

Os desafios no cuidado hospitalar ao adolescente em crise suicida

Challenges in hospital care for adolescents in suicidal crisis

Los retos de la atención hospitalaria a adolescentes en crisis suicida

 Tainá Silva Rodrigues¹,  Ana Marla Moreira Lima²,  Vilma Valéria Dias Couto³

Recebido: 10/02/2025 Aceito: 18/03/2025 Publicado: 07/06/2025

Resumo:

Objetivo: relatar o caso de um adolescente hospitalizado devido a grave tentativa de suicídio e os desafios do atendimento psicológico. **Método:** relato de caso, de delineamento descritivo, caráter narrativo e reflexivo, a partir da prática de uma residente multiprofissional com formação em psicologia. Os registros dos atendimentos no prontuário do paciente foram analisados considerando o segundo trimestre de 2023, e discutidos com base na produção sobre o tema. **Resultados:** foram realizados 60 atendimentos entre família e paciente, que tinha 11 anos, hospitalizado por três meses, após ter ateado fogo ao próprio corpo. Os desafios no cuidado e atuação da psicologia foram estruturados em quatro categorias: *Avaliação da intencionalidade e da motivação do ato; Dor física x dor psíquica; Avaliação de risco de suicídio; e Alta hospitalar e articulação com a rede de saúde*. **Conclusão:** o adolescente em crise suicida demanda cuidados complexos. É necessário atender os familiares para acolher, orientar e coletar informações para entender o caso e planejar o cuidado. A articulação com a Rede de Atenção Psicossocial para a alta responsável e a capacitação dos profissionais para atender às especificidades do suicídio na adolescência são imprescindíveis.

Palavras-chave: Adolescente; Tentativa de suicídio; Saúde mental.

Abstract:

Objective: to report the case of an adolescent hospitalized due to a serious suicide attempt and the challenges of psychological care. **Methods:** case report, with a descriptive design, narrative and reflective character, based on the practice of a multidisciplinary resident with a degree in psychology. The records of care in the patient's medical records were analyzed considering the second quarter of 2023, and discussed based on the production on the subject. **Results:** 60 consultations were carried out between the family and the patient, who was 11 years old, hospitalized for three months, after setting himself on fire. The challenges in the care and performance of psychology were structured into four categories: *Assessment of the intentionality and motivation of the act; Physical pain vs. psychological pain; Assessment of suicide risk; and Hospital discharge and articulation with the health network*. **Conclusion:** the adolescent in suicidal crisis requires complex care. It is necessary to assist the family members to welcome, guide and collect information to understand the case and plan care. The coordination with the Psychosocial Care Network for responsible discharge and the training of professionals to address the specificities of suicide in adolescence are essential.

Keywords: Adolescent; Suicide, Attempted; Mental health.

Resumen:

Objetivo: relatar el caso de un adolescente hospitalizado debido a un grave intento de suicidio y los retos de la atención psicológica. **Método:** relato de un caso, de diseño descriptivo, carácter narrativo y reflexivo, a partir de la práctica de una residente multiprofesional con formación en psicología. Se analizaron los registros de las consultas en el historial del paciente correspondientes al segundo trimestre de 2023 y se discutieron a partir de la bibliografía sobre el tema. **Resultados:** se realizaron 60 consultas entre la familia y el paciente, de 11 años, hospitalizado durante tres meses tras prenderse fuego. Los retos en la atención y la actuación de la psicología se estructuraron en cuatro categorías: *Evaluación de la intencionalidad y la motivación del acto; Dolor físico frente a dolor psíquico; Evaluación del riesgo de suicidio; y Alta hospitalaria y coordinación con la red de salud*. **Conclusión:** el adolescente en crisis suicida requiere cuidados complejos. Es necesario atender a los familiares para acogerlo, orientarlo y recabar información para comprender el caso y planificar los cuidados. Es imprescindible la coordinación con la Red de Atención Psicosocial para el alta responsable y la formación de los profesionales para atender las especificidades del suicidio en la adolescencia.

Palabras clave: Adolescente; Intento de suicidio; Salud mental.

Autor Correspondente: Tainá Silva Rodrigues – t-ina55@hotmail.com

1. Psicóloga. Uberaba/MG, Brasil

2. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba/MG, Brasil

3. Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba/MG, Brasil

INTRODUÇÃO

O suicídio é um importante problema de saúde pública, um fenômeno complexo e multicausal, de impacto individual e coletivo, que pode afetar indivíduos de diferentes idades. No Brasil, de 2010 a 2021, o suicídio representou a 11^a causa de morte entre crianças e adolescentes de 05 a 14 anos, e a terceira entre adolescentes de 15 a 19 anos¹. Observa-se, então, o aumento de risco de suicídio ao longo da adolescência.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a adolescência compreende o período entre os 10 aos 19 anos, sendo dividida em pré-adolescência (10 a 14 anos) e adolescência (15 aos 19 anos). É uma fase do desenvolvimento humano que envolve diversas mudanças físicas, psicológicas e sociais que podem gerar estressores desenvolvimentais². As situações de estresse agudo podem contribuir para que atitudes impulsivas apareçam com maior frequência, o que favorece o aumento de pensamentos e comportamentos suicidas³.

