídio nessa população. De acordo com a experiência clínica da pesquisadora a ocorrência de atendimentos por tentativa de suicídio neste serviço ocorre com frequência estimada em uma média de 5 a 7 atendimentos por mês, sendo assim o número total de prontuários incluídos no estudo deve ser estimado entre 240-336 casos no período do estudo. Serão avaliados prontuários no SAME, cujos CID 10 sejam do X60 ao X84, que correspondem a lesões autoprovocadas intencionalmente (tentativa de suicídio ou qualquer outro agravo que sugira tentativa de suicídio e não esteja diretamente descrito como, por exemplo, intoxicação exógena, trauma autoprovocado, entre outras); sequela de lesões autoprovocadas intencionalmente, Y 87.0; envenenamentos T36 ao T78 e intoxicação exógena de intenção indeterminada Y10 ao Y19. Serão também consultados a a planilha de encaminhamentos externos dos pacientes para os quais foi solicitada avaliação psiquiátrica e as solicitações ao Serviço Social. Os dados serão tratados quantitativamente.

Objetivo da Pesquisa:

-Identificar as tentativas de suicídio em crianças e adolescentes;

Endereço: Av. Profª Lineu Prestes, 2565

Bairro: Cidade Universitária

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-9457

CEP: 05.508-000

E-mail: cep@hu.usp.br



USP - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.201.072

-Verificar os registros dos profissionais para identificação de tentativa de suicídio em crianças e adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa pode não trazer benefícios diretos e imediatos, mas ajudará os profissionais de saúde a entender melhor como se dá o processo de tentativas de suicídio de crianças e adolescentes, visando futuramente um melhor atendimento.

A pesquisa não implicará quaisquer riscos ou danos aos pacientes, sejam biológicos, éticos ou morais, uma vez que os dados serão obtidos por busca em prontuário, no entanto existem os riscos envolvidos no manuseio dos prontuários como perda de documentos e a garantia do anonimato dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, com metodologia adequada. Foi aprovada pelo CEP da Escola de Enfermagem da USP, após devidas alterações solicitadas pelo mesmo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Justifica a ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, reiterando que não haverá a abordagem aos pacientes ou aos trabalhadores, mas sim a análise dos prontuários sobre tentativas de suicídio de crianças e adolescentes. O pesquisador apresenta um termo de compromisso assinado, garantindo o sigilo e confidencialidade.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi apresentado e aprovado na reunião de hoje. Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios parciais e final, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inciso XI.2, letra "d".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	AnuenciaRespLegal_Pesq_Lisabelle.pdf	19/02/2019 17:13:37	Wilma Monteiro Frésca	Aceito

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-9457

E-mail: cep@hu.usp.br