



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Yoichi Takaki Konno

**Efetividade de Projeto Terapêutico Singular em adolescentes
com tentativa de suicídio e/ou automutilação**

São José do Rio Preto

2023

Yoichi Takaki Konno

Efetividade de Projeto Terapêutico Singular em
adolescentes com tentativa de suicídio e/ou
automutilação

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina de São José
do Rio Preto como requisito para
obtenção do Título de Mestre pelo
Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde.

Eixo Temático: Medicina Interna.

Orientador: Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho

São José do Rio Preto

2023

Takaki Konno, Yoichi

Efetividade de Projeto Terapêutico Singular em adolescentes com tentativa de suicídio e/ou automutilação

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina Interna

Pág. 72

Orientador: Prof. Dr. Gerardo Maria De Araújo Filho

1. Saúde Mental; 2.Suicídio; 3.Automutilação; 4.Serviços de Saúde do Adolescente

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	VI
AGRADECIMENTOS.....	VII
EPÍGRAFE.....	VIII
LISTA DE FIGURAS	IX
LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	X
LISTA DE ABREVIATURAS	XII
RESUMO.....	XIII
ABSTRACT.....	XV
1.INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Justificativa.....	3
1.2 Objetivos	4
2. MATERIAL E MÉTODO.....	4
2.1 Tipo de estudo.....	4
3.2 Participantes	4
3.2.1 Critérios de inclusão	4
3.2.3 Critérios de exclusão	5
3.3 Procedimentos	5
3.4 Variáveis de estudo	5
3.5 Análise estatística	5
3.6 Aspectos éticos	9
3.7 Riscos.....	9
4. RESULTADOS.....	9
4.1 Análise descritiva	9
4.2 Análise univariada (automutilação)	16
4.3 Modelo multivariado (automutilação).....	19
4.4 Modelagem para eventos recorrentes (automutilação).....	20
4.5 Análise univariada (tentativa de autoextermínio).....	21
4.6 Pontos de corte para variáveis da adesão ao PTS (tentativa de autoextermínio).....	22
4.7 Modelo multivariado (tentativa de autoextermínio)	23

4.8 Modelagem para eventos recorrentes (tentativa de autoextermínio)	24
5. DISCUSSÃO.....	25
5.1 Limitações	38
6. CONCLUSÃO	39
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
8. ANEXOS.....	56

DEDICATÓRIA

À toda minha família; cuja árdua trajetória me permitiu chegar até aqui.

A meus professores, por me ensinarem a ser um bom profissional.

À Ciência, que educa, evolui, liberta e salva.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, por ser exemplo de perseverança, caráter, experiência (“quem lê, sabe mais”).

À minha inteligente e carinhosa mãe, que mesmo falecida, viverá para sempre em meus atos e coração.

À minha madrastra, cuja força de vontade e notável diligência, me incentiva.

À minha irmã, que enfrentou as adversidades comigo.

Aos meus queridos amigos, por me apoiarem e me escutarem.

À Ericka, amiga de todas as horas, e que me acompanhou no mundo da saúde mental.

Ao professor José Robson, cuja índole, conhecimento, responsabilidade para com a psiquiatria infantil, me entusiasma.

Ao orientador Gerardo por acreditar em meu trabalho.

A todos os professores e colegas do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Rio Preto.

À professora Patrícia Fucuta e Cátia, pelo esforço em fazer ciência.

EPÍGRAFE

Art. 5º Constituem áreas prioritárias para as políticas públicas para a primeira infância a saúde, a alimentação e a nutrição, a educação infantil, a convivência familiar e comunitária, a assistência social à família da criança, a cultura, o brincar e o lazer, o espaço e o meio ambiente, bem como a proteção contra toda forma de violência e de pressão consumista, a prevenção de acidentes e a adoção de medidas que evitem a exposição precoce à comunicação mercadológica.

LEI DA PRIMEIRA INFÂNCIA Lei n.º 13.257, de 08 de março de 2016

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Fluxograma de amostra coletada.	8
Figura 2.	Distribuição dos participantes quanto aos novos episódios de automutilação	14
Figura 3.	Fluxograma de inclusão e exclusão de pacientes com automutilação	14
Figura 4.	Distribuição dos participantes quanto aos novos episódios de tentativa de autoextermínio	15
Figura 5.	Fluxograma de inclusão e exclusão de pacientes com tentativa de autoextermínio	15
Figura 6.	<i>Hazard</i> acumulado para primeira e segunda recorrência de automutilação. Em vermelho, para a primeira recorrência. Em azul, para a segunda recorrência.	21
Figura 7.	<i>Hazard</i> acumulado para primeira e segunda recorrência de tentativa de autoextermínio. Em vermelho, para a primeira recorrência. Em azul, para a segunda recorrência.	25
Figura 8.	Fatores dinâmicos na construção do comportamento do adolescente	27
Figura 9.	Distribuição de CAPSi no Brasil.	35

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1.	Dados sociodemográficos dos participantes do estudo.	10
Quadro 2.	Distribuição do diagnóstico psiquiátrico inicial.	11
Quadro 3.	Dados do comportamento dos participantes no estudo.	11
Quadro 4.	Dados do uso de substâncias e eventos negativos de vida entre os participantes no estudo.	12
Tabela 1.	Análise univariada por regressão de Cox de fatores preditores da 1ª reincidência de automutilação após inserção no PTS, entre os pacientes incluídos no estudo.	16
Tabela 2.	Análise univariada por regressão de Cox de fatores preditores da 1ª reincidência de automutilação após inserção no PTS, entre os pacientes incluídos no estudo.	17
Tabela 3.	Análise univariada por regressão de Cox de fatores preditores da 1ª reincidência de automutilação após inserção no PTS, entre os pacientes incluídos no estudo – variáveis relativas à adesão ao PTS.	18
Tabela 4.	Análise multivariada por regressão de Cox de fatores preditores da 1ª ocorrência de automutilação após inserção no PTS – variáveis finalistas.	19
Tabela 5.	Análise multivariada por regressão de PWP de fatores preditores de recorrência de automutilação durante acompanhamento no PTS.	20
Tabela 6.	Análise univariada por regressão de Cox de fatores preditores da 1ª ocorrência de TAE após inserção no PTS, entre os pacientes incluídos no estudo.	22
Tabela 7.	Análise univariada por regressão de Cox de fatores preditores da 1ª	22

ocorrência de TAE após inserção no PTS, entre os pacientes incluídos no estudo.

- Tabela 8. Análise multivariada por regressão de Cox de fatores preditores da 1ª ocorrência de TAE após inserção no PTS – variáveis finalistas. 23
- Tabela 9. Análise multivariada por regressão de PWP de fatores preditores de recorrência de TAE. 24

LISTA DE ABREVIATURAS

1. CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial infantil
2. PTS - Projeto Terapêutico Singular
3. EUA - Estados Unidos da América
4. RAPS - Rede de Apoio Psicossocial
5. λ_{im} - Lambda (taxa de falha)
6. im - Im
7. om - Om
8. X'_i - X Linha de I
9. β_m - Beta de Om
10. CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
11. FAMERP - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
12. UBS - Unidade Básica de Saúde
13. UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família
14. CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
15. ONG - Organização Não Governamental
16. ARE - Ambulatório de Especialidades
17. LSD - Dietilamida do Ácido Lisérgico
18. MDMA - Metilenodioximetanfetamina
19. SS - Serviço Social
20. TO - Terapia Ocupacional
21. TDC - Terapia Dialética Comportamental
22. SUAS - Sistema Único de Assistência Social
- 23. CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social**

RESUMO

Introdução: Os números relacionados a suicídio e automutilação vêm aumentando com o tempo. Há diversos fatores relacionados, tais como, facilidade em acesso a substâncias psicoativas, situações de *bullying/cyberbullying*, entre outros. Em nosso contexto de saúde mental, é comum tais indivíduos serem encaminhados ao serviço ambulatorial CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial infantil) para avaliação e seguimento com equipe multiprofissional, prevenindo novos episódios e tratamento de comorbidades psiquiátricas. **Objetivos:** Esta coorte retrospectiva visa compreender a efetividade do Projeto Terapêutico Singular (PTS) implementado em CAPSi de São José do Rio Preto, SP, comparando o grupo de paciente com adesão ao PTS em relação a pacientes que não aderiram completamente. **Material e Método:** Foram coletadas informações de prontuários de egressos adolescentes de 12-18 anos procedentes de São José do Rio Preto com queixas de automutilação ou tentativa de suicídio, durante o período de 01/01/15 a 31/12/19. Em seguida, foram separados em dois grupos: pacientes com adesão ao PTS e aqueles sem adesão. Foram analisados em desfechos primários: reincidência de tentativas de autoextermínio, automutilação, hospitalização e internação; e desfechos secundários: idade, gênero, etnia, zona de residência, escolaridade, diagnóstico psiquiátrico, número de avaliações com profissionais da saúde, eventos de vida negativos e uso de substâncias psicoativas. **Resultados:** De 2015-2019, foram 228 adolescentes encaminhados para CAPSi e incluídos no PTS. Desses, 32 (14,03%) tiveram recorrência de automutilação e 28 (12,28%) com recorrência em tentativa de autoextermínio. Não houve suicídio consumado. Após análise multivariada, na 1ª recorrência de automutilação o Serviço Social diminuiu o

risco em 95% (HR 0,054, IC95% 0,004 - 0,681), porém aumentou em 23 vezes se houvesse algum episódio de automutilação em familiares e amigos (HR 23,641, IC95% 1,394 - 400,8). Nas demais recorrências, quanto maior adesão às consultas de psicologia, menor o risco de automutilação (redução de 1%, a cada 1,8% de adesão). Para a primeira recorrência de tentativa de autoextermínio (TAE), a adesão a intervenções familiares reduzia o risco em 66,2% (HR 0,338, IC95% 0,125 - 0,913) e ser vítima de preconceito, racismo, homofobia, transfobia aumentava o risco em 3,7 vezes (HR 3,766, IC95% 1,058 - 13,401). **Conclusão:** As intervenções de PTS puderam reduzir a recorrência de automutilação e TAE em adolescentes. Os CAPSi podem se beneficiar dessa abordagem, dando ênfase em Serviço Social para automutilações e Intervenção Familiar e atendimentos de Psicologia para TAE, principalmente, na primeira semana (1ª recorrências) e primeiros 100 dias (próximas recorrências).

Palavras chave: 1. Saúde Mental; 2. Suicídio; 3. Automutilação; 4. Serviços de Saúde do Adolescente.

ABSTRACT

Introduction: The numbers related to suicide and self-harm have been growing over time. There are several related factors, such as access to psychoactive substances, bullying/cyberbullying situations, and others. In our mental health setting, it is common for such individuals to receive treatment on the outpatient service for evaluation and follow-up with a multidisciplinary team, preventing new episodes and treating psychiatric comorbidities. **Objectives:** This retrospective cohort aims to understand the Singular Therapeutic Project (STP) implemented in CAPSi (Child Psychosocial Care Center) in Sao Jose do Rio Preto, comparing the group of patients with adherence to the PTS in relation to patients who did not adhere completely. **Material and Method:** Data were collected from the medical records of adolescents aged from 12 to 18 years old from Sao Jose do Rio Preto with self-harm or suicide attempt, during the period from 01/01/15 to 12/31/19. They were divided into two groups: patients who adhered to the PTS and those who did not. The following primary outcomes were analyzed: recurrence of suicide attempts, self-harm, hospitalization; and secondary outcomes: age, gender, ethnicity, center, education, psychiatric diagnosis, number of appointments with health professionals, negative life events and use of psychoactive substances. **Results:** From 2015-2019, there were 228 adolescents referred to CAPSi and included in the PTS. Of these, 32 (14.03%) had recurrence in self-harm and 28 (12.28%) had recurrence in a suicide attempt. No consummated suicide has occurred. After multivariate analysis, in the 1st recurrence of self-harm, Social Assistance consultations decreased risk in 94,6% (HR 0.054, 95%CI 0.004 – 0.681), but it was increased by 23 times if there was an episode of self-harm in family members and friends (HR 23.641, 95%CI 1.394 –

400.8). In other recurrences, the higher adherence to Psychology consultations, the lower the risk of self-harm (1% reduction, for every 1.8% adherence). For the first recurrence of suicide attempt, an adherence to Family Interventions reduced the risk by 66.2% (HR 0.338, 95%CI 0.125 – 0.913) and being a victim of prejudice, racism, homophobia, transphobia increased the risk by 3.7 fold (HR 3.766, 95%CI 1.058 – 13.401). **Conclusion:** The STP interventions were effective in reducing the recurrence of self-harm as well as suicide attempt in adolescents. CAPSi can benefit from this approach, emphasizing Social Assistance for self-mutilations and Family Intervention and Psychology care for suicide, mainly in the first week (1st recurrences) and the first 100 days (next recurrences).

Keywords: 1. Mental Health; 2. Suicide; 3. Self-harm; 4. Adolescent Health Care Services

1.INTRODUÇÃO

O suicídio é a segunda principal causa de morte em populações de 14-19 anos nos EUA (Estados Unidos da América), com taxas aumentando em 33% em 20 anos (CDC, 2018). Em adolescentes dos EUA, a prevalência de ideação suicida gira em torno de 12,1% e a tentativa de suicídio, 4,1% (NOCK, 2013). No Brasil, de 2011-2016, foram 33.269 casos em mulheres e 14.931 em homens, sendo que em populações de 10 a 19 anos, foram 24,1% e 17,2%, respectivamente. Também ficou em oitavo em número de suicídios no continente americano, e em quarto no número de suicídios na América Latina (OPS, 2014).

Apesar do paradoxo no qual meninas tem maior comportamento suicida e mais tentativas de suicídio (apesar de meninos terem maior mortalidade); o número em meninas quase dobrou de 2007 a 2015 (CURTIN, 2017). Uma das explicações é que o método de enforcamento aumentou nessa população, mostrando sua grande letalidade (RUCH, 2019).