O comportamento suicida engloba ideação, planejamento e tentativa de autoextermínio. A ideação suicida contempla pensamentos sobre tirar a própria vida ou sobre estar morto(a). O planejamento é quando se constrói um plano para concretizar o suicídio. A tentativa de suicídio (TS) é qualquer ato suicida não fatal. O suicídio é um ato intencional, iniciado e concluído por alguém que deseja provocar a própria morte escolhendo um método que considera letal. É um fenômeno multifatorial em que é preciso considerar, além de fatores biopsicossociais, a dimensão histórica, socioambiental, cultural e econômica do sujeito⁴.

No Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Brasil, entre os anos de 2012 e 2021, foram registrados 6,90% de óbitos na faixa etária de 15 a 19 anos e 3,41% na faixa de 10 a 14 anos de idade decorrentes de lesão autoprovocada voluntariamente¹. Os números reais do comportamento suicida são subestimados. A subnotificação envolve a dificuldade em distinguir suicídios de acidentes e o registro incorreto, seja por negação da família ou por descrição vaga da ocorrência⁴.

Os meios escolhidos apresentam predomínio de intoxicação exógena (67,1%), seguido de objetos cortantes (17,9%) e enforcamentos (6,6%). Entre o sexo masculino, as taxas de suicídio são maiores e os meios utilizados potencialmente mais letais, tais como enforcamento e arma de fogo. Já entre o sexo feminino, registram-se mais notificações por lesão autoprovocada¹.

Após a TS, comumente, o adolescente é referenciado para algum serviço de urgência e emergência. Nesses locais é realizado o atendimento à necessidade clínica/cirúrgica e o acolhimento à demanda emocional. Deve-se, ainda, realizar a avaliação de risco de suicídio, ação que norteará a definição do encaminhamento mais adequado no cuidado ao caso⁵. O cuidado

do psicólogo é fundamental quando se trata de um paciente que tentou suicídio. Esse profissional pode atuar em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Socorro (PS), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), enfermaria geral, dentre outros locais.

No contexto hospitalar, cabe ao psicólogo avaliar e acompanhar as intercorrências psicológicas dos pacientes admitidos quanto ao risco de TS e estar atento à necessidade de solicitar à equipe médica responsável a avaliação psiquiátrica. De modo geral, a atuação do psicólogo envolve acolhimento, escuta, atendimento, orientações e encaminhamento aos serviços da rede de saúde mental. O atendimento do psicólogo se estende também à família, especialmente quando se trata de um paciente em grave estado de saúde, sem condições de abordagem inicial⁶.

Embora adolescentes com comportamento suicida frequentemente sejam acolhidos em unidades de pronto atendimento, e uma parcela deles seja encaminhada para o hospital geral, há poucas publicações discutindo o gerenciamento do cuidado desses casos⁷, especialmente quando a tentativa ocorre em idade precoce.

A relevância deste estudo se justifica na compreensão da singularidade do ato suicida, considerando a idade de ocorrência da tentativa e a escolha de um método de suicídio de maior letalidade e menor prevalência entre adolescentes. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um adolescente hospitalizado devido a grave tentativa de suicídio e os desafios do atendimento psicológico.

MÉTODO

Relato de caso, de delineamento descritivo, caráter narrativo e reflexivo, fruto da prática de uma psicóloga residente de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de uma universidade pública. Para este estudo, foram resgatadas informações advindas dos registros dos atendimentos psicológicos e multiprofissionais contidos no prontuário do paciente durante sua internação em um hospital universitário de Minas Gerais. As informações obtidas foram analisadas e organizadas em categorias e discutidas com base em produções na temática

Os atendimentos psicológicos foram conduzidos pela residente sob supervisão de uma psicóloga preceptora e envolveram as seguintes atividades: entrevista e atendimentos psicológicos utilizando recursos lúdicos e comunicação verbal; escuta ativa e acolhedora visando obter informações, acolher angústias e favorecer a expressão; avaliação contínua de risco de suicídio e do estado mental/emocional; acolhimento, entrevista e orientação aos familiares acompanhantes; comunicações com a equipe de saúde; e execução de condutas orientadas para alta responsável.

Os atendimentos foram realizados entre abril de 2023 e julho de 2023. As informações foram tratadas para que o paciente não fosse identificado, mantendo o sigilo e a confidencialidade. Por se tratar de um relato de caso, foi obtido consentimento do participante e de seu responsável, por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) do responsável, acompanhado da assinatura de um termo de assentimento do adolescente (TALE).

Também foi necessário obter autorização escrita das chefias dos setores do hospital na qual a pesquisa foi realizada. O presente relato de caso foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e aprovado sob parecer do nº 7.357.615 e CAAE 85649124.1.0000.8667.

RESULTADOS

Procedente de um município mineiro do interior, o paciente de 11 anos deu entrada no Pronto Socorro Infantil (PSI) como grande queimado com suspeita de tentativa de autoextermínio, após ter ateado fogo no próprio corpo utilizando substância inflamável. Foi admitido em estado grave, em anasarca, com edema labial importante, sonolento, mas contactante e respirando em ar ambiente. A superfície corpórea queimada (SCQ) foi de 27,1%, e apresentava vias áreas queimadas. Em intubação orotraqueal (IOT) com ventilação mecânica, foi transferido à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Permaneceu intubado por vinte e um dias, e três dias após a extubação, foi solicitada a avaliação psicológica.

Foram realizados 60 atendimentos de psicologia, inicialmente com a família e depois com o adolescentes, após evolução do seu estado de consciência. Durante grande parte dos atendimentos, o paciente se encontrava desacordado e a intervenção psicológica foi realizada com o familiar que o acompanhava no momento, sempre em leito de isolamento. No acompanhamento psicológico durante sua internação, foi observado estado de consciência obnubilado importante decorrente da sedoanalgesia necessária para o tratamento médico.

A família relatou que o adolescente estava brincando como de costume no quintal de casa, quando ouviram seus gritos e perceberam que ele havia ateado fogo no próprio corpo. Em um primeiro momento, a família e a equipe de saúde não conseguiram averiguar se o ato foi acidental ou proposital, devido à dificuldade de comunicação com o paciente e às informações ambíguas que emergiam a respeito do caso.

O núcleo familiar do paciente era composto por sua mãe, viúva, e seus sete irmãos. Seu pai havia falecido há cerca de dois anos e possuía idade avançada, havendo diferença etária significativa entre os genitores. Foi informado, ao longo dos atendimentos realizados com os

familiares, que o paciente havia iniciado tratamento psiquiátrico anterior à internação hospitalar em decorrência do processo de luto pelo falecimento do pai após apresentar crises de choro, falta de ar, dor no peito, humor irritadiço e relatar alucinações visuais e auditivas com presença de conteúdos relacionados à figura do genitor.

Além disso, apresentou comportamentos autolesivos, tais como permitir que os gatos de estimação o arranhasssem e dificultar a cicatrização das feridas; mudança de comportamento quando contrariado, como falas agressivas e tendência ao isolamento até que se acalmasse; e aumento significativo da ingestão de alimentos, com ganho de peso. Ele era frequente à escola, e já havia relatado, em mais de uma ocasião, situações de conflitos com pares, com presença de agressões verbais e físicas. Houve mudança de comportamento na escola, com presença de condutas classificadas como “distraído” e “para chamar a atenção”. Houve procura por atendimento psicológico anterior à internação, porém, até a data da TS, o atendimento não havia se efetivado.

Os atendimentos ao paciente ocorreram em função das diversas variáveis que permeiam o contexto hospitalar, dentre elas a ocorrência de procedimentos de outras categorias profissionais no momento da visita; o estado de consciência do paciente; sua disponibilidade objetiva e subjetiva para o atendimento psicológico; a ocorrência de interrupções no atendimento em virtude da necessidade de cuidados à saúde orgânica, dentre outras condições que interferiram na quantidade e qualidade dos atendimentos psicológicos.

Quando desperto e disposto, o adolescente descreveu a relação com seu genitor como permeada por sentimentos de cuidado, carinho, cumplicidade, alegria e consideração, expressando o quanto a morte desta figura de referência afetiva foi determinante para um sofrimento psíquico intenso. Relatou sonhos vivenciados como agradáveis em que, por vezes, viu a figura do pai.

Espontaneamente, relatou que, após a morte de seu pai, apresentou diversos comportamentos de risco, com intenção suicida, dentre os quais: pular de local elevado, avançar em frente a veículo em movimento, realizar lesão autoprovocada com intenção suicida com objeto cortante e, posteriormente, atear fogo intencionalmente ao próprio corpo utilizando substância inflamável. Também expressou conteúdos que foram compreendidos simbolicamente como referentes ao sofrimento psíquico relacionado ao sentimento de culpa, à circunstância traumática do ato, e aos estressores intrínsecos ao contexto de tratamento, sobretudo a dor durante as trocas de curativos e banhos.

Durante sua estada na UTIP, o paciente apresentou diversas complicações de seu quadro de saúde orgânica, com necessidade de monitorização, ventilação mecânica, terapia medicamentosa, procedimentos e cirurgias vivenciados como invasivos e dolorosos.

Quando seu quadro orgânico não mais necessitava de cuidados intensivos, foi transferido para a enfermaria pediátrica. Em alguns atendimentos, apesar de acordado, ele se apresentava indisposto. Foi percebido também que, à medida que o paciente foi permanecendo mais consciente, quando eram abordadas questões relacionadas à expressão de sentimentos e pensamentos, adotava uma mudança de postura, tornando-se pouco receptivo e menos comunicativo. Foram observados, ainda, embotamento afetivo, humor hipotímico e apatia durante a internação.