Outro estudo de 2007 a 2017 também mostrou esse aumento em ambos sexos: em mulheres jovens considerando tentar o suicídio de 18,7% para 22,1%; em homens jovens tentando de 10,3% para 11,9%. Em relação a plano de suicídio houve aumento significativo de 13,4% para 17,1%, enquanto que não houve mudança para população masculina (BRASIL, 2017).

Em relação a automutilação, no Brasil de 2011 a 2016, houve 116.113 casos em mulheres, sendo que 25,9% ocorreu em população entre 10 a 19 anos, principalmente, em população branca, ensino fundamental incompleto/ignorado, sem transtorno mental e de residência urbana. Já nos meninos, 60.098 casos, sendo 19,6% até 19 anos. E em

ambos, a taxa de repetição foi alta, com 25,3-33,1% (BRASIL, 2017). Em outras populações, a recorrência de automutilação de adolescentes, em países como Canadá e Inglaterra, foi 4,84 vezes maior que a população sem episódios prévios, repetindo em 15-23% dos casos (GARDNER, 2019; BENNEWITH, 2002).

Normalmente, tais pacientes alegam a tristeza e dificuldade financeira como fator desencadeador, o alívio como finalidade e a noite como período de maior ocorrência (VIEIRA, 2016; ROHLING, 2018).

Além disso, automutilação e suicídio são eventos que geralmente ocorrem simultaneamente: em população de pré-adolescentes dos EUA verificou-se que havia prevalência de ideação suicida sem planejamento em 4,4%, ideação com planejamento em 2,4%, tentativa de suicídio em 1,3% e automutilação em 9,1% (DeVILLE, 2020).

Em relação ao tratamento, após Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, e Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, foi instituído a Rede de Apoio Psicossocial (RAPS), com objetivo de ampliar o acesso à saúde mental, suprir demandas da população, e articular entre serviços primários, secundários e terciários. Desta forma, acolhendo e acompanhando os pacientes continuamente (BRASIL, 2011).

Em seguida, foi sancionada a Lei nº 13.819, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, com notificação aos conselhos tutelares por escolas públicas e privadas toda suspeita ou ocorrência de violência autoprovocada; e criação de um canal telefônico gratuito.

Nos Centros de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) de São José do Rio Preto, seguiu-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, individuais ou coletivas, resultado da discussão coletiva de uma equipe multidisciplinar, de quatro pontos principais: diagnóstico, metas, divisão de

responsabilidade e reavaliações. É uma importante forma de conduzir os casos, principalmente em casos de automutilação e tentativa de suicídio, levando em conta a criação de um vínculo com paciente, introdução da família no processos terapêutico e utilizando de referências culturais e da comunidade onde está inserida.

1.1 Justificativa

A cidade de São José do Rio Preto possui três unidades de CAPSi: Norte (2004), Centro (2009) e Sul (2015). São responsáveis pelo serviço de saúde municipal, referência para tratamento em saúde mental para crianças e adolescentes, até 18 anos incompletos, com transtornos mentais graves e moderados, persistentes, estimulando sua integração social e familiar, busca da autonomia, em atendimento multiprofissional. São pacientes em situação de vulnerabilidade, seja no núcleo familiar, escolar ou comunitário, muitas vezes com dificuldades para manter adesão ao tratamento.

O tratamento é desenvolvido a partir do PTS (Projeto Terapêutico Singular), organizado conforme as necessidades e características de cada usuário do serviço. Há oferta de atendimento de Serviço Social, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, Psiquiatria e Terapia Ocupacional. A primeira avaliação é feita somente por um dos profissionais acima; a segunda é chamada de Avaliação Clínica Ampliada (ACA), e na terceira é realizada o PTS.

Em busca de compreender a efetividade do PTS na população adolescente com tentativa de suicídio, há necessidade de um projeto que avalie de forma cronológica sua execução e desfecho, para uma compreensão ampliada dessa temática.

Empregado de forma correta, o PTS pode prevenir novos eventos e até mesmo o suicídio consumado. Dessa forma, há diminuição do estigma nessa população e

familiares, adequação dos serviços de saúde mental, além de menor gasto público com internações ou hospitalizações (SILVEIRA, 2012).

1.2 Objetivos

Gerais: Analisar a efetividade do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em casos de tentativa de suicídio e automutilação, por adolescentes em acompanhamento por equipe multiprofissional em ambiente ambulatorial.

Específicos: Analisar dados sociodemográficos da população de São José do Rio Preto; instituir um ponto de corte para adesão ao PTS; avaliar fatores preditores para recorrência de automutilação e tentativa de autoextermínio; comparar os pacientes com uma ou mais recorrências.

2. MATERIAL E MÉTODO

2.1 Tipo de estudo

O delineamento do estudo é considerado uma coorte retrospectiva.

3.2 Participantes

Adolescentes encaminhados ao CAPSi, incluídos no PTS, por tentativa de autoextermínio e/ou automutilação.

3.2.1 Critérios de inclusão

- Idade entre 12 a 17 anos;
- Procedência de São José do Rio Preto;
- Encaminhamento para CAPSi por demanda espontânea (emergência psiquiátrica, hospital geral, unidade de saúde da família, escola, conselho tutelar, casa-lar, projeto contra-turno, por familiares);
- Paciente com critério para tratamento em CAPSi;

- Avaliado por equipe multidisciplinar, e com indicação para PTS;
- Acompanhado, em CAPSi, por um período maior que 3 meses, durante 2015 a 2019.

3.2.3 Critérios de exclusão

- Acompanhamento inferior a três meses;
- Crianças e adultos que não moravam em São José do Rio Preto;
- Pacientes sem ideação suicida, histórico de automutilação e tentativa de autoextermínio;
- Pacientes em tratamento em consultório particular.

3.3 Procedimentos

Foram escolhidos cinco revisores independentes, distribuídos em três CAPS infantis de São José do Rio Preto, para avaliação de todos prontuários de 2015 a 2019. Aqueles com critérios de inclusão, foram avaliados e tiveram seus dados computados em planilhas com *codebook*.

3.4 Variáveis de estudo

Desfechos primários: reincidência de automutilação e tentativa de autoextermínio, hospitalização, internação.

Desfechos secundários: idade, gênero, escolaridade, zona de residência, origem de encaminhamento, diagnóstico psiquiátrico, eventos de vida negativos, uso de substâncias psicoativas, consultas e avaliações de equipe multiprofissional.

3.5 Análise estatística

Para o cálculo inicial de amostra de projeto piloto (através do software WinPepi e GPower), foi considerada prevalência de tentativa de suicídio após episódio anterior de automutilação em adolescentes de 70% (GLANDCLERC, 2016) e assumida hipótese de

queda de 30% nesta proporção para aqueles em acompanhamento no PTS pelo CAPS. Adotando-se alfa de 5% e poder do estudo de 90%, o número de pacientes a serem incluídos em cada grupo resultou 63, portanto, 126 no total. Ao se considerar possíveis perdas, houve incremento no tamanho da amostra em 10% e o número final de pacientes a serem incluídos resultou em 139. Ao fim, foi utilizada toda a população atendida em CAPSi da cidade de São José do Rio Preto, de 2015-2019.

Os dados foram recebidos cadastrados no Excel. Posteriormente, foram importados para o *software* IBM-SPSS *Statistics* versão 28 (IBM Corporation, NY, USA) e *software* R (R CORE TEAM, 2015) para análise exploratória dos dados.

A análise exploratória dos dados incluiu as estatísticas descritivas, média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo para variáveis numéricas e número e proporção para variáveis categóricas. Para análise do comportamento das variáveis contínuas, considerou-se as estatísticas descritivas, gráficos de histograma e *boxplot* e o teste específico para o pressuposto teórico de normalidade Shapiro Wilk (CONOVER, 1999). Para o entendimento do comportamento de algumas variáveis foram geradas as curvas de sobrevida livre de reincidência de automutilação e tentativa de autoextermínio (TAE) foram construídas pelo método de Kaplan-Meier (KLEINBAUM & KLEIN, 2005). O tempo foi calculado entre a inserção no PTS e a ocorrência do 1º episódio de automutilação ou TAE ou censura (último contato com o paciente sem o evento de interesse).

Neste estudo utilizaram duas etapas de modelagem de dados usando técnicas de análise de sobrevivência multivariada. A primeira etapa utilizou-se os modelos de regressão de riscos proporcionais de Cox. Na segunda etapa utilizou-se os modelos de regressão de Prentice, Williams e Peterson (PWP).

A técnica de regressão de riscos proporcionais de Cox foi utilizada para o desenvolvimento de um modelo de análise dos fatores preditores de automutilação e um modelo de análise dos fatores de TAE (COX, 1972; HAIR, 1998; AGRESTI, 2012). Para o modelo de automutilação considerou-se como desfecho o tempo até a primeira reincidência de automutilação após inserção no PTS. No caso do modelo de autoextermínio considerou-se o tempo até a primeira reincidência de automutilação após inserção no PTS. Neste contexto, realizou-se um estudo de ponto de corte ideal das variáveis contínuas (adesão) da regressão de Cox, com base na distribuição da curva de sobrevivência. Existe uma convenção para adesão medicamentosa ($> 75\%$ com alta adesão, $50-74\%$ com adesão parcial, e $< 50\%$ com baixa adesão), porém presenças e faltas em consultas são situações que envolvem muitos fatores para serem consideradas similares. Dessa forma, foi necessário um cálculo para identificar, para essa população, o ponto com melhor adesão para cada especialidade. Esse método consiste em ajustar a função da curva de sobrevivência, testando uma estatística máxima, otimizando o melhor resultado e fornecendo um valor de ponto de corte correspondente à relação mais significativa com a curva de sobrevivência. Os dados foram gerados usando o pacote *survminer* do programa R (EUGENIO, 2017; KASSAMBARA ET AL, 2017; KOSÍŃSKI, 2016).

Com a construção desses modelos, houve a necessidade de aprofundar o estudo buscando entender o comportamento de novos episódios de automutilação ou autoextermínio após o indivíduo ter cometido a primeira reincidência durante o PTS. Para este estudo foi desenvolvido um processo de modelagem especial que levou em consideração o tempo de recorrência, após a primeira reincidência de automutilação durante a inserção no PTS. Dessa forma, optou-se por utilizar o modelo marginal

proposto por Prentice, Williams e Peterson (1981), denominado modelo de PWP, específico para análise de eventos recorrentes ou múltiplos eventos ao longo do tempo. Em eventos recorrentes inicia-se com a suposição de que o indivíduo não pode estar sob risco para o m-ésimo evento sem que tenha experimentado o evento (m – 1). Esta suposição teórica é característica de modelo condicional. Neste modelo de PWP a entrada dos dados é representada por cada evento ao longo do tempo, sendo denominado de estrato, por sua vez, o estrato torna-se dependente do tempo, isto significa que a função matemática taxa de falha varia de um evento para o outro. Desse modo, o indivíduo é considerado sob risco para o m-ésimo evento a partir do momento que ele experimentar o evento (m – 1). Assim, a função taxa de falha do modelo de PWP pode ser expressa: $\lambda_{im}(t) = \lambda_{om}(t) \exp\{X'_i(t)\beta_m\}$ (lê-se “lambda de im de t igual a lambda de om de t vezes exponencial de x linha de i de t vezes beta de m”). Os dados foram gerados usando os pacotes *survival* e *survminer* do programa R. Baseado no modelo PWP desenvolveram-se dois modelos: um modelo de PWP de automutilação e um modelo de PWP de tentativa de autoextermínio. Em ambos os casos utilizaram as mesmas covariáveis em todos os modelos.

O nível de significância dos testes foi de 5%, isto é, diferenças foram consideradas significativas quando o nível descritivo do teste (valor de p) foi menor que 0,05. Análise estatística foi realizada mediante os softwares IBM-SPSS *Statistics* versão 28 (IBM Corporation, NY, USA) e programa R (R CORE TEAM, 2015).

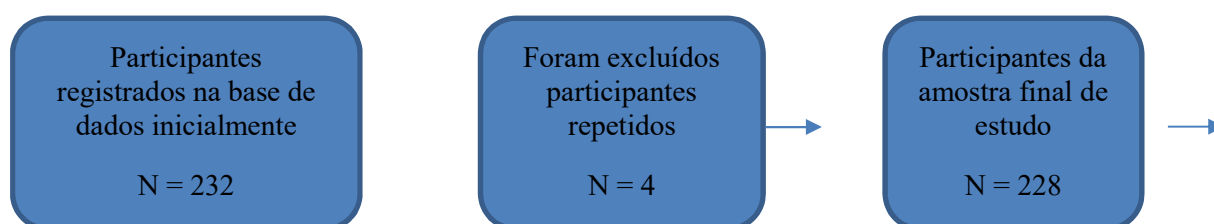


Figura 1. Fluxograma de amostra coletada.

3.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto e Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), número do parecer 4.300.377. Foi dispensado o termo de consentimento considerando que o trabalho foi retrospectivo e realizado através da análise de prontuários.

3.7 Riscos

Os riscos são mínimos devido a apenas revisão de prontuários e sem procedimento invasivo. Entretanto, de acordo com a Resolução CNS 466/12 há o risco de quebra de sigilo de dados e perda da confiabilidade. Os benefícios esperados estão relacionados aos resultados da pesquisa que podem ajudar auxiliar no planejamento de estratégias de acompanhamento e tratamento mais efetivos e, assim, favorecer a melhoria da qualidade de vida dos pacientes atendidos.

4. RESULTADOS

4.1 Análise descritiva

A amostra do estudo foi composta por 228 participantes. De 232 participantes que constavam inicialmente no banco de dados, quatro foram excluídos por repetição, e portanto, a amostra final do estudo foi de 228 participantes.