Durante os atendimentos foi possível identificar, a partir dos elementos discursivos, percepções distorcidas da realidade, com conteúdo persecutório, as quais não fica claro se podem ser melhor explicadas por efeito de sintomas pós-traumáticos ou por ideias delirantes devido a um transtorno mental prévio. Ele relatou o conteúdo de uma alucinação visual com a presença da figura de seu pai e de uma figura que nomeou “Splinter”. Referiu que via essas figuras desde o falecimento de seu pai, e mencionou que essas lhe ordenaram a colocar fogo em si para que pudesse morrer e estar com o pai novamente. Informou que, nas demais tentativas de autoextermínio, prévias ao episódio com fogo, também ouviu comandos recebidos por meio de alucinações.

Após melhora do quadro orgânico, a equipe médica optou pela transferência para a cidade de origem, aos cuidados de uma instituição hospitalar, dada a complexidade dos curativos que ainda eram necessários. Foram realizadas discussões de caso em equipe; conferências familiares durante a internação, e contato com a rede de saúde que iria receber o adolescente após alta do hospital universitário. O paciente apresentava cicatrizes com tendência hipertrófica e retração cicatricial no pescoço.

Na orientação de alta referente à conduta da especialidade de Psicologia, foi reforçada a necessidade de monitoramento contínuo do adolescente e de seu estado psicoemocional; bem como, de se manter frequente aos acompanhamentos psicológico e psiquiátrico; e a importância de comparecer aos retornos ambulatoriais médicos. Além disso, foi solicitado o contato telefônico dos familiares para acompanhamento do paciente.

O acompanhamento psicológico clínico do paciente estava sendo realizado em sua cidade de origem. Considerando a especificidade da demanda, o cuidado integral à sua saúde no âmbito do acompanhamento hospitalar, a necessidade da adequada contrarreferência e a possibilidade de reinternação na instituição hospitalar de alta complexidade em virtude de

possíveis intercorrências e da necessidade de realização de procedimentos futuros, optou-se por manter o vínculo terapêutico com o paciente e seus familiares após a alta hospitalar. Assim, foi solicitado à família que informasse à psicóloga residente quando o paciente estivesse presente no ambulatório, para que fosse realizada abordagem pela especialidade de psicologia anteriormente à consulta médica.

No seguimento do acompanhamento psicológico, ao longo dos contatos telefônicos e dos encontros durante a espera para as consultas médicas ambulatoriais, foi possível acompanhar a seguinte cronologia relacionada ao atendimento em saúde mental após a alta do hospital de alta complexidade: internação em instituição hospitalar do município de origem e início dos atendimentos psicológicos e psiquiátricos, porém sem vinculação adequada; alta da instituição hospitalar da cidade de origem; retorno à internação hospitalar na cidade de origem após uma suspeita de planejamento suicida; consideração da possibilidade de internação psiquiátrica em uma instituição especializada em saúde mental em um município distante, a qual foi rejeitada pela família; articulação com a rede e efetivação do atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade referência em saúde mental do município de origem, essa mais próxima da residência da família.

Foram identificados desafios no percurso de intervenção da psicóloga, os quais foram categorizados em: *Avaliação da intencionalidade e da motivação do ato; Dor física x dor psíquica; Avaliação de risco de suicídio; e Alta hospitalar e articulação com a rede de saúde.*

DISCUSSÃO

Avaliação da intencionalidade e da motivação do ato

Quando uma pessoa dá entrada no hospital ou serviço de pronto atendimento devido a um trauma, lesão ou intoxicação, o médico deve ser capaz de indicar se a lesão foi autoinfligida, intencional ou acidental⁸. O comportamento autolesivo se refere à agressão intencional do próprio corpo com resultado não fatal, sem intenção suicida e sem validação social⁴. É uma maneira de demonstrar o sofrimento e aliviá-lo momentaneamente.

A autolesão sem intenção suicida (ASIS) pode ocasionar o óbito, dificultando sua distinção do comportamento suicida. É um fator de risco para o suicídio, mas não indica, necessariamente, a ideação suicida⁹. A intencionalidade suicida se relaciona com o desejo e a determinação de findar a própria vida. Sua gravidade se determina de acordo com a intensidade da motivação suicida e com o quanto essa motivação é equilibrada pelo desejo ambivalente de continuar vivo. Para a determinação da intencionalidade, a crença de que o método escolhido concretizará o suicídio é mais relevante do que a letalidade objetiva³.

Quanto mais detalhada e frequente é a ideação suicida, maiores são os riscos. Quanto mais detalhado o planejamento suicida, maior é a gravidade da ideação. Verificar se a tentativa foi planejada ou impulsiva, entender a letalidade dos métodos e a complexidade deles é imprescindível para avaliar o risco de uma nova tentativa e para compreender os motivos que levaram o sujeito ao ato⁴.