A maioria dos adolescentes era do sexo feminino (79,8%), com mediana de idade de 15 anos, em alfabetização (99,6%), encaminhados da unidade de saúde da família

(43,1%). A média de adesão foi de 62,66%, considerando presença nas atividades propostas em PTS. Em relação à comorbidade psiquiátrica, 75,8% apresentavam uma hipótese diagnóstica de transtorno de humor, 9,4% de transtorno ansioso, 3,6% de transtornos de personalidade. Os pacientes foram incluídos em PTS, sendo 74,1% devido ideação suicida, 78,9% por automutilação e 53,5% por tentativa de suicídio. Sobre as substâncias psicoativas, 21,5% já fizeram uso de álcool, 12,3% de nicotina e 15,4% de cannabis. Durante esse período, os pacientes apresentaram eventos negativos de vida (em ordem decrescente): separação dos pais (51,8%), negligência parental (27,9%), agressão física (26,8%), término de namoro (23,2%), *bullying* (23,7%), abuso sexual (19,3%), falecimento de amigos ou parentes (14,9%), episódio de suicídio na família ou amigos (14,5%), discriminação por gênero e sexualidade (10,1%), e discriminação racial (7,9%). As demais características demográficas encontram-se no Quadro 1, os diagnósticos psiquiátricos no Quadro 2, as condições comportamentais no Quadro 3, dados de substâncias psicoativas e eventos de vida negativos em Quadro 4.

Quadro 1. Dados sociodemográficos dos participantes do estudo.

Característica	N = 228
Idade, anos	15,0 (12,0 - 17,0)
Sexo, n (%)	
Feminino	182 (79,8)
Masculino	46 (20,2)
Escolaridade, n (%)	
Não alfabetizado	1/225 (0,4)
1-4 ano	1/225 (0,4)
5-9 ano	111/225 (49,4)
Ensino médio incompleto	109/225 (48,5)
Ensino médio completo	3/225 (1,3)
Unidade de saúde de referência, n (%)	
Santo Antônio	20/227 (8,8)
Solo sagrado	19/227 (8,4)
Jaguareé	17/227 (7,5)
UBS pq. Industrial	15/227 (6,6)
Estoril	14/227 (6,2)
Eldorado	11/227 (4,8)

Outros Norte	11/227 (4,8)
Jardim Maria Lúcia	11/227 (4,8)
Cidade jardim	9/227 (4)
UBS Anchieta	8/227 (3,5)
Nova esperança	8/227 (3,5)
Vetorazzo	7/227 (3,1)
Vila Toninho	7/227 (3,1)
UBSF Caic-Cristo rei	7/227 (3,1)
Renascer	7/227 (3,1)
Outros Sul	6/227 (2,6)
UBS Vila Elvira	6/227 (2,6)
UBSF Rio Preto I /JD. Felicidade	6/227 (2,6)
Parque da Cidadania	6/227 (2,6)
UBS central	5/227 (2,2)
UBSF São Deocleciano	5/227 (2,2)
Vila Mayor	5/227 (2,2)
Engenheiro Schimidt	4/227 (1,8)
Gabriela	4/227 (1,8)
São Francisco	4/227 (1,8)
Gonzaga de Campos	3/227 (1,3)
UBS Jardim Americano	2/227 (0,9)
De onde foi referenciado, n (%)	
Unidade de saúde	97/225 (43,1)
Emergência hospitalar	60/225 (26,7)
Demanda espontânea	22/225 (9,9)
Escola	13/225 (5,8)
Conselho tutelar	12/225 (5,3)
Hospital geral	5/225 (2,2)
Particular	5/225 (2,2)
CRAS	3/225 (1,3)
CAPS	3/225 (1,3)
ONG	2/225 (0,9)
ARE	2/225 (0,9)
Judiciário	1/225 (0,4)

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; CRAS: Centro de Referência e Assistência Social variáveis contínuas estão descritas em mediana (variação); variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

Quadro 2. Distribuição do diagnóstico psiquiátrico inicial.

Característica	N = 228
Transtornos de humor, n (%)	
Não	54/223 (24,2)
Sim	169/223 (75,8)
Transtornos ansiosos, n (%)	
Não	202/223 (90,6)
Sim	21/223 (9,4)
Transtornos de personalidade, n (%)	

Não	215/223 (96,4)
Sim	8/223 (3,6)
Transtornos de comportamento/emocionais, n (%)	
Não	210/223 (94,2)
Sim	13/223 (5,8)
Outros, n (%)	
Não	211/223 (94,6)
Sim	12/223 (5,4)

Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

Quadro 3. Dados do comportamento dos participantes no estudo.

Característica	N = 228
Automutilação, n (%)	
Não	48 (21,1)
Sim	180 (78,9)
Ideação suicida, n (%)	
Não	59 (25,9)
Sim	169 (74,1)
Tentativa de autoextermínio, n (%)	
Não	106 (46,5)
Sim	122 (53,5)

Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

Quadro 4. Dados do uso de substâncias e eventos negativos de vida entre os participantes no estudo.

Característica	N = 228
Álcool, n (%)	
Não	179 (78,5)
Sim	49 (21,5)
Tabagismo, n (%)	
Não	200 (87,7)
Sim	28 (12,3)
Maconha, n (%)	
Não	193 (84,6)
Sim	35 (15,4)
Cocaína/Crack, n (%)	
Não	221 (96,9)
Sim	7 (3,1)
LSD, n (%)	
Não	222/226 (98,2)
Sim	4/226 (1,8)
MDMA, n (%)	
Não	225 (98,7)
Sim	3 (1,3)

Solventes, n (%)	
Não	225 (98,7)
Sim	3 (1,3)
Bullying, n (%)	
Não	174 (76,3)
Sim	54 (23,7)
Agressão, n (%)	
Não	167 (73,2)
Sim	61 (26,8)
Abuso sexual, n (%)	
Não	184 (80,7)
Sim	44 (19,3)
Discriminação racial, n (%)	
Não	210 (92,1)
Sim	18 (7,9)
Negligência, n (%)	
Não	163/226 (72,1)
Sim	63/226 (27,9)
Separação dos pais, n (%)	
Não	110 (48,2)
Sim	118 (51,8)
Término de namoro, n (%)	
Não	175 (76,8)
Sim	53 (23,2)
Episódio de suicídio na família, n (%)	
Não	195 (85,5)
Sim	33 (14,5)
Minorias sexuais e de gênero n (%)	
Não	205 (89,9)
Sim	23 (10,1)
Falecimento de amigos ou parentes, n (%)	
Não	194 (85,1)
Sim	34 (14,9)

Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

Quadro 5. Dados do número de atendimentos dos participantes durante o estudo.

	Agendamentos		Medidas estatísticas				
	Sim	Não	Média	Mediana	DP	Mín	Máx
Consultas médicas	190	38	7,52	5,00	8,14	1,00	80,00
Atendimentos psicológicos	178	50	10,63	7,00	8,74	1,00	48,00
Oficinas e grupos diversos	126	102	19,56	13,00	18,26	1,00	94,00
Atendimentos de SS	57	171	5,86	5,00	4,32	1,00	20,00
Atendimento de TO	46	182	6,48	5,00	4,42	1,00	20,00
Atendimentos de arteterapia	95	133	11,27	8,00	8,66	1,00	51,00
Atendimento de enfermagem	81	147	4,81	4,00	3,74	1,00	22,00
Acompanhamento terapêutico	4	224	7,00	6,00	6,05	1,00	15,00

Visitas domiciliares	65	163	3,26	2,00	3,74	1,00	20,00
Intervenções sociais	7	221	3,71	3,00	1,79	2,00	7,00
Intervenções familiares	127	101	3,81	3,00	4,46	1,00	45,00

SS: Serviço Social; TO: Terapia Ocupacional; DP: desvio padrão.

Durante o período de acompanhamento, 7,9% dos pacientes tiveram a primeira recorrência de automutilação, seguidos de novos episódios (duas recorrências - 2,6%, quatro - 1,8%, cinco - 0,9%, seis - 0,4%, sete - 0,4%). Quatro adolescentes tiveram episódios durante o tempo imortal (período entre primeira avaliação e inscrição no PTS), portanto tais episódios precisaram ser excluídos. Na tentativa de autoextermínio, foram observadas uma recorrência (9,2%), duas recorrências (1,3%), três recorrências (1,8%). Dois pacientes tiveram recorrências durante o tempo imortal. A distribuição pode ser observada em Figura 2 e Figura 4, e os respectivos fluxogramas em Figura 3 e Figura 5.

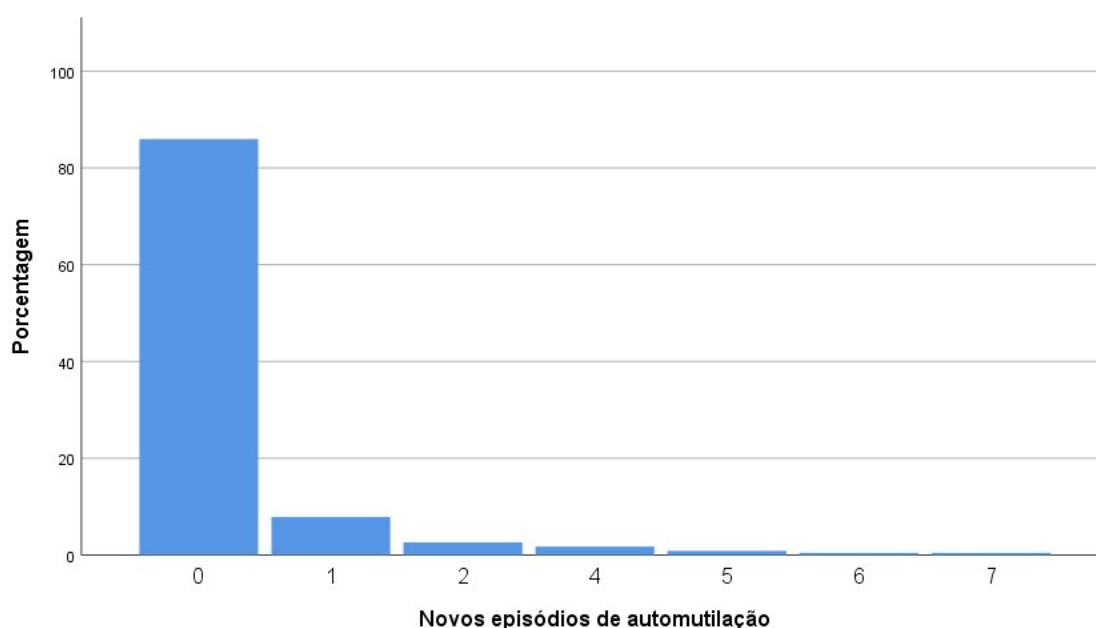


Figura 2. Distribuição dos participantes quanto aos novos episódios de automutilação.

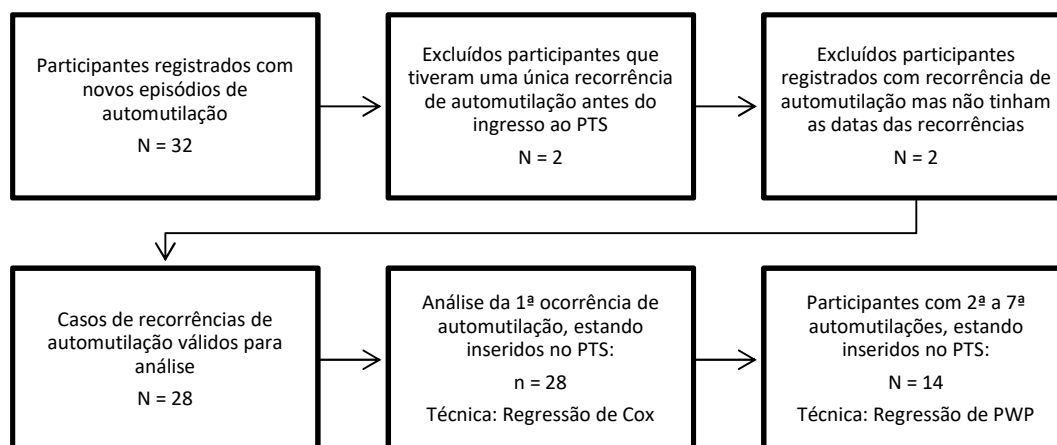


Figura 3. Fluxograma de inclusão e exclusão de pacientes com automutilação.

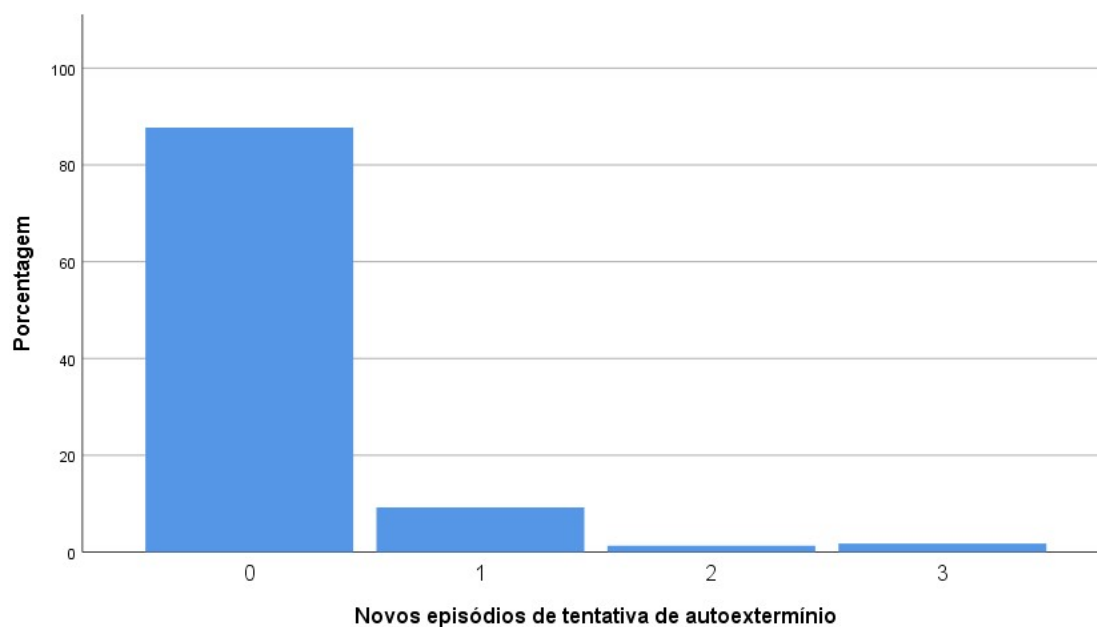


Figura 4. Distribuição dos participantes quanto aos novos episódios de tentativa de autoextermínio

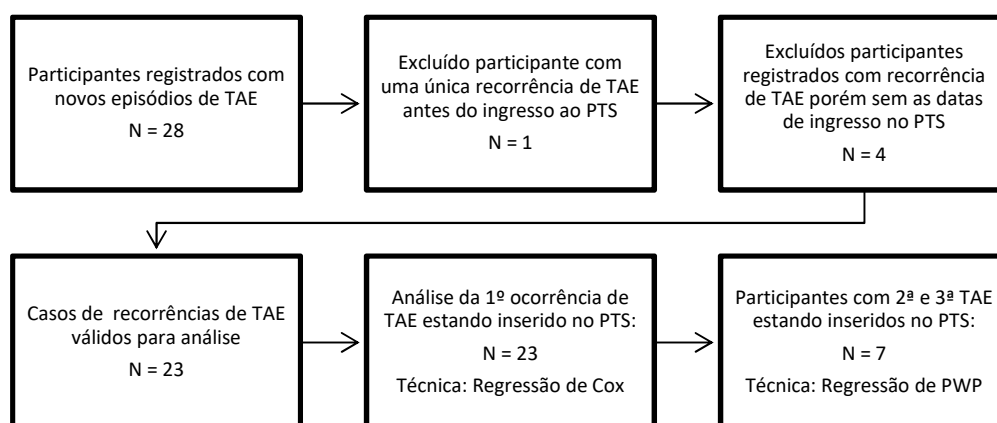


Figura 5. Fluxograma de inclusão e exclusão de pacientes com tentativa de autoextermínio.