A intenção de morte envolvida na autolesão pode ser difícil de avaliar em algumas situações, como quando a pessoa se encontra impossibilitada de se comunicar, ou se recusa a falar a respeito, como aconteceu com o adolescente a que se refere este estudo, inicialmente. Nessa situação, a avaliação da intencionalidade levou em conta o relato de familiares.

Inicialmente, tanto os familiares quanto a equipe de saúde apresentaram dificuldade de averiguar se o ato suicida foi intencional. Existia a dúvida se aquele adolescente teria tentado suicídio, e se teria recorrido a um método de tamanha letalidade, e tão pouco utilizado entre adolescentes. Além disso, enquanto era encaminhado para o hospital, apresentou versões divergentes quanto à motivação do ato, ora como um acidente, ora como proposital. A suspeita de que foi um ato intencional, no entanto, sempre existiu.

Ao longo dos atendimentos, ele foi confirmando, através de relatos verbais, a intenção do ato, revelando que havia cometido prévias tentativas de suicídio e que, desde o falecimento de seu pai, via figuras (alucinatórias) que lhe ordenavam tais ações. Além disso, a família relatou situações de conflitos com os pares na escola, inclusive com suspeita de violência física, um desses episódios poucos dias antes da TS que o hospitalizara. Esses fatores psicossociais remetem a um contexto de vida permeado por agressões, o que pode estar relacionado a esta tentativa com característica impulsiva e com método potencialmente letal.

Dor física x dor psíquica

Na internação, por vezes, o paciente estava desacordado ou indisposto e a intervenção psicológica era realizada com o familiar que o acompanhava. Quanto mais consciente ficava, maior era o embotamento afetivo e menor a receptividade aos atendimentos. Se, por um lado, as sedações eram necessárias para a manutenção de sua vida, aliviando a dor física decorrente das sequelas da tentativa e dos procedimentos do tratamento, por outro, era de conhecimento de todos que ali, para além de uma dor corpórea, também existia um sujeito com intenso sofrimento psíquico.

Nos momentos em que ele estava acordado e indisposto para o atendimento, a perspectiva era a de que ao psicólogo hospitalar cabia também testemunhar a dor do paciente, o que facilitava no processo de elaboração do sofrimento e da produção de sentido relativa às situações que são, em geral, traumáticas. Aquele que sofre utiliza o psicólogo como testemunha

de sua dor física e psíquica, e esse testemunho colabora para que o adoecimento, muitas vezes inesperado, não se torne uma situação simplesmente passiva e que dificulte sua elaboração¹⁰.

A dor é considerada um processo de defesa do ser humano que indica que algo não vai bem. Embora essa situação de alerta seja positiva, seu efeito é por vezes negativo, pois implica sofrimento físico e psíquico. Fisicamente, a dor é localizada no corpo e atribuída a alguma lesão. Normalmente, é um sintoma de outro problema que pode gerar um diagnóstico e um tratamento. Mesmo que a lesão seja igual, o limiar de dor de um indivíduo para outro é diferente. A dor é percebida de maneira diversa em função da gravidade da lesão e de fatores culturais, sociais, ambientais e, principalmente, emocionais¹¹.

A dor psíquica foi diferenciada da dor física, sendo nomeada por Shneidman como *psychache*¹². É um estado emocional de dor intolerável associada a afetos vivenciados como desagradáveis, tais como tristeza, culpa, angústia, medo, raiva, desespero, solidão, vergonha e perda. Quem sofre da dor psíquica pode estar distante dos prazeres da vida, incomunicável. Tal sofrimento gera um estado de precariedade psíquica que ameaça a constituição da identidade e impõe a fragmentação de si mesmo, o que pode levar o sujeito à ruptura, vivenciando o fim da sua existência¹².

O comportamento suicida demonstra um sofrimento psíquico em que o indivíduo não encontra alternativas para superar a dor. A presença desse fenômeno indica que necessidades psicológicas básicas não foram atendidas, tais como: conforto, segurança, autonomia, afiliação e tendência a evitar a vergonha. Pode advir, ainda, da ruptura de relações interpessoais importantes e estar relacionada às dificuldades em lidar com o sofrimento, com a raiva e com a hostilidade. Em seu tratamento, as pessoas que apresentam comportamento suicida devem ser cuidadas com ênfase na identificação de necessidades não atendidas, visando reduzir a dor psíquica e, portanto, prevenir o suicídio. O psicólogo deve colaborar com o paciente para encontrar maneiras de lidar com a dor psíquica¹².

Ao longo dos atendimentos, foi se tornando evidente que o paciente esteve e permanecia com intenso sofrimento psíquico. As crises suicidas são o momento mais agudo em que há maior risco e letalidade, ocorrendo geralmente em intervalos de curta duração, como horas ou dias. Tratando-se de manejo, no momento da crise é importante que o sujeito tenha acesso a serviços e a profissionais da saúde capacitados para tal atuação, com vista, a partir da realização das intervenções adequadas, considerando-se a complexidade de cada caso, se reduzir as chances de que a tentativa seja realizada³.