4.2 Análise univariada (automutilação)

Com o objetivo de estudar a efetividade do PTS ou outros fatores preditores da reincidência de automutilação, estudou-se, inicialmente, todas as variáveis individualmente como candidatas ao modelo de predição, ou seja, foi realizada análise univariada. Como o desfecho foi dependente do tempo, aplicou-se a regressão de Cox, cujo resultado é mostrado em *hazard ratio* e seu intervalo de confiança de 95%, bem como o valor p. Para a regressão de Cox, foi considerado o tempo até o evento, calculado entre a inserção no PTS e a data da reincidência de automutilação.

Para o modelo de automutilação, de 57 variáveis testadas, inicialmente foram selecionadas 15 variáveis que apresentaram valor $p < 0,20$ para serem candidatas à análise multivariada. As tabelas a seguir mostram os resultados das variáveis de dados demográficos/fatores precipitantes, bem como das variáveis relativas à adesão ao PTS.

Tabela 1. Análise univariada por regressão de Cox de fatores preditores da 1ª reincidência de automutilação após inserção no PTS, entre os pacientes incluídos no estudo.

Variável	Número de casos disponíveis na análise	Casos com desfecho na análise	Valor p	HR	IC 95% LI	IC 95% LS
Territorio CAPS *	220	28				
Territorio Norte			<0,001	0,066	0,014	0,305
Territorio Centro			0,014	0,307	0,120	0,785
Comportamento de autoagressões	221	28	0,033	8,793	1,188	65,069
Transtorno humor	216	28	0,069	3,056	0,915	10,203
Uso esporádico e nocivo de cocaína/crack	221	28	0,088	3,537	0,827	15,13
<i>Bullying, cyberbullying</i>	221	28	0,047	2,155	1,009	4,603
Abuso sexual	221	28	0,135	1,83	0,829	4,043
Negligência	219	28	0,078	0,406	0,149	1,105
Separação, divórcio de pais ou responsáveis	221	28	0,192	0,599	0,277	1,293

Término de namoro	221	28	0,008	2,78	1,311	5,895
Episódio de suicídio ou automutilação de amigos ou parentes	221	28	0,027	2,685	1,120	6,436
Homossexual, bissexual, transexual, outros	221	28	0,031	2,724	1,098	6,756

*Em relação ao CAPS Sul. HR, *hazard ratio*; IC, intervalo de confiança; LI, limite inferior; LS, limite superior.

Analisadas como variáveis contínuas, a adesão ao PTS (%) nas diversas modalidades de atendimento foi testada. E foi verificado que a variável “Adesão ao atendimento de Serviço Social” permaneceu significativa na regressão de Cox, como mostrado na tabela abaixo. As demais variáveis não apresentaram associação significativa com o desfecho.

Tabela 2. Análise univariada por regressão de Cox de fatores preditores da 1ª reincidência de automutilação após inserção no PTS, entre os pacientes incluídos no estudo.

Variável	Número de casos disponíveis na análise	Casos com desfecho na análise	Valor p	HR	IC 95% LI	IC 95% LS
Adesão atendimentos em Serviço Social	56	6	0,036	0,977	0,955	0,998

HR, *hazard ratio*; IC, intervalo de confiança; LI, limite inferior; LS, limite superior.

Além disso, foi realizado um estudo para encontro do ponto de corte para as variáveis relativas à adesão ao PTS que melhor discriminasse a sobrevida livre de reincidência dos pacientes, como explicado a seguir.

Um dos principais problemas encontrados com a aplicação da técnica de análise de sobrevivência é a forma de agrupamento dos valores das variáveis contínuas, principalmente, para grupos mais ou menos homogêneos. A categorização de uma variável contínua envolve uma inevitável perda de informação. Além disso, a forma de agrupamento precisa estar relacionada com a variável resposta do modelo, o tempo de sobrevida, e não propriamente ao desfecho do estudo.

Diante desse contexto é necessário testar uma forma de agrupamento que considera a relação da variável resposta do modelo. Sendo assim, neste estudo, foi aplicada uma técnica de agrupamento dos valores de variáveis contínuas considerando a variável resposta de sobrevivência do modelo de Cox.

Foi aplicada uma metodologia para determinar o ponto de corte ideal das variáveis contínuas (adesão ao PTS, nas diversas modalidades), fundamentada na distribuição da curva de sobrevivência. Esse método consiste em ajustar a função da curva de sobrevivência, testando uma estatística máxima, otimizando o melhor resultado e fornecendo um valor de ponto de corte correspondente à relação mais significativa com a curva de sobrevivência. Os dados foram gerados usando o pacote *survminer* do programa R (EUGENIO, 2017; KASSAMBARA ET AL, 2017; KOSÍŃSKI, 2026).

Os resultados para a regressão de Cox univariada, considerando-se estes pontos de corte, estão na Tabela abaixo. Podemos observar que quatro variáveis tiveram valor $p < 0,20$ e, portanto, foram candidatas ao modelo multivariado, juntamente com os dados demográficos, uso de substâncias e eventos negativos de vida, da tabela anterior: Serviço Social, Visitas Domiciliares, Intervenções Familiares e Atendimentos de Psicologia.

Tabela 3. Análise univariada por regressão de Cox de fatores preditores da 1ª reincidência de automutilação após inserção no PTS, entre os pacientes incluídos no estudo – variáveis relativas à adesão ao PTS.

Adesão	Número de casos disponíveis na análise	Casos com desfecho na análise	Valor p	HR	IC 95% LI	IC 95% LS
Serviço Social $\geq 65\%$	56	6	0,09	0,224	0,040	1,243
Arteterapia $\geq 75\%$	93	7	0,46	0,442	0,051	3,820
Visitas domiciliares $\geq 65\%$	64	12	0,17	0,434	0,132	1,423
Intervenções familiares $\geq 35\%$	122	22	0,12	4,839	0,649	36,106
Medicina $\geq 95\%$	183	28	0,38	0,702	0,317	1,555
Psicologia $\geq 80\%$	173	22	0,17	0,460	0,154	1,375

Oficinas $\geq 70\%$	121	26	0,55	1,325	0,527	3,328
Enfermagem $\geq 65\%$	78	7	0,98	1,018	0,227	4,579

HR, *hazard ratio*; IC, intervalo de confiança; LI, limite inferior; LS, limite superior.

4.3 Modelo multivariado (automutilação)

A partir das variáveis candidatas da análise univariada, várias combinações destas variáveis foram executadas em modelos multivariados; diante de um cenário com número pequeno de desfechos, foi importante desenvolver modelos parcimoniosos.

Entre os modelos testados, os seguintes critérios foram observados: adequação do modelo pelo teste de log-verossimilhança; estabilidade das estimativas do *hazard ratio* pelo intervalo de confiança de 95%; variabilidade dos coeficientes betas e variabilidade das interações das covariáveis (matriz de correlação).

A Tabela 4 abaixo mostra um modelo com as variáveis finalistas para a predição da reincidência (1ª ocorrência de automutilação após a inserção no PTS) dos adolescentes. Como já mencionado, a técnica aqui aplicada foi a regressão de Cox. Neste modelo, estavam disponíveis para análise 56 casos, sendo seis com o desfecho de interesse.

Observa-se que “algum episódio de suicídio ou automutilação de amigos ou parentes” foi fator de risco para reincidência de automutilação (1ª ocorrência após inserção no PTS); o *hazard* foi 23,6 vezes maior para os adolescentes com relato de episódio de suicídio ou automutilação de amigos ou parentes; por outro lado, a adesão ao PTS, na modalidade “Serviço Social” foi fator protetor, diminuindo o *hazard* em 99,5% (1-0,005) de reincidência de automutilação (1ª ocorrência após inserção no PTS).

Tabela 4. Análise multivariada por regressão de Cox de fatores preditores da 1ª ocorrência de automutilação após inserção no PTS – variáveis finalistas.

Variável	Valor p	HR	IC 95% LI	IC 95% LS
----------	---------	----	--------------	--------------

Episódio de suicídio ou automutilação de amigos ou parentes	0,029	23,641	1,394	400,8
Adesão ao atendimento em Serviço Social $\geq 75\%$	0,024	0,054	0,004	0,681

HR, *hazard ratio*; IC, intervalo de confiança; LI, limite inferior; LS, limite superior.

4.4 Modelagem para eventos recorrentes (automutilação)

Para entender o comportamento de novos episódios a partir e incluindo a segunda ocorrência de automutilação durante o período do estudo (lembrando que a primeira recorrência já foi avaliada pelo modelo de Cox), foi desenvolvido o modelo de regressão de Prentice, Williams e Peterson (1981), denominado modelo de PWP, específico para análise de eventos recorrentes ou múltiplos eventos ao longo do tempo.

O modelo com as duas variáveis de predição para a primeira ocorrência de automutilação, após inserção no CAPS, descritas na seção anterior, foi testado, porém, não havia casos de adolescentes com a recorrência que tivessem participado da modalidade “Adesão ao Serviço Social”; entre as variáveis relativas à efetividade do PTS, os atendimentos de Psicologia estavam disponíveis em maior número de casos e foi possível ser testado.

A Tabela 5 apresenta o modelo de PWP com a variável “Adesão à Psicologia” para a predição de recorrência (tempo de recorrência após a primeira reincidência de automutilação) dos adolescentes. Observa-se que “Adesão à Psicologia” permaneceu protetora para a segunda ocorrência de automutilação durante o estudo, diminuindo o *hazard* de recorrência de automutilação em 1,8% (1 - 0,982) para cada unidade (%) de adesão à Psicologia. Ressalta-se que o modelo PWP aplicado neste estudo necessita ser aprimorado, para gerar estimativas de tempo de recorrência e *hazard* mais robustas, visto que o tamanho amostral utilizado no modelo não foi suficiente para garantir estimativas adequadas e robustas; porém, as estimativas desse modelo podem auxiliar

no entendimento de tendências de comportamento dos adolescentes e apontam para o papel protetor da variável “Adesão à Psicologia” do PTS.

Tabela 5. Análise multivariada por regressão de PWP de fatores preditores de recorrência de automutilação durante acompanhamento no PTS.

Variável	Valor p	HR	IC 95% LI	IC 95% LS
Adesão à Psicologia	0,025	0,982	0,967	0,997

HR, *hazard ratio*; IC, intervalo de confiança; LI, limite inferior; LS, limite superior.

O Gráfico abaixo mostra o *hazard* acumulado para as duas recorrências de automutilação (uma e duas ou mais recorrências após inserção no PTS).

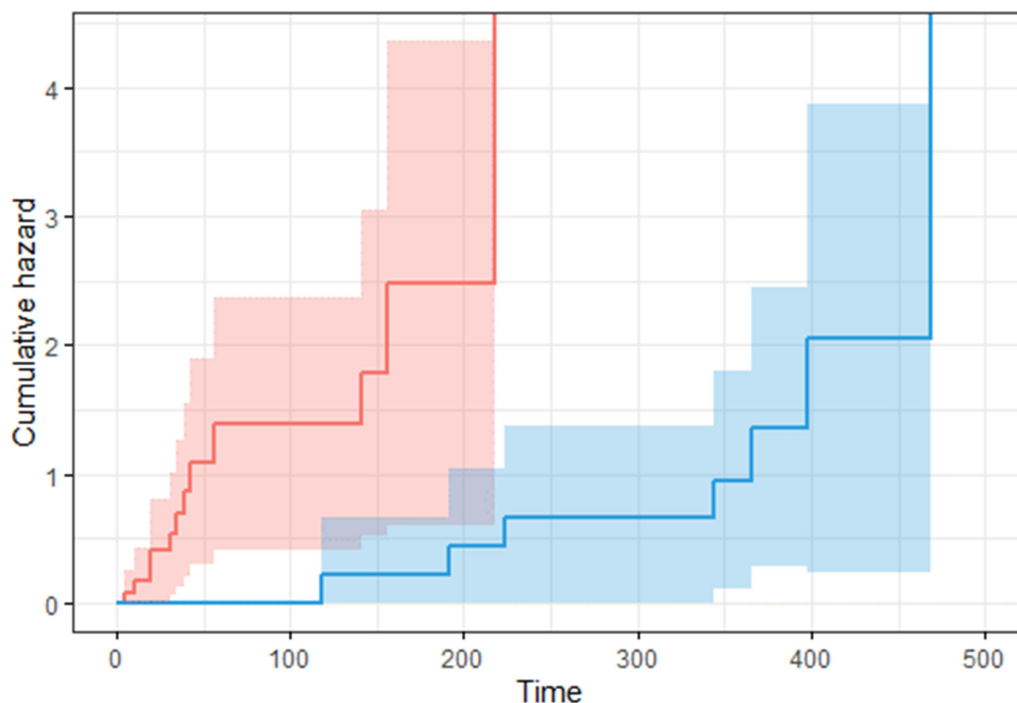


Figura 6. *Hazard* acumulado para primeira e segunda recorrência de automutilação. Em vermelho, para a primeira recorrência. Em azul, para a segunda recorrência.