A intervenção em crise, visando alcançar maiores benefícios no processo terapêutico, se direciona a proteger a vida, diminuir riscos/sequelas e ajudar o sujeito a voltar ao equilíbrio.

Apesar de haver a possibilidade de utilização de diversas abordagens e técnicas, a abordagem multidisciplinar deve ser preferencialmente escolhida, tornando possível o compartilhamento de responsabilidades e saberes.

A depender do risco avaliado, a conduta pode variar, desde acionar serviços de urgência e emergência; envolver a família; compartilhar o sigilo de modo ético e justificado pelo melhor interesse do atendido; até realizar o acompanhamento ambulatorial clássico³. Durante o acompanhamento psicológico do paciente atendido, foi realizada a intervenção em crise utilizando a abordagem multidisciplinar, o envolvimento familiar e a articulação com a rede.

Avaliação de risco de suicídio

Os comportamentos suicidas são complexos e multideterminados e resultam de um balanço entre fatores de risco e fatores de proteção. Para a tomada de decisão clínica, devem ser identificados os fatores de risco associados ao comportamento suicida, bem como possíveis diagnósticos de transtornos mentais subjacentes, e o risco de morte. Muitas vezes existem vários fatores de risco que atuam cumulativamente e aumentam a vulnerabilidade de uma pessoa ao comportamento suicida⁴.

A necessidade de avaliação e formulação de risco de suicídio está prevista no Protocolo Multiprofissional de Prevenção ao Risco de Suicídio do hospital onde o paciente foi internado, que direciona as ações dos profissionais envolvidos. Ele traz a indicação de que a formulação de risco de suicídio é atribuição do médico. Ao psicólogo caberia avaliar e acompanhar pacientes quanto ao risco de TS, especialmente quando a equipe sinaliza a suspeita desse risco¹³. Desde o início dos atendimentos até o momento da alta, existiu a preocupação dos psicólogos responsáveis pelo caso de avaliar a intencionalidade do ato e o risco de suicídio antes, durante e após a internação.

A avaliação de risco de suicídio envolve uma entrevista clínica cuidadosa, sincera e respeitosa através de perguntas diretas. Como o profissional se sente em relação ao tema influencia na forma como vai interagir com a pessoa e até mesmo na compreensão do raciocínio clínico. Por isso, o preparo pessoal e técnico é importante para uma adequada avaliação, que norteará a condução clínica do caso. Essa avaliação envolve conhecimento técnico sobre comportamento suicida (fatores de risco e proteção), técnicas de avaliação psicológica, técnicas de intervenção em crise e preparo pessoal por meio da supervisão³.

Os fatores de risco para o suicídio são: sexo (maior ocorrência em indivíduos do sexo masculino); história de vida (perdas, traumas, abuso físico/sexual/psicológico, negligência), sofrimento psíquico grave ou histórico na família; baixa tolerância à frustração e ambivalência;

abuso de álcool e/ou outras substâncias; perda de emprego e problemas financeiros; solidão e desesperança; acesso a meios letais⁶.

O histórico de TS e o histórico familiar de suicídio são considerados fatores de risco importantes, além da presença de algum transtorno mental ou de personalidade. Os fatores de proteção são: características individuais como habilidades sociais, autoestima e espiritualidade; apoio familiar (vínculos seguros, práticas parentais adequadas - limites, comunicação, proteção) e apoio social dos amigos e da escola⁶.

Com base nos critérios apresentados, avalia-se que o adolescente atendido é do sexo masculino, sua história de vida inclui o luto por um pai muito querido, possui um irmão com diagnóstico de esquizofrenia e, após a perda do genitor, começou a apresentar manifestações mentais, comportamentais, afetivo-emocionais e psicossomáticas que foram compreendidas como sinais e sintomas de intenso sofrimento psíquico: crises de choro, falta de ar, dor no peito, humor irritadiço, comportamentos autolesivos, isolamento, alucinações visuais e auditivas, e aumento de peso, dentre outros.

O paciente teve pouco apoio social, escolar e dos amigos. Houve mudança de comportamento na escola, com falas agressivas e maior distração. Os familiares, apesar de um grande luto de todos, tentaram apoiá-lo e fazer o que entendiam ser necessário: buscaram atendimentos em saúde (psiquiatria e psicologia, este último não efetivado), e procuraram a escola para informar a respeito das violências que o adolescente sofria de seus pares e tentar reduzir sua ocorrência, no entanto as agressões persistiram.

É essencial perceber os sinais de alerta que correspondem ao risco de suicídio na adolescência: distanciamento de amigos e familiares, diminuição ou perda do interesse por atividades antes apreciadas, mudanças de personalidade ou hábitos, mudança no padrão de sono, interesse sobre morte, desesperança e comentários autodepreciativos³.

Antes, durante e após a internação, o risco de suicídio foi considerado alto. A vigilância, a dificuldade de se mover e o pouco acesso a meios potencialmente letais foi interpretado como um dificultador para concretizar outras tentativas durante a hospitalização, uma vez que em quase todo o tempo ele estava acompanhado por um familiar ou um integrante da equipe, e os medicamentos sempre eram administradas por um profissional.