4.5 Análise univariada (tentativa de autoextermínio)

Com o objetivo de estudar a efetividade do PTS e outros fatores preditores da reincidência de TAE, estudou-se, inicialmente, todas as variáveis individualmente como candidatas ao modelo de predição, ou seja, foi realizada análise univariada. Como o desfecho foi dependente do tempo, aplicou-se a regressão de Cox, cujo resultado é

mostrado em *hazard ratio* e seu intervalo de confiança de 95%, bem como, o valor p. Para a regressão de Cox, foi considerado o tempo até o evento, calculado entre a inserção no PTS e a data da primeira ocorrência de TAE após inserção no PTS.

Para o modelo de TAE, de 56 variáveis testadas, foram selecionadas sete variáveis que apresentaram valor $p < 0,20$ para serem candidatas à análise multivariada. A Tabela 6 abaixo mostra os resultados destas sete variáveis.

Tabela 6. Análise univariada por regressão de Cox de fatores preditores da 1ª ocorrência de TAE após inserção no PTS, entre os pacientes incluídos no estudo.

Variável	Casos disponíveis na análise	Casos com desfecho na análise	p	HR	IC 95% LI	IC 95% LS
Escolaridade	217	22	0,094	0,464	0,189	1,138
Uso esporádico e nocivo de bebidas alcoólicas	220	23	0,185	1,825	0,749	4,445
Uso esporádico e nocivo de solventes	220	23	0,186	3,890	0,520	29,077
Preconceito, racismo, homo/transfobia	220	23	0,118	2,379	0,803	7,046
Término de namoro	220	23	0,126	1,957	0,828	4,623
Episódio de suicídio ou automutilação de amigos ou parentes	220	23	0,103	2,176	0,855	5,533
Adesão a Intervenções Familiares	122	16	0,041	0,988	0,977	1,000

HR, *hazard ratio*; IC, intervalo de confiança; LI, limite inferior; LS, limite superior.

4.6 Pontos de corte para variáveis da adesão ao PTS (tentativa de autoextermínio)

Da mesma forma como foi feito para o desfecho automutilação, foi aplicada uma metodologia para determinar o ponto de corte ideal das variáveis contínuas (adesão ao PTS, nas diversas modalidades) na predição do desfecho, fundamentada na distribuição da curva de sobrevivência. Esse método consiste em ajustar a função da curva de sobrevivência, testando uma estatística máxima, otimizando o melhor resultado e fornecendo um valor de ponto de corte correspondente à relação mais significativa com

a curva de sobrevivência. O ponto de corte ótimo para “Intervenções Familiares” foi 65% de adesão. Os resultados estão na Tabela abaixo.

Tabela 7. Análise univariada por regressão de Cox de fatores preditores da 1ª ocorrência de TAE, após inserção no PTS, entre os pacientes incluídos no estudo.

Variável	Número de casos disponíveis na análise	Casos com desfecho na análise	Valor p	HR	IC 95% LI	IC 95% LS
Adesão a Intervenções Familiares $\geq$ 65%	122	16	0,038	0,35	0,13	0,94

HR, *hazard ratio*; IC, intervalo de confiança; LI, limite inferior; LS, limite superior.

4.7 Modelo multivariado (tentativa de autoextermínio)

A partir das variáveis candidatas da análise univariada, várias combinações destas variáveis foram executadas em modelos multivariados. Entre os modelos testados, os seguintes critérios foram observados: adequação do modelo pelo teste de log-verossimilhança; estabilidade das estimativas do *hazard ratio* pelo intervalo de confiança de 95%; variabilidade dos coeficientes betas e variabilidade das interações das covariáveis (matriz de correlação).

A Tabela 8 abaixo mostra o modelo com as variáveis finalistas para a predição da primeira ocorrência de TAE, após a inserção no PTS dos adolescentes. Como já mencionado, a técnica aqui aplicada foi a regressão de Cox. Neste modelo, estavam disponíveis 122 casos, sendo 16 com o evento ocorrência de TAE. Observa-se que preconceito/racismo/homo/transfobia foi fator de risco para ocorrência de TAE (1ª ocorrência após inserção no PTS); o *hazard* foi 3,7 vezes maior para os adolescentes que sofreram preconceito/racismo/homo/transfobia; por outro lado, a adesão ao PTS, na modalidade “intervenções familiares” foi fator protetor, diminuindo o *hazard* em 66% (1-0,34) de 1ª ocorrência de TAE após inserção no PTS.

Tabela 8. Análise multivariada por regressão de Cox de fatores preditores da 1ª

ocorrência de TAE após inserção no PTS – variáveis finalistas.

Variável	Valor p	HR	IC 95% LI	IC 95% LS
Preconceito, racismo, homo/transfobia	0,041	3,766	1,058	13,401
Adesão a Intervenções Familiares $\geq 65\%$	0,032	0,338	0,125	0,913

HR, *hazard ratio*; IC, intervalo de confiança; LI, limite inferior; LS, limite superior.

4.8 Modelagem para eventos recorrentes (tentativa de autoextermínio)

Para entender o comportamento de novos episódios a partir e incluindo a segunda ocorrência de TAE durante o período do estudo (lembrando que a primeira recorrência já foi avaliada pelo modelo de Cox), foi desenvolvido o modelo de regressão de Prentice, Williams e Peterson (1981), denominado modelo de PWP, específico para análise de eventos recorrentes ou múltiplos eventos ao longo do tempo.

A Tabela 9 apresenta o modelo de PWP com a variável finalista para a predição de recorrência (tempo de recorrência, após a primeira ocorrência de TAE) dos adolescentes. Os adolescentes incluídos nesta análise não possuíam informações de “Preconceito, Racismo, Homo/Transfobia”, por isto, esta variável não foi contemplada no modelo. Não houve preditor negativo.

Tabela 9. Análise multivariada por regressão de PWP de fatores preditores de recorrência de TAE.

Variável	Valor p	HR	IC 95% LI	IC 95% LS
Adesão a Intervenções Familiares $\geq 65\%$	0,029	0,980	0,962	0,998

HR, *hazard ratio*; IC, intervalo de confiança; LI, limite inferior; LS, limite superior.

O Gráfico abaixo mostra o *hazard* acumulado para as duas recorrências de TAE (2ª e 3ª ocorrências após inserção no PTS). Observa-se que “Adesão a Intervenções Familiares $\geq 65\%$ ” permaneceu protetora também para a segunda ocorrência de TAE durante o estudo, diminuindo o *hazard* em 2% (até 3,8%) de recorrência de TAE. Vale

ressaltar que na presente modelagem foram incluídos cinco adolescentes que apresentaram sete eventos de recorrência. Ressalta-se que o modelo PWP aplicado neste estudo necessita ser aprimorado, para gerar estimativas de tempo de recorrência e *hazard* mais robustas. As estimativas desse modelo podem auxiliar no entendimento de tendências de comportamento dos adolescentes e apontam para o papel protetor da modalidade “Intervenções Familiares” do PTS.

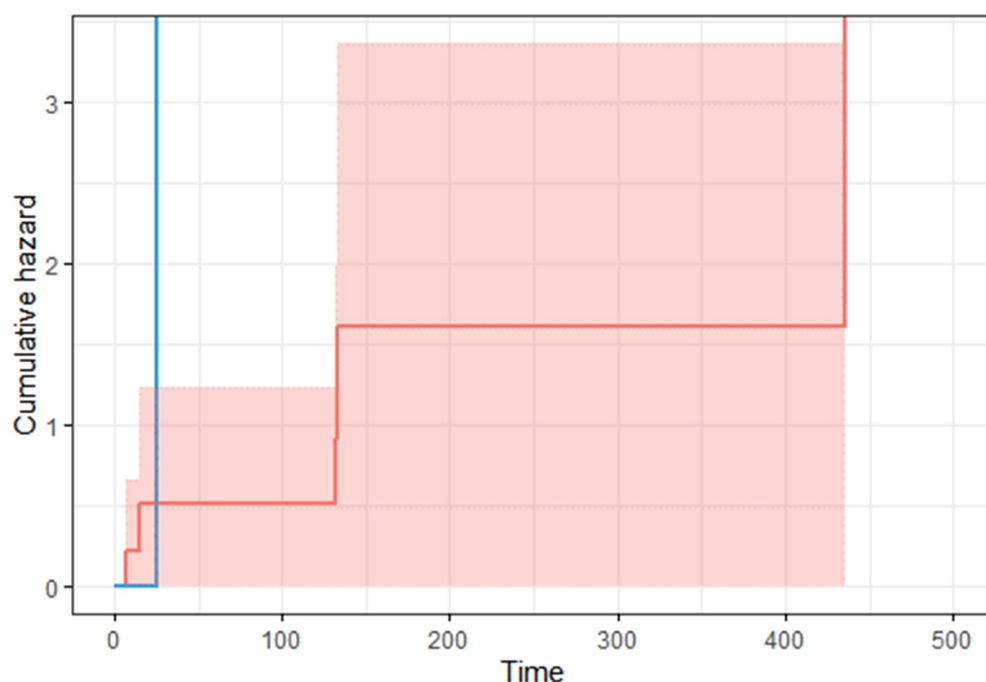


Figura 7. *Hazard* acumulado para primeira e segunda recorrência de tentativa de autoextermínio. Em vermelho, para a primeira recorrência. Em azul, para a segunda recorrência.

5. DISCUSSÃO

É a primeira coorte histórica sobre recorrência de automutilações e tentativas de autoextermínio em um país em desenvolvimento. Este estudo buscou verificar se há diferenças entre um primeiro episódio e recorrências; uma vez que em serviços secundários (CAPSi, ambulatório) os pacientes encaminhados já tinham realizado uma

automutilação ou tentativa de autoextermínio. É difícil de fato afirmar que são primeiros episódios; uma vez que adolescentes podem omitir tais informações, ou não relacionar episódios mais leves como uma ASIS (autolesão sem intenção suicida).

De 2015 a 2019, foram 228 adolescentes encaminhados para CAPSi e incluídos no PTS. Destes, 32 (14,03%) tiveram recorrência de automutilação e 28 (12,28%) com recorrência em tentativa de autoextermínio. Não houve suicídio consumado.

Foi possível verificar que na população adolescente brasileira, após análise multivariada, na primeira recorrência de automutilação, o serviço social diminuiu o risco em 95% (HR 0,054, IC95% 0,004 - 0,681), porém pode aumentar em 23 vezes caso haja algum episódio de automutilação em familiares e amigos (HR 23,641, IC95% 1,394 - 400,8). Nas demais recorrências, quanto maior adesão às consultas de Psicologia, menor o risco de automutilação (redução de 1%, a cada 1,8% de adesão). Para a primeira recorrência de tentativa de autoextermínio (TAE), a adesão a intervenções familiares reduzia o risco em 66,2% (HR 0,338, IC95% 0,125 - 0,913) e ser vítima de preconceito, racismo, homofobia, transfobia aumentava o risco em 3,7 vezes (HR 3,766, IC95% 1,058 - 13,401).

Diversos estudos (BRONFENBRENNER, 1979) formularam teorias sobre o comportamento de adolescentes e sua relação com o meio social inserido (família, amizades, escola e comunidade). É uma fase de constantes mudanças, inclusive com a puberdade, novos eventos sociais, interesse por experiências diferentes e criação da própria identidade. E de fato há pesquisas sobre fatores “proximais”, isto é, potenciais ocorrências negativas/positivas após a infância (> 6 anos). Em revisão sistemática por Bozzini et al. (2021) verificou-se que os principais fatores eram uso de substâncias

psicoativas (45%), comportamento suicida (21,6%), comportamento agressivo (14%), comportamento sexual de risco (11%). Nessas situações, a família apresenta um papel preponderante, pois está associada ao monitoramento dos filhos, manejo de possíveis conflitos parentais e entre irmãos e, principalmente, a escuta.

Mas adolescentes tendem a sair da supervisão dos pais, tentando se conectar com seus pares, podendo gerar aumento de estresse e sentimento de rejeição (DANIEL, 2009), assim como, imitar certos comportamentos suicidas (INSEL, 2008). Portanto, não podemos ignorar a fase de desenvolvimento, lembrando que muitas vezes, o encaminhamento para um atendimento pode dar a impressão de que este é diferente dos demais ou, após a crise, achar que não necessita mais do tratamento. Outros determinantes incluem a estratificação social, cultural e religiosa do local. É muito importante que tanto o CAPSi faça intervenções voltadas à família, mas que políticas públicas a incluam para prevenir novos eventos negativos.

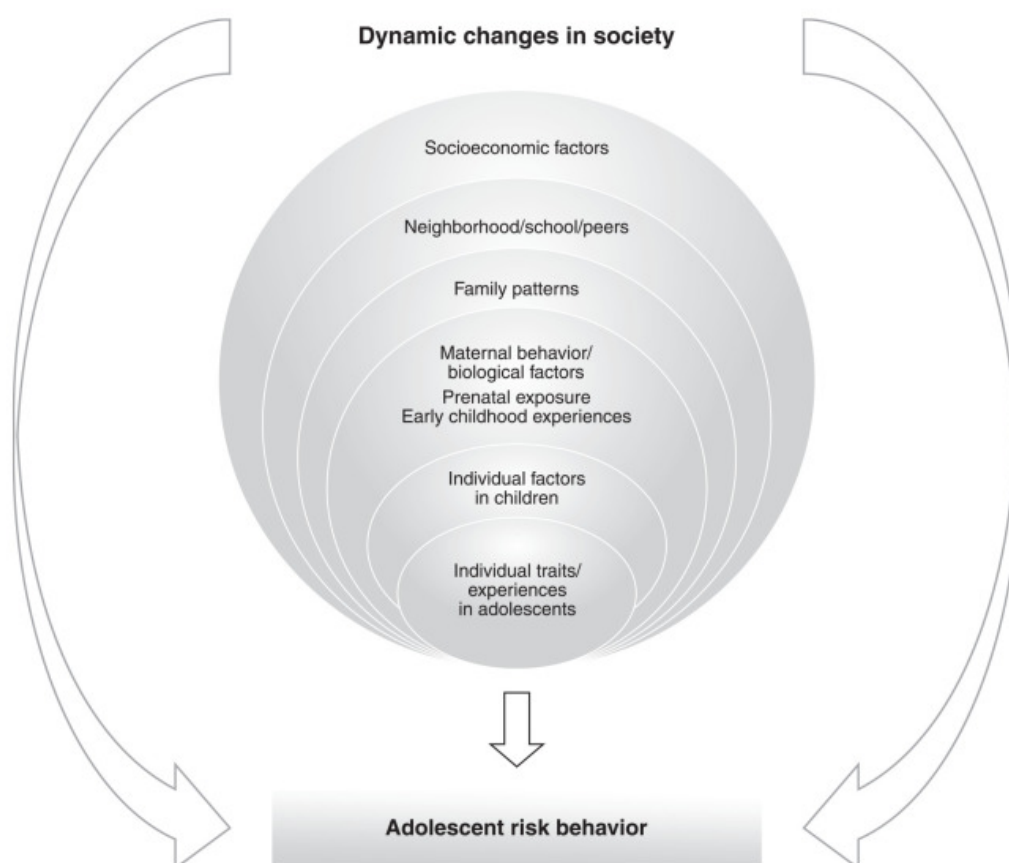


Figura 8. Fatores dinâmicos na construção do comportamento do adolescente (Catalano RF, 1996).

Os números relacionados ao suicídio nessa população são alarmantes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a juventude é o grupo de maior risco em um terço dos países e segunda causa de mortalidade em indivíduos entre 15-29 anos (WHO, 2019, OMS, 2020). No maior estudo até então, o *Multicentre Study of Self-Harm* (Hawton K, 2012, 2020), uma coorte prospectiva da Inglaterra, acompanhando 9173 adolescentes que tiveram hospitalização devido à automutilação (10 a 18 anos) de 2000 a 2010, verificou que 27,3% tiveram recorrência. Os principais fatores associados eram idade maior, automutilação através de cortes, e histórico de tratamento psiquiátrico prévio. Uma nova análise após alguns anos, também verificou uma taxa de

suicídio de 31,0% (IC95% 15,5 - 61,9) e 124 mortes (1%), sendo que 55 (44%) foram suicídios, 27 (22%) acidentais e 42 (34%) devido à outras causas (HAWTON, 2020). Foi verificado que a troca de método era relativamente comum, incluindo automutilação para autoextermínio. Os principais fatores de risco encontrados foram: sexo masculino (RR 2,50, IC95% 1,46-4,26), maior idade durante hospitalização (RR 1,82, IC95% 0,93 - 3,54), automutilação (RR 2,11, IC95% 1,17 - 3,81), enforcamento ou asfixia (RR 4,90, IC95% 1,47 - 16,39) e recorrência de automutilação (RR 1,87, IC95% 1,10 - 3,20). Em revisão sistemática de recorrência de suicídio em adultos, após análise de sensibilidade com adolescentes, uma nova tentativa de suicídio estava mais relacionada ao diagnóstico de TDAH, transtornos externalizantes e ASIS, em relação às condições de vida, tinham menos chance de viver com os pais biológicos, mais eventos de vida negativos, menos suporte social (MENDEZ-BUSTOS, 2013). Estudos mais antigos mostravam números de ASIS em adolescentes em torno de 15-35% (GRATZ, 2002; HEATH, 2008; WHITLOCK, 2011). Em outras coortes, foram encontrados possíveis preditores de suicídio e automutilação (MARS, 2019; HILT, 2008), para o primeiro havia associação com ASIS (OR 2,78, IC 95% 1,35 – 5,74), uso de cannabis (OR 2,61, IC 1,11 – 6,1), uso de outras substâncias ilícitas (OR 2,47, IC 1,02 – 5,96), exposição à autoagressão (na família OR 2,03, IC 0,93 – 4,44; amigos 1,85, IC 0,93 – 3,69). Entre os indivíduos com automutilação, os preditores mais fortes foram o uso de cannabis (OR 2,14), uso de outras drogas ilícitas (OR 2,17), dificuldades com sono (insônia inicial OR 1,91; sono não reparador OR 1,97). Em análise com adolescentes de região de Açores, 30% reportaram ao menos um episódio de automutilação (BARRETO, 2017).

Uma coorte retrospectiva com 180 pacientes transgêneros (12-29 anos) (REISNER, 2015), em comparação com pacientes cisgêneros tiveram mais ideação suicida (RR 3,61, IC95% 2,17 - 6,03), tentativa de suicídio (RR 3,20, IC95% 1,53 - 6,70) e automutilação (RR 4,30, IC95% 1,95 - 9,51). Em questionário online do *Project #Queery* dos EUA e Canadá, foi verificado que adolescentes transgêneros apresentam fatores de risco, como negligência emocional familiar, agressões interpessoais e baixa autoestima, por outro lado o sentimento de pertencimento à escola poderia auxiliar o jovem (AUSTIN, 2020). Nessa população, é importante que outros tratamentos também sejam discutidos tais como bloqueadores hormonais e terapia hormonal de afirmação de gênero (TORDOFF, 2022). Infelizmente há poucos estudos de sexualidade e gênero nessa população.

A etnia pode ser também um potencial fator de risco, como mostrado em estudos prospectivos, sendo que a raça negra possui risco aumentado para automutilação (YEN, 2012), assim como asiáticos (FAROOQ, 2021).

Um outro fator de risco discutido é a exposição a automutilação ou suicídio de amigos ou familiares. A adolescência é um período no qual o jovem está suscetível ao comportamento de seus pares e isto inclui a automutilação, que pode ocorrer em grupos sociais (emo, gótico) ou até em contextos religiosos. Dados do *National Longitudinal Survey of Adolescent Health* verificou que a presença de amigos que tentaram suicídio elevou o risco de tentativa de suicídio em 1,66-1,71 vezes (OR 1,71, IC95% 1,095 - 2,671 em meninos e OR 1,663, IC95% 1,253 - 2,207 em meninas), entretanto não houve associação com familiares (BEARMAN, 2004). Outro estudo longitudinal de seis meses, verificou que a recorrência de automutilação foi aumentada se comportamento similar com amigos (OR 4,86, IC 1,87 - 12,64) e familiares (OR 6,63, IC 2,44 – 18,02),

além de sexo feminino, pais divorciados, uso de substâncias, *bullying*, abuso sexual, dificuldade com relacionamento. Estudos transversais apresentaram essa mesma relação ainda com alguns resultados mistos em relação a gênero e grau de relação (YSTGAARD, 2003; HAWTON, 2004; DE LEO, 2004; MCMAHON, 2010).

No Brasil, de 2006 a 2015 foi observado um aumento de 24% na taxa de suicídio em adolescentes entre 10 a 14 anos (JAEN-VARAS, 2019). Entre 2000 a 2015, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, foram registradas 11.947 mortes em jovens de 10 a 19 anos, quase um décimo (8,25%) dos suicídios no país (CICOGNA, 2019). Em um estudo retrospectivo brasileiro (STUDART-BOTTÓ, 2020) utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), de 1998-2018, houveram 11.312 hospitalizações por automutilação e 65 mortes confirmadas. Um estudo comunitário do Rio Grande do Sul e São Paulo (n = 2,508) verificou uma prevalência de automutilação de 1% (no último mês) e 1,5% (durante a vida) em adolescentes (SIMIONI, 2018), principalmente em pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e transtorno opositor desafiador. Estes últimos dois diagnósticos apareceram em 0,4% e 2,6%, respectivamente, neste estudo. Comunidades indígenas da região de Mato Grosso do Sul, mostraram taxas expressivas de suicídio: 289,3 por 100.000 em adolescentes do sexo masculino (15-19 anos) e 85,3 por 100.000 em meninas adolescentes (10-14 anos) (LAZZARINI, 2018), sendo que mais da metade dos casos ocorreram dentro de casa. Em estudo brasileiro publicado por Jaen-Varas *et al* (2019) durante 2006-2015 a taxa de suicídio aumentou em 24% (JAEN-VARAS, 2019). Os autores levantam a possibilidade de a desigualdade social desempenhar um papel preponderante, principalmente em adolescentes do sexo feminino. O CAPS possibilita a

democratização do acesso à saúde mental, permitindo que pacientes tenham acompanhamento multiprofissional de qualidade.

Infelizmente são comportamentos muitas vezes escondidos por essa população e não há um consenso sobre rastreamento através de escalas. Em metanálise de 2019, foram avaliados 11 estudos controlados randomizados ou coortes, e 10 ferramentas. A predictabilidade varia conforme os estudos (27-95,8%), como observado em metanálise de 2019 (HARRIS, 2019). A avaliação clínica ainda supera as escalas para a predição de recorrência. Outros estudos tiveram resultados mistos com as escalas *Self-Injury Implicit Association Test* (SI-IAT), *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS), (CHA, 2016; GIPSON, 2015; HORWITZ, 2015).

Sobre as intervenções com evidência científica, Brent *et al.* (2013) verificaram que suporte parental (e não familiar) e monitoramento dos adolescentes podem diminuir a recorrência, que foram representados por duas técnicas: terapia baseada em mentalização e terapia cognitiva comportamental. Uma intervenção breve pode melhorar a adesão ao tratamento, porém não reduz o desfecho (BRENT, 2013). Em metanálise de 2014, com 19 estudos controlados randomizados com adolescentes, também foram mencionadas as terapias acima, e a terapia dialética comportamental (TDC) (OUGRIN, 2015). Outros estudos verificaram que mesmo em casos graves; a TDC esteve associada a menos tentativas de suicídio (MCCAULEY, 2018). Para as autolesões sem intenção suicida, a terapia comportamental dialética, terapia de grupo de regulação emocional, terapia cognitiva, psicoterapia dinâmica, uso de antipsicóticos atípicos (aripiprazol), naltrexona e inibidores seletivos da recaptação de serotonina (com ou sem terapia cognitivo-comportamental) tiveram resultados promissores em revisão sistemática (TURNER, 2014). Em outra revisão, sobre intervenções de resolução de

problemas, apesar de conter, principalmente, estudos transversais, mostrou possível relação com diminuição de comportamento suicida (SPECKENS, 2005). O uso de psicofármacos para tratamento de comorbidades psiquiátricas também pode auxiliar no sofrimento psíquico dos pacientes (SHAIN, 2007; QUESADA, 2020). Entretanto, em países em desenvolvimento, há dificuldades no treinamento de psicoterapias específicas no SUS, além da sobrecarga dos profissionais. Portanto, a intervenção interpessoal breve é uma ferramenta interessante. Além disso, o psicólogo pode auxiliar durante intervenções familiares, construção do PTS, qualificação da equipe no rastreamento de automutilação e TAE, entre outras (BRASIL, 2016).

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), uma política pública nacional, pode auxiliar também famílias com dificuldades financeiras através de oferta em renda, moradia, relações familiares, deficiência e casos de violência. A presença da assistente social no CAPSi, além do acolhimento, apoio em intervenção familiar e auxílio em documentação, benefícios sociais, pode auxiliar na articulação com a rede de proteção social, tais como, o CRAS, CREAS e unidades de acolhimento (Casa Lar, Abrigo Institucional) (CRP-DF, 2020).

A estrutura do CAPS infantil foi estipulada, em 2002, para alcançar uma população de 200 mil habitantes, de segunda a sexta-feira, das 8 horas até 18 horas (terceiro turno até 21 horas). (BRASIL, 1991; BRASIL, 2002). O trabalho feito é multiprofissional através de espaços coletivos (grupos, oficinas, intervenções, reuniões de equipe) e com contato com demais serviços (escolas, UBS, CRAS) (BRASIL, 2007). É realizado mediante PTS, podendo ser local inclusive de atendimento de situações de crise (BRASIL, 2014). Mas é importante citar que, ao contrário do atendimento a adultos, em que há uma prioridade ao atendimento do transtorno mental grave e

persistente, no CAPSi há uma singularidade no cuidado dessa população (sendo não somente pequenos adultos), além da necessidade de um grande trabalho intersetorial (BELTRAME, 2013) e também de inclusão social desde o âmbito familiar até escolar (FERNANDES, 2016). É importante que a população reconheça que o CAPSi é um serviço de saúde porta aberta, cujo caráter territorial e comunitário permite que o paciente e sua família seja ouvida, acolhida e cuidada.

A equipe multiprofissional, além do atendimento ao qual tem formação, pode auxiliar o paciente através de:

- Acesso a atividades de lazer em ambientes de desejo por essa população, como por exemplo shopping, cinema, parques, teatros, através dos acompanhantes terapêuticos;
- Acolhimento e suporte aos pais e familiares, além de psicoeducação e treinamento parental;
- Contato com escolas, avaliando dados acadêmicos, traçando estratégias pedagógicas e rastreando possíveis eventos negativos, como *bullying*, preconceito, discriminação;
- Visitas domiciliares para avaliação da residência, relações familiares e envolvimento da comunidade (FERNANDES, 2016).

E mesmo com a criação deste serviço específico ainda há entraves como o baixo financiamento, pobres condições de trabalho e sobrecarga dos profissionais de saúde. Em certos casos, mesmo com o PTS, algumas unidades ainda operam o modelo médico e individualizante ao invés do cuidado integrado (VECHIATTO, 2019). Infelizmente, existe um subinvestimento nessa área (YASUI, 2010) sendo o CAPSi muitas vezes o

único dispositivo de cuidado em algumas cidades, funcionando muitas vezes ainda com a lógica ambulatorial (DA SILVA, 2018). Em 2009, haviam somente 105 unidades de CAPSi no Brasil, sendo que destes; 46 estavam na região Sudeste; 27 no Nordeste; 25 no Sul; cinco no Centro-Oeste e dois no Norte. Em 2012, este número elevou-se para 149 (BRASIL, 2012). Em 2014, haviam 201 unidades no Brasil, somente com Acre, Roraima e Tocantins sem unidades (BRASIL, 2015). E em 2021, haviam 274 unidades de CAPSi, sendo que 150 estavam na região Sudeste, 54 na região Sul e Nordeste, 10 no Centro-Oeste e 6 no Norte (BRASIL, 2021). Em 2009, foram investidos 46 milhões de reais (SANTOS, 2014) e este valor foi para somente 65 milhões em 2021. De fato, há uma falta de visibilidade deste público na pauta das políticas públicas em saúde mental por estigma (SANTOS, 2014), mas muitas vezes por falta de representatividade (CUBAS, 2022).



Figura 9. Distribuição de CAPSi no Brasil (dados de setembro de 2020)

A prevenção de uma recorrência de suicídio, apesar de mais difícil diante da gravidade e cronicidade de certos casos, além de garantir uma melhor qualidade de vida ao paciente e família, gera menor ônus econômico ao SUS. Um estudo na UNICAMP, com 17 casos de tentativa de autoextermínio, verificou que a média de custos hospitalares (atendimento pré-hospitalar, fármacos, procedimentos, exames complementares, diárias) era de 9.560 reais e um custo total (incluindo seguimento ambulatorial, custos indiretos familiares) de 12.351 reais (BOTEGA, 2015).

Dito isto, para o CAPSi, é importante que seja implementada em prontuário eletrônico uma forma de identificação do paciente com quadro de TAE ou

automutilação prévia, para anotação dados sobre recorrências (data, tipo), hospitalização e internação, fluxograma de abordagem de risco de suicídio (VAN DER MOLEN, 2007) e plano de (BOTEGA, 2015) para auxiliar os profissionais de saúde. Há uma tendência de que a primeira recorrência ocorra nos primeiros dias, enquanto que as demais após 100 dias. De fato, no CAPSi Sul existe a conduta de avaliação psiquiátrica semanal para casos com esta condição, entretanto pode ser reelaborada, com rastreamento de segunda recorrência de forma mensal/trimestral.

Neste estudo, para evitar heterogeneidade, foi utilizada somente a população adolescente, devido à maior prevalência de ASIS e TAE. Crianças menores de cinco anos raramente tem episódios (referência). Além disso, por ser uma fase de transição associada a diversos eventos de vida negativos e alterações comportamentais, muitas vezes são encaminhados para o CAPSi através de escolas, USF e, outros. E o melhor desempenho de análises para eventos dependentes do tempo pode ser obtido através de análises de “sobrevivência”, que consideram o tempo até o evento. A análise por regressão de Cox foi utilizada na busca de possíveis fatores preditores da recorrência de automutilação e TAE. Aplicou-se uma técnica para encontro de ponto de corte ótimo para as variáveis contínuas (adesão às modalidades de atendimento do PTS); uma ferramenta de sobrevida que acaba por incluir o tempo, diferentemente de outras como a curva ROC. E em seguida, os fatores protetores e de risco com $p < 0,2$ obtidos em análise univariada, foram testados em multivariada. Portanto, nesse caso os resultados estão em *hazard ratio*, uma vez que representam um risco instantâneo (i.e., de forma não cumulativa como o risco relativo, o qual apresenta um ponto final definitivo de avaliação) para a recorrência e incluem o tempo. Para a automutilação, foi optado por agrupamento de recorrências para evitar grandes distorções nos resultados.

5.1 Limitações

A necessidade do prontuário para acessar as informações é uma limitação grave; uma vez que é dependente da minúcia dos detalhes que os profissionais de saúde têm a oferecer. Automutilações sem intenção suicida possuem uma grande variedade de lesões, incluindo desde a arranhões a cortes (beliscões, apertos, tapas, socos, cabeçadas, mordidas) (KLEIMAN, 2014). Devido à gravidade, somente cortes foram descritos, muitas vezes, após serem encaminhadas para emergência psiquiátrica ou clínica e entregarem o guia de referência e contra-referência ao CAPSi. Decerto muitos episódios não foram relatados ou descritos pelos profissionais. Além disso, geralmente, pacientes mais graves, devido ao próprio contexto social e familiar, têm baixa adesão ao tratamento, muitas vezes evadindo das atividades fornecidas, impossibilidade de transporte até o CAPSi (mesmo com auxílio do serviço social), descrença da necessidade de tratamento, ou se recusando a visitas domiciliares. Isto pode conferir um possível viés de seleção em coortes retrospectivas, assim como a perda de seguimento é para as coortes prospectivas.

Apesar de estar dentro do tamanho amostral calculado, diante da baixa recorrência de automutilação (14,03%) e TAE (12,28%); o modelo PWP para TAE aplicado neste estudo necessita ser aprimorado, para gerar estimativas de tempo de recorrência e *hazard* mais robustas, principalmente, para as análises multivariadas (mais de uma recorrência), principalmente para TAE. De fato, muitos casos de automutilação são episódicos e resolvem espontaneamente (MORAN, 2012). Sugere-se avaliações multicêntricas ou um estudo em São José do Rio Preto em novo período (2020 a 2024).

Não foi possível verificar, devido à própria metodologia, uma causalidade entre transtornos mentais e automutilação ou tentativa de autoextermínio. Acredita-se que

episódios prévios e diagnósticos psiquiátricos aumentam o risco de recorrência (MARS, 2014). Apesar de estudos sobre etnia, esta não foi avaliada neste estudo devido à ausência desse dado em prontuário.

O papel do assistente social pode variar para cada unidade de CAPSi. Tal heterogeneidade nas funções pode gerar fatores confundidores aos dados apresentados.

A escolha por um acompanhamento de cinco anos ocorreu devido à própria limitação estrutural do CAPS infantil. Em São José do Rio Preto, as três unidades Norte, Centro e Sul surgiram somente no ano de 2004, 2009, 2015, respectivamente (BRASIL, 2003; BRASIL, 2009; BRASIL, 2015). Além disso, devido à pandemia de Covid-19, para evitar confundidores foi optado pela exclusão do ano de 2020. É sugerida uma avaliação à parte desse período, uma vez que os adolescentes tiveram uma rotina diferente tanto em âmbito escolar, quanto familiar, econômico e social.

É importante lembrar que os adolescentes são um grupo muito heterogêneo, portanto, extrapolações para outras populações devem levar em conta a região, cultura, religião, período, entre outros. (GOLDSTON, 1998; ESPOSITO, 2003; MANDELL, 2006)

6. CONCLUSÃO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), em adolescentes, mostrou-se efetivo em diminuir recorrência de automutilação através de adesão com Serviço Social e da adesão com Psicologia, e tentativa de autoextermínio por meio de intervenções familiares. Por outro lado, familiares ou amigos apresentando automutilação, ou

racismo, preconceito e LBTQIA+fobia aumentaram o risco, respectivamente. É sugerida uma avaliação dentro da primeira semana para evitar uma primeira recorrência de automutilação, e um rastreamento trimestral para as demais recorrências. Através desta estratégia, é possível diminuir a mortalidade nesta população, reduzindo o estigma sobre este tema e promover melhores condições de vida para os pacientes que acompanham o CAPSi.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069/90. São Paulo, Atlas, 1991. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/publicacoes/eca-2023.pdf>.
2. Centers for Disease Control and Prevention. WISQARS fatal injury reports, 1999-2016, for national, regional, and states. <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>.
3. Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents: Resultados de: National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300–310. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55 .
4. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas: informe regional [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2014 [citado em 8 de setembro de 2017]. página 84. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/PAHOMortalidad-suicidio.pdf> .
5. Curtin SC, Hedegaard H, Minino A, Warner M, Simon T. QuickStats: suicide rates for teens aged 15-19 years, by sex—United States, 1975-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;66(30):816. doi:10.15585/mmwr.mm6630a6.
6. Ruch DA, Sheftall AH, Schlagbaum P, Rausch J, Campo JV, Bridge JA. Trends in Suicide Among Youth Aged 10 to 19 Years in the United States, 1975 to

2016. JAMA Netw Open. Publicado online em 17 de Maio de 2019. 2(5):e193886. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.3886.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Survey: data summary and trends report 2007-2017. <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/trendsreport.pdf>.
 8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. Bol Epidemiológico [Internet]. 2017 [citado 2017 set 29] set;48(30):1-15. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>.
 9. Bennewith O, Stocks N, Gunnell D, Peters TJ, Evans MO, Sharp DJ. General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: cluster randomised controlled trial. BMJ. 2002;324(7348):1254–1257. doi:10.1136/bmj.324.7348.1254.
 10. Gardner W, Pajer K, Cloutier P et al. Health outcomes associated with emergency department visits by adolescents for self-harm: a propensity-matched cohort study. CMAJ Nov 2019, 191 (44) E1207-E1216; DOI: 10.1503/cmaj.190188.
 11. Rohling BSV, Ciesca D, Liebl G. Projeto Vida: integração da Vigilância Epidemiológica e setor da Saúde Mental frente às tentativas de suicídio em Fraiburgo, Santa Catarina, 2014-2017. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2018; 27(3), e2017319. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000300014>.

12. Vieira GM, Pires MHR, Pires OC. Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. Rev. dor [Internet]. 2016; 17(4): 257-260. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000400257&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160084>.
13. DeVille DC, Whalen D, Breslin FJ, et al. Prevalence and Family-Related Factors Associated With Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Self-injury in Children Aged 9 to 10 Years. JAMA Netw Open. 2020;3(2):e1920956. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.20956.
14. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
15. Silveira E, da Silva Santos R, Ferreira A. Impacto da morbi-mortalidade e gastos com suicídio no Brasil de 1998 a 2007. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 2012;4(4):undefined-undefined. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5057/505750895009>.
16. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. PLoS One. 2016;11(4):e0153760. doi:10.1371/journal.pone.0153760.

17. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2015. URL <https://www.R-project.org/>.
18. Conover WJ. Practical nonparametric statistics. New York: John Wiley & Sons, 1999.
19. Kleibaum DG, Klein M. Survival Analysis: A Self-Learning Text. 2ed. New York: Springer Science, 2005.
20. Prentice RL, Williams BJ, Peterson AV. On the regression analysis of multivariate failure time data, *Biometrika*, v. 68, n. 2, p. 373-379, 1981.
21. Cox DR. Regression models and life tables. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B*. 34;187-220, 1972.
22. Hair JR J et al. Multivariate data analysis. Joseph F. Hair Jr. 5^a ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998.
23. Agresti A. Categorical data analysis. 3rd. Ed. EUA: Wiley & Sons, 2012.
24. Eugenio GC. Métodos de seleção de pontos de corte em Análise de Sobrevivência. 2017. Dissertação – Instituto de Matemática e Estatística, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
25. Kassambara A, Kosiński M, Biecek P, Fabian S. Package ‘survminer’. Drawing Survival Curves using ‘ggplot2’. (R package version 0.3. 1.), 2017.
26. Kosiński M. Determine optimal cutpoints for numerical variables in survival plots. R-ADDICT, november, 2016.
27. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge:: Harvard University; 1979.

28. Bozzini AB, Bauer A, Maruyama J, Simões R, Matijasevich A. Factors associated with risk behaviors in adolescence: a systematic review. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(2):210-221. doi:10.1590/1516-4446-2019-0835.
29. Daniel SS, Goldston DB. Interventions for suicidal youth: a review of the literature and developmental considerations. *Suicide Life Threat Behav*. 2009 Jun;39(3):252-68. doi: 10.1521/suli.2009.39.3.252. PMID: 19606918; PMCID: PMC2819305.
30. Insel, BJ, Gould MS. Impact of modeling on adolescent suicidal behavior. *The Psychiatric clinics of North America*. 2008; 31(2), 293–316. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.007>
31. Catalano RF, Hawkins JD. The social development model: a theory of antisocial behavior. Hawkins JD, editor.
32. WHO. Suicide in the World: global health estimates. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide--in-the-world>.
33. OMS. Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais. Geneva: OMS, 2000a. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf.
34. Hawton K, Bergen H, Kapur N, Cooper J, Steeg S, Ness J, Waters K. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Dec;53(12):1212-9. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x. Epub 2012 Apr 27. PMID: 22537181.