Diversas vezes foi solicitada interconsulta psiquiátrica e o atendimento psicológico foi constante. Nas trocas com a equipe, era evidente para todos o grave sofrimento psíquico do paciente, embora a maioria dos profissionais pouco soubesse o que fazer com esse sofrimento. Identificou-se o atravessamento do sofrimento do paciente na subjetividade dos profissionais, gerando nesses um sofrimento psíquico que desencadeava, de maneira diversa para cada

pessoa, mecanismos de enfrentamento e processos defensivos que, por sua vez, influenciavam nas condutas executadas.

No hospital geral o processo de trabalho muitas vezes ocorre em regime de plantão. É comum que a cada novo dia o paciente seja atendido por um profissional diferente da mesma categoria (técnico de enfermagem, fisioterapeuta, médico, psiquiatra, e outros). Dessa forma, o modelo de prestação de serviço impõe desafios relacionados à possível divergência nas condutas em virtude da avaliação particular de cada profissional, e no processo de vinculação com o paciente e seus familiares. Em relação à equipe de psicologia foram sempre as mesmas profissionais que se responsabilizaram pelo acompanhamento, sendo os atendimentos realizados pela residente e supervisionados pela psicóloga preceptora.

Em virtude das particularidades do caso, no que se refere à limitação da oferta de serviços de saúde especializados na cidade de origem, à escassez de recursos objetivos e subjetivos da família para sustentar as necessidades de cuidado físico e psíquico demandadas pelo paciente, e à avaliação desfavorável no que se refere ao risco de suicídio, dentre outros fatores, havia, por parte da equipe, grande preocupação relativa a como se daria o cuidado pós-alta.

Nesse momento, foi reforçada a necessidade de monitoramento contínuo do adolescente e de seu estado psicoemocional, a necessidade de se manter frequente nos acompanhamentos psicológico e psiquiátrico, e a necessidade de comparecer aos retornos ambulatoriais médicos. Além disso, foi solicitado o contato telefônico dos familiares para acompanhamento do paciente até confirmação da absorção da demanda pela rede de saúde do município de origem no que refere ao acompanhamento em saúde mental.

Alta hospitalar e articulação com a rede de saúde

O Protocolo Clínico de Alta Responsável do Paciente Pediátrico do hospital em que o paciente estava internado prevê que a organização da alta hospitalar de modo responsável envolva um planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde para outra, ou para o domicílio do paciente, de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio da articulação com os demais pontos de oferta de serviços das Redes de Atenção à Saúde. Outro princípio da alta responsável diz respeito à realização de orientações ao paciente e aos seus familiares visando a promoção do autocuidado¹³.

Nas discussões de equipe foi possível perceber a dificuldade em definir, no contexto das condutas inerentes a cada categoria profissional, estratégias eficazes para garantir uma alta segura. Por um lado, a alta já era considerada possível, e até necessária, considerando que o paciente já não apresentava naquele momento necessidades de saúde orgânica

correspondentes ao nível de complexidade do hospital. Por outro lado, as necessidades de ordem psíquica, social e emocional do paciente e de seu grupo familiar naquele momento não poderiam ser desconsideradas na definição da alta. Era evidente que, embora o estado orgânico fosse estável, o psicológico não o era.

A avaliação de risco de suicídio indicava que o risco de uma nova tentativa era alto. Existia também a preocupação de que as necessidades de cuidado integral, que envolviam tratamentos de diversas especialidades, tais como fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional e psiquiatria, além da articulação com a atenção primária, pudessem não ser atendidas pela rede de atenção à saúde do município onde ele residia. A alternativa proposta foi manter os atendimentos psicológicos na cidade de origem enquanto, paralelo a isso, o paciente continuaria internado em um hospital de sua cidade para a realização dos curativos e o manejo do risco de suicídio, dada a vigilância a que estaria submetido, comparecendo, ainda, aos retornos para atendimento médico no ambulatório do hospital universitário com as especialidades de psiquiatria e de cirurgia plástica.

Apesar de ser um paciente com indicação de atendimento para o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), restava o questionamento: *Como efetivar isso, uma vez que o paciente não residia no município em que recebeu os cuidados mais complexos, e na sua cidade de origem o equipamento CAPSi não existia?*

Apesar do contato com a rede de saúde que iria receber o adolescente ter acontecido, a articulação para que ele fosse atendido no modelo mais adequado, em que haveria, no mesmo serviço, a integração das especialidades de psicologia, psiquiatria e dos demais atendimentos de saúde mental, como é o caso do CAPSi, somente poderia ocorrer se essa instituição estivesse disponível no território, pois, dada a necessidade concomitante de cuidados orgânicos, não era possível, naquele momento, que o paciente se deslocasse com frequência para atendimentos em outra localidade.

O trabalho em rede deve se pautar no conceito ampliado de saúde que norteia a malha assistencial de cuidados em saúde mental, de modo que a atenção ao sofrimento psíquico de todos os usuários é importante, independentemente da existência de um diagnóstico nosológico formal⁵.