35. Hawton K, Bale L, Brand F, et al. Mortality in children and adolescents following presentation to hospital after non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a prospective observational cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(2):111-120. doi:10.1016/S2352-4642(19)30373-6.
36. Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide reattempters: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry*. 2013;21(6):281-295. doi:10.1097/HRP.0000000000000001.
37. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2002;72:128–140. doi:10.1037/0002-9432.72.1.128.
38. Heath N, Toste J, Nedechewa T, Charlebois A. An Examination of Nonsuicidal Self-Injury Among College Students. *Journal of Mental Health Counseling*. 2008;30:137–156.
39. Whitlock J, Muchlenkamp J, Purington A, Eckenrode J, Barreira P, Baral Abrams G, Knox K. Nonsuicidal Self-injury in a College Population: General Trends and Sex Differences. *Journal of American College Health*. 2011;59:691–698. doi: 10.1080/07448481.2010.529626.
40. Mars B, Heron J, Klonsky ED, et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(4):327-337. doi:10.1016/S2215-0366(19)30030-6
41. Hilt LM, Nock MK, Lloyd-Richardson EE, Prinstein MJ. Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents rates, correlates, and

- preliminary test of an interpersonal model. *The Journal of Early Adolescence*. 2008;28:455–469. doi: 10.1177/0272431608316604.
42. Barreto CC, da Motta C, Sousa M, Cabral J. Biting myself so I don't bite the dust: prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths. *Braz J Psychiatry*. 2017;39(3):252-262. doi:10.1590/1516-4446-2016-1923.
 43. Reisner SL, Vettes R, Leclerc M, et al. Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. *J Adolesc Health*. 2015;56(3):274-279. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.10.264.
 44. Austin A, Craig SL, D'Souza S, McInroy LB. Suicidality Among Transgender Youth: Elucidating the Role of Interpersonal Risk Factors. *J Interpers Violence*. 2022 Mar;37(5-6):NP2696-NP2718. doi: 10.1177/0886260520915554. Epub 2020 Apr 29. Erratum in: *J Interpers Violence*. 2020 Jul 29;:886260520946128. PMID: 32345113.
 45. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Netw Open*. 2022 Feb 1;5(2):e220978. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.0978. Erratum in: *JAMA Netw Open*. 2022 Jul 1;5(7):e2229031. PMID: 35212746; PMCID: PMC8881768.
 46. Yen S, Weinstock LM, Andover MS, Sheets ES, Selby EA, Spirito A. Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psychol Med*. 2013 May;43(5):983-93. doi:

- 10.1017/S0033291712001912. Epub 2012 Aug 30. PMID: 22932393; PMCID: PMC3663078.
47. Farooq B, Clements C, Hawton K, Geulayov G, Casey D, Waters K, Ness J, Patel A, Kelly S, Townsend E, Appleby L, Kapur N. Self-harm in children and adolescents by ethnic group: an observational cohort study from the Multicentre Study of Self-Harm in England. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021 Nov;5(11):782-791. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00239-X. Epub 2021 Sep 21. PMID: 34555352; PMCID: PMC9766885.
 48. Bearman PS, Moody J. Suicide and friendships among American adolescents. *Am J Public Health*. 2004 Jan;94(1):89-95. doi: 10.2105/ajph.94.1.89. PMID: 14713704; PMCID: PMC1449832.
 49. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study. *Suicide Life Threat Behav*. 2009 Aug;39(4):364-75. doi: 10.1521/suli.2009.39.4.364. PMID: 19792978.
 50. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. Villet egenskade blant ungdom [Deliberate self harm in adolescents]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2003 Aug 28;123(16):2241-5. Norwegian. PMID: 14508543.
 51. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*. 2002 Nov 23;325(7374):1207-11. doi: 10.1136/bmj.325.7374.1207. PMID: 12446536; PMCID: PMC135492.
 52. De Leo D, Heller TS. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Med J Aust*. 2004 Aug 2;181(3):140-4. doi: 10.5694/j.1326-5377.2004.tb06204.x. PMID: 15287831.

53. McMahon EM, Reulbach U, Corcoran P, Keeley HS, Perry IJ, Arensman E. Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents. *Psychol Med*. 2010 Nov;40(11):1811-9. doi: 10.1017/S0033291709992145. Epub 2010 Jan 8. PMID: 20056025.
54. Jaen-Varas D et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2019, 41(5), 389-395. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223>>. Epub 18 Feb 2019. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223>.
55. Cicogna JIR, Hillesheim MD, Hallal ALLC. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *J. bras. psiquiatr*. 2019;68(1), 1-7.
56. Studart-Bottó P, Martins-Junior DF, Sarmiento S, Argolo L, Galvão-de-Almeida A, Miranda-Scippa Â. Self-injurious behavior and related mortality in children under 10 years of age: a retrospective health record study in Brazil. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(1):40-45. doi:10.1590/1516-4446-2018-0355.
57. Simioni AR, Pan PM, Gadelha A, et al. Prevalence, clinical correlates and maternal psychopathology of deliberate self-harm in children and early adolescents: results from a large community study. *Braz J Psychiatry*. 2018;40(1):48-55. doi:10.1590/1516-4446-2016-2124.
58. Lazzarini TA, Gonçalves CCM, Benites WM, et al. Suicide in Brazilian indigenous communities: clustering of cases in children and adolescents by household. *Rev Saude Publica*. 2018;52:56. doi:10.11606/s1518-8787.2018052000541.

59. Jaen-Varas DC et al. A 10-year ecological study of the methods of suicide used by Brazilian adolescents. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. 8 [Accessed 3 January 2023], e00104619. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104619>. Epub 02 Sept 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104619>.
60. Harris IM, Beese S, Moore D. Predicting future self-harm or suicide in adolescents: a systematic review of risk assessment scales/tools. *BMJ Open*. 2019 Sep 6;9(9):e029311. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029311. PMID: 31494608; PMCID: PMC6731844.
61. Cha CB, Augenstein TM, Frost KH, Gallagher K, D'Angelo EJ, Nock MK. Using Implicit and Explicit Measures to Predict Nonsuicidal Self-Injury Among Adolescent Inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Jan;55(1):62-8. doi: 10.1016/j.jaac.2015.10.008. Epub 2015 Oct 30. PMID: 26703911.
62. Gipson PY, Agarwala P, Opperman KJ, Horwitz A, King CA. Columbia-suicide severity rating scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients. *Pediatr Emerg Care*. 2015 Feb;31(2):88-94. doi: 10.1097/PEC.0000000000000225. PMID: 25285389; PMCID: PMC5037572.
63. Horwitz AG, Czyz EK, King CA. Predicting Future Suicide Attempts Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015;44(5):751-61. doi: 10.1080/15374416.2014.910789. Epub 2014 May 28. PMID: 24871489; PMCID: PMC4247360.
64. Brent DA, McMakin DL, Kennard BD, Goldstein TR, Mayes TL, Douaihy AB. Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Dec;52(12):1260-71. doi:

- 10.1016/j.jaac.2013.09.009. Epub 2013 Sep 29. PMID: 24290459; PMCID: PMC3873716.
65. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(2):97-107.e2. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.009.
 66. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, Avina C, Hughes J, Harned M, Gallop R, Linehan MM. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2018 Aug 1;75(8):777-785. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1109. Erratum in: *JAMA Psychiatry*. 2018 Aug 1;75(8):867. PMID: 29926087; PMCID: PMC6584278.
 67. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can J Psychiatry*. 2014 Nov;59(11):576-85. doi: 10.1177/070674371405901103. PMID: 25565473; PMCID: PMC4244876.
 68. Speckens AE, Hawton K. Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35(4):365-387. doi:10.1521/suli.2005.35.4.365.
 69. Shain BN; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2007;120(3):669-676. doi:10.1542/peds.2007-1908.

70. Quesada AA, Figueiredo CGS, Neto CHA, Figueiredo KR, Garcia Ministério da Saúde. Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio | 15 a 18 anos. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020.
71. SMS RJ. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do RJ; 2016.
72. Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal. Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação / Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF --. Brasília: CRP, 2020. 48p.: il.
73. Ministério da Saúde. Portaria/SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991. Legislação em saúde mental 1990 – 2002. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002^a.
74. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: Legislação em saúde mental 1990 – 2002. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002f. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
75. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
76. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS tecendo redes para garantir direitos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional do

- Ministério Público; 2014. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adoléscentes_sus.pdf.
77. Beltrame, Marina Maria e Boarini, Maria Lúcia. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2013;33(2), 336-349. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200007>. Epub 05 Ago 2013. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200007>.
78. Fernandes, Amanda Dourado Souza Akahosi, & Matsukura, Thelma Simões. (2016). Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. *Temas em Psicologia*, 24(3), 977-990. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2016.3-11>.
79. Vechiatto L, Alves AMP. A saúde mental infanto-juvenil e o Caps-I: uma revisão integrativa (Mental Health Children and youth and Caps – I: an integrative review). 2019;19(1), 1–17. <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.19.0003>
80. Yasui S. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2010.
81. Da Silva JF, Cid MFB, Matsukura TS. Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais de um CAPSij/ Psychosocial teenage attention: the perception of CAPSij professionals. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 329–343, 2018. DOI: 10.4322/2526-8910.ctoAO1081. Disponível em:

- <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1849>. Acesso em: 29 dez. 2022.
82. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 10. Coordenação Geral de Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas; Brasília, DF; 2012.
 83. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.
 84. BRASIL. Ministério da Saúde. Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): MS, 2021.
 85. Santos V, Fernández A. Child and adolescent mental health services in Brazil: structure, use and challenges. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [online]. 2014; 14(4), 319-329. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292014000400002>>. ISSN 1806-9304. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292014000400002>.
 86. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/mapa-interativo-aponta-os-servicos-de-saude-mental-em-todo-o-pais>.
 87. Cubas JM, Bonamigo VG, Alvarenga R, Carvalho DR. Acesso infantojuvenil à saúde mental: do CAPSi às Conferências de Saúde. *Argumentum*, [S. l.]. 2022; 14(1), 211–228. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/35313>.
 88. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/mapa-interativo-aponta-os-servicos-de-saude-mental-em-todo-o-pais>).
 89. Botega N. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre. Editora Artmed, 2015. 302p.

90. Van der Molen HT, Lang G. Habilidades da escuta na consulta médica. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. 1ª ed. São Paulo. Ed. Sarvier. 2007.
91. Kleiman EM, Ammerman BA, Kulper DA, Uyeji LL, Jenkins AL, McCloskey MS. Forms of non-suicidal self-injury as a function of trait aggression. *Compr Psychiatry*. 2015 May;59:21-7. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.12.004. Epub 2014 Dec 30. PMID: 25778908; PMCID: PMC4853648.
92. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*. 2012;379(9812):236-243. doi:10.1016/S0140-6736(11)61141-0.
93. Mars B, Heron J, Crane C, et al. Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study. *BMJ*. 2014;349:g5954. Published 2014 Oct 21. doi:10.1136/bmj.g5954.
94. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria/SNAS nº 1.947, de 10 de outubro de 2003. Brasília, DF, 2003.
95. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria/SNAS nº 2.628, de 28 de outubro de 2009. Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios. Brasília, DF, 2009.
96. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria/SNAS nº 1.015, de 30 de setembro de 2015. Brasília, DF, 2015.
97. Goldston D, Daniel S, Reboussin B, Reboussin D, Kelley A, Frazier P. Psychiatric diagnoses of previous suicide attempters, first-time attempters, and

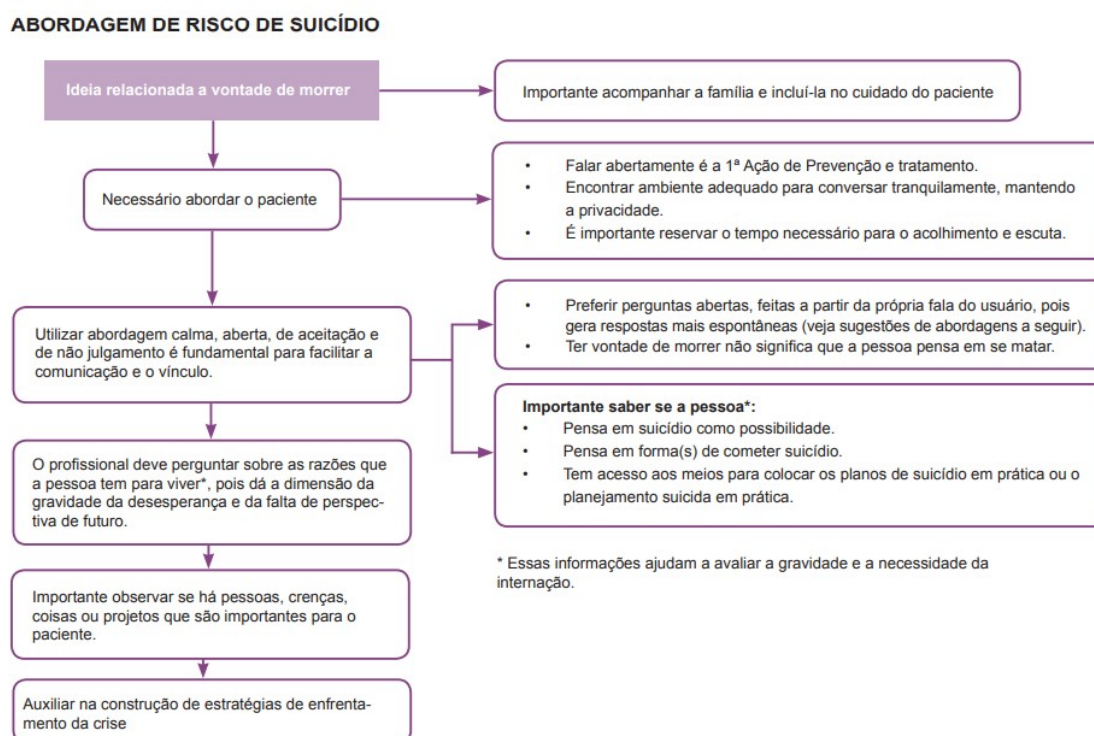
repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;37:924–932.

98. Esposito C, Spirito A, Boergers J, Donaldson D. Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2003;33:389–399.

99. Mandell D, Walrath C, Goldston D. Variation in functioning, psychosocial characteristics, and six-month outcomes among suicidal youth in comprehensive community mental health services. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2006;36:349–362.

8. ANEXOS

Anexo 1. Fluxograma com abordagem de risco de suicídio.



Anexo 2. Plano de segurança do paciente.

PLANO DE SEGURANÇA	
Nome: _____	f) Repetirei para mim mesmo os seguintes pensamentos: _____
1. O que provoca o desejo de me matar ou de me autoagredir?	g) Entrarei em contato com pessoas que me dão força: _____
2. Como perceber que preciso dar os primeiros passos para me cuidar e me manter em segurança?	Nome: _____
3. Quando eu perceber que uma dessas coisas aconteceu, ou quando eu sentir que quero morrer ou me machucar, vou fazer o seguinte:	Telefone: _____
a) Vou afastar os meios que já usei ou possa vir a usar para me machucar.	h) Telefonarei para meu psiquiatra e para meu psicoterapeuta
b) Também pedirei para alguém em quem confio me ajudar nisso:	Nome: _____
_____	Telefone: _____
c) Vou tentar relaxar por meio de:	4. Coisas pelas quais vale a pena continuar vivo:
_____	_____
d) Farei alguma atividade física, por exemplo:	_____
_____	_____
e) Desviarei minha atenção por meio de:	Data: ____/____/____
_____	5. Assinaturas: paciente, psiquiatra, pais:

Anexo 3. Lista de eventos de vida negativos avaliados

BULLYING	SEPARAÇÃO DOS PAIS
AGRESSÃO	TÉRMINO DE RELACIONAMENTO
ABUSO SEXUAL	TAE OU AUTOMUTILAÇÃO DE AMIGOS OU FAMILIARES
DISCRIMINAÇÃO	LGBTQIA+FOBIA
NEGLIGÊNCIA	RACISMO