A integração dos diversos setores do território assume um papel central no cuidado, uma vez que a atuação comunitária de promoção à saúde necessita de articulação intersetorial para ser efetiva. As estratégias de cuidado voltadas ao suicídio podem funcionar como mecanismos para integrar as ações dos profissionais de saúde mental, permitindo que compartilhem a responsabilidade no acompanhamento dos indivíduos com ideação suicida⁵. É importante,

portanto, que os diversos serviços da rede se comuniquem durante todo o processo de construção do cuidado em saúde do paciente.

CONCLUSÃO

O adolescente internado por TS em um hospital geral e universitário demanda cuidados complexos da equipe e de sua família, sendo necessário o atendimento aos familiares para acolher, empoderar, orientar e coletar informações importantes para a compreensão do caso e o planejamento do cuidado.

Para atender à especificidade do suicídio na infância e adolescência, é imprescindível a atuação de profissionais capacitados, bem como a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial.

As limitações deste estudo se relacionaram à dificuldade de encontrar produções atualizadas referente, sobretudo no que se refere à avaliação de risco de suicídio na faixa etária correspondente à infância e à adolescência no contexto da realidade brasileira. Além disso, dada a complexidade do fenômeno e o atravessamento da subjetividade das pessoas atendidas, as tendências observadas no caso discutido não podem ser generalizadas a outros contextos.

Considerando os limites e as contribuições do estudo, conclui-se a necessidade da realização de outras pesquisas sobre o tema visando a ampliação do debate acerca do tema do suicídio na infância e adolescência.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. Boletim Epidemiológico (Brasília) [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente; 2024 [citado em 25 set 2024]; 55(4):1-17. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>
2. World Health Organization. United Nations Children's Fund. Helping adolescents thrive toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours [Internet]. Genebra: WHO; 2021 [citado em 14 out 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341327/9789240025554-eng.pdf?sequence=1>
3. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2022. 344 p.

4. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado em 5 ago 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
5. Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal. Conselho de Psicologia do DF lança guia com Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação [Internet]. Brasília, DF: Comissão Especial de Psicologia na Saúde; 2020 [citado em 1 ago 2024]. Disponível em: <https://www.crp-01.org.br/notices/8780>
6. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Protocolo multiprofissional. Prevenção ao risco de suicídio [Internet]. Uberaba, MG: Hospital de Clínicas, EBSERH; 2023 [citado em 16 set 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.CPAM.021PrevenaoRiscodeSuicdioverso3.pdf>
7. Kennedy SP, Baraff LJ, Suddath RL, Asarnow JR. Emergency department management of suicidal adolescents. *Ann Emerg Med.* [Internet]. 2004 [citado em 1 out 2024]; 43(4):452-60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2003.09.009>
8. World Health Organization. Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado em 1 out 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/practice-manual-for-establishing-and-maintaining-surveillance-systems-for-suicide-attempts-and-self-harm>
9. Vargas SC, Romero SM. Automutilação e ideação suicida: um drama da adolescência na atualidade. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2021 [citado em 15 out 2024]; 4(4):14466-80. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-009>
10. Moretto MLT. Psicanálise e hospital hoje: o lugar do psicanalista. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* [Internet]. 2019. [citado em 13 out 2024]; 22(N Esp):19-27. DOI: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.22.135>
11. Werlang BSG, Fensterseifer L, Borges VR. Dor psicológica e suicídio: aproximações teóricas. In: Werlang BSG, Oliveira MS, organizadores. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 67-76. (Temas em Psicologia Clínica).
12. Shneidman ES. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis.* [Internet]. 1993 [citado em 17 out 2024]; 181 (3):145-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>
13. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Protocolo Clínico. Alta Responsável do Paciente Pediátrico [Internet]. Uberaba, MG: Hospital de Clínicas, EBSERH; 2023. 22p.

Editor Associado: Víctor Augusto Cavaleiro Corrêa

Conflito de Interesses: os autores declararam que não há conflito de interesses

Financiamento: não houve

Contribuições:

Conceituação – Couto VVD, Rodrigues TS

Investigação – Lima AMM, Rodrigues TS

Escrita – primeira redação – Lima AMM, Rodrigues TS

Escrita – revisão e edição – Couto VVD, Lima AMM

Como citar este artigo (Vancouver)

Rodrigues TS, Lima AMM, Couto VVD. Os desafios no cuidado hospitalar ao adolescente em crise suicida. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2025 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 13:e025009. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8895>

Como citar este artigo (ABNT)

RODRIGUES, T. S.; LIMA, A. M. M.; COUTO, V. V. D. Os desafios no cuidado hospitalar ao adolescente em crise suicida. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 13, e025009, 2025. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8295>
Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Rodrigues, T. S., Lima, A. M. M., & Couto, V. V. D. (2025). Os desafios no cuidado hospitalar ao adolescente em crise suicida. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 13, e025009. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8295>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